

Intervista all'Assessore alla Sanità della Regione Veneto Sandro Sandri, per la pubblicazione "La salute dei detenuti. Cronistoria di una riforma"- nella rivista dell'Associazione delle Autonomie Locali - Lega Autonomie novembre 2008

1. Il trasferimento della sanità penitenziaria alle Regioni e alle Province autonome è o può essere occasione per una riforma complessiva della Medicina penitenziaria?

E' necessario fare una premessa. La medicina penitenziaria ha fino ad oggi funzionato in modo più che egregio garantendo a tutte le persone detenute indistintamente un servizio di elevata qualità in una condizione logistica spesso disagiata e con mezzi economici progressivamente ridotti. Per taluni aspetti, la medicina penitenziaria ha fornito Livelli Essenziali di Assistenza talvolta superiori rispetto al SSN. Pertanto, non si tratta e non si vuole trasformare o riformare qualcosa che già funziona in qualcosa di diverso. Credo che si debba invece integrare quanto di buono ha fatto la medicina penitenziaria con il meglio della medicina offerta dal SSN. Si tratta di una occasione straordinaria di integrazione di Servizi che richiederà tempi slegati dalla immediatezza che alcuni vorrebbero. Ogni cambiamento vero necessita di una maturazione naturale ed attraversa fasi di difficoltà operative e logistiche che non devono distogliere dall'obiettivo finale che è quello di garantire a tutte le persone che si trovano nel territorio italiano per qualsiasi motivo un livello essenziale di assistenza sanitaria ed una qualità degli interventi quantomeno eccellente.

Mi piace poi pensare non ad una "medicina" bensì ad una "sanità" penitenziaria in quanto questo termine contiene aspetti non direttamente curativi ma anche preventivi, informativi, multiprofessionali. Pertanto, per ritornare alla sua domanda, non si dovrebbe trattare di una riforma ma di una evoluzione.

2. E' possibile garantire la specificità della Medicina penitenziaria nel Servizio sanitario nazionale. E come è possibile questo?

La "specificità" della medicina penitenziaria, così come di ogni medicina in qualche modo specialistica, consiste nel fatto che deve considerare il contesto logistico in cui essa viene ad operare e le persone a cui si rivolge. Appare evidente che non è possibile approcciare alcune patologie ed alcuni pazienti nello stesso modo in cui si lavora in un policlinico o in un poliambulatorio. La specificità sta nel considerare quindi il contesto ma anche le risorse umane che lì operano e che sono portatrici di un patrimonio di esperienza interna alle carceri. Non ci si può permettere di perdere questo tesoro. La specificità quindi è legata al contesto, alle persone a cui sono rivolte le cure, alla motivazione alle cure stesse. Appare evidente quindi che si dovrebbe già da ora pensare a coloro che opereranno nell'ambito della sanità penitenziaria in termini di formazione e di tirocinio fatto all'interno delle carceri in termini di medicina, psicologia e, non ultimo, ordinamento penitenziario. Una formazione da farsi in collaborazione con l'università ma con docenti e tutor tra i professionisti che già da tempo operano all'interno delle carceri.

3- Come è possibile impostare e garantire "collaborazione e sinergia operativa" tra l'Ordinamento penitenziario e l'Ordinamento sanitario, anche per ottenere una nuova qualità nella sicurezza delle carceri e dei cittadini?

Questo appare come uno degli aspetti più delicati del passaggio della sanità penitenziaria al SSN. Siamo consapevoli di andare ad operare in un contesto dove alcune regole non possono essere modificate e dove gli equilibri tra le diverse parti sono delicati e talvolta fragili. Questo impone un rispetto per le regole ed un continuo dialogo utile alla comprensione reciproca delle specificità e delle competenze. Collaborazione e sinergia operativa sono condizioni necessarie ed imprescindibili che si basano proprio su questi presupposti: dialogo continuo e rispetto reciproco. Dialogo che già da anni è cominciato, senza aspettare questo DPCM, e che in questi ultimi mesi si è intensificato proprio in funzione di questo "passaggio di consegne".

4- Il sistema regionale della sanità italiana quale decentramento di funzioni richiede al centralismo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP)?

Il DPCM contiene già la risposta alla sua domanda. La sanità che si andrà a sviluppare all'interno degli Istituti penitenziari utilizzerà per quanto possibile gli stessi modelli di funzionamento già in essere nel territorio regionale nel rispetto della specificità che ho citato prima e delle regole imposte dall'OP. Appare evidente che i rapporti con il DAP dovranno essere intensificati e stabilizzati in termini di scambio di conoscenze e di indirizzo generale.

5- Quali interventi e quali soluzioni sono necessarie per promuovere "un nuovo modo di lavorare" degli operatori sanitari nelle carceri italiane?

