

AI3



Vai al contenuto multimediale

Gabriella Ambrosino

La salute in carcere

Un driver di (re)integrazione dentro e fuori le mura

Prefazione di
Angela Piarulli

Presentazione di
Salvatore Romanazzi





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXX
Gioacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.gioacchinoonoratieditore.it
info@gioacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-2844-2

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: aprile 2020

Alla vita nuova

Perché ciascun individuo “suoni la propria nota distintiva nel concerto dell’Esistenza”.

PAOLO BRUNELLO

Non ho particolari talenti, sono soltanto appassionatamente curioso.

ALBERT EINSTEIN

Indice

- II *Prefazione*
di Angela Piarulli
- 15 *Presentazione*
di Salvatore Romanazzi
- 17 *Capitolo I*
Introduzione
- 19 *Capitolo II*
La salute in italia dentro e fuori le mura

2.1. La salute: un concetto statico o dinamico?, 19 – 2.2. La sanità pubblica, 28 – 2.3. L'organizzazione del sistema sanitario italiano, 30 – 2.4. La salute reclusa, 36 – 2.5. L'organizzazione della sanità penitenziaria, 39.
- 43 *Capitolo III*
L'organizzazione delle aziende private e pubbliche

3.1. Il contesto mutevole, 43 – 3.2. Le risposte organizzative nelle realtà *profit oriented*, 45 – 3.2.1. *Uno sguardo verso l'esterno: una rilettura sistemica*, 50 – 3.2.2. *Le organizzazioni reticolari. Diverse prospettive di analisi dei Networks e del capitale sociale*, 57 – 3.2.3. *Complessità ambientale e sistemi adattivi complessi*, 