Come ho accennato poco fa, non si tratta di cambiare gli operatori che operano per la sanità in carcere. Si tratta di dare continuità assistenziale ad una particolare categoria di cittadini. Non si tratta di dare un "nuovo modo di lavorare" quanto un nuovo modello organizzativo. Il loro modo di lavorare è stato ed è encomiabile. Dovremo abituarci a lavorare all'interno del SSN e non parallelamente. Devo ritornare però alla questione della formazione permanente per coloro che si accingeranno ad entrare in carcere ad operare come sanitari e che saranno la prossima generazione di medici, infermieri, psicologi chiamati a sostituire quelli che già ora operano. In secondo luogo, appare imprescindibile far conoscere le norme che regolano la comunità penitenziaria. Poi, non dimentichiamo che quasi il 30% di questa popolazione ha avuto contatto con le sostanze stupefacenti e che in alcune carceri insiste una popolazione extracomunitaria pari al 75% con la compresenza talvolta di 20-30 etnie diverse: se non si conoscono e non si tiene conto di questi semplici numeri è difficile operare bene in una comunità così complessa come quella carceraria. Ecco, credo che l'aspetto formativo, utilizzando incentivandolo il personale già esistente, sia un punto di partenza fondamentale di cui però non si è discusso abbastanza, presi come siamo dalle incombenze di questo passaggio. Un secondo non meno importante intervento è quello di conservare il patrimonio di esperienze inquadrando adeguatamente e consolidando il rapporto giuridico del personale. Su questo piano molte regioni, compreso il veneto, si stanno muovendo.

Se invece adiamo a vedere il nuovo modello organizzativo, credo che ogni Azienda ULSS abbia le informazioni e gli strumenti per organizzarsi al meglio sapendo che le possibili soluzioni spaziano dall'organizzazione Dipartimentale (soluzione motosa e complessa) alla individuazione di Unità operative a seconda degli istituti penitenziari e della numerosità delle persone detenute. La qualità degli interventi, quale sia poi la soluzione organizzativa, non dovrà però cambiare.

6- La competenza regionale sulla salute in carcere può essere occasione per un nuovo rapporto tra carcere e società? E come gli Enti locali possono partecipare ad un progetto complessivo di recupero sociale dei detenuti e degli internati?

Il carcere è spesso visto e vissuto come luogo "chiuso" in tutti i sensi. In questi ultimi anni abbiamo però visto un tentativo molto forte di apertura verso la comunità esterna agito da molte Direzioni delle Carceri, dai Provveditorati Regionali e dal DAP stesso. Dall'altro lato sempre più spesso Associazioni, Servizi pubblici e privato sociale si sono avvicinati e hanno contribuito al processo riabilitativo e di reinserimento di detenuto.

Il motivo di fondo va ricercato nell'art. 27 della Costituzione che indica la strada e dà un senso alla pena: "Le pene devono tendere alla rieducazione del condannato". La chiusura e l'isolamento del carcere rispetto al territorio in cui è inserito contribuiscono al fallimento del suo ruolo istituzionale di "luogo di rieducazione". Ecco che una sua permeabilità, un suo collegamento con la rete dei servizi sociali, ed ora anche sanitari, contribuirà a far sì che questo isolamento sia minore.

- Credo che il trasferimento delle competenze in tema di sanità penitenziaria al SSN contribuirà sicuramente al miglioramento del rapporto tra Istituti di pena e territorio attraverso una maggiore visibilità delle problematiche esistenti all'interno degli istituti, una cogestione delle situazioni sanitarie e riabilitative e, non ultima, una condivisione delle responsabilità. Il recupero dei detenuti avviene attraverso un principio di solidarietà e di rete sociale territoriale. In questo senso hanno importanza le iniziative messe in atto dai

singoli comuni e dal mondo dell'imprenditoria. Proprio in questo periodo è in corso nella Regione del Veneto un progetto per la sensibilizzazione dei Comuni e degli Enti locali finalizzato al reinserimento socio-lavorativo delle persone che abbiano avuto una esperienza detentiva. La legge Smuraglia (193/2000) e la legge 407 del 1990, tanto per fare due esempi, offrono alle imprese, alle Cooperative, alle aziende pubbliche e private una serie di agevolazioni fiscali che dovrebbero favorire il processo di integrazione sociale.

Il ruolo dell'Ente locale ha assunto in questi ultimi anni una notevole importanza nell'ambito delle politiche di reinserimento dei detenuti ed ex-detenuti. Un ruolo di promotori della reintegrazione che non può essere delegato. E' necessario quindi interrompere il nesso tra reclusione (che è temporanea) ed esclusione (che rischia di essere definitiva). Se dovessimo per sommi capi dire quali sono i processi operativi attraverso i quali l'Ente locale dovrebbe favorire l'integrazione, dovremmo ricordare anche l'orientamento e la formazione, il sostegno economico, le borse lavoro, la mediazione culturale. Si tratta quindi di un insieme di azioni che andrebbero progettate, coordinate, attivate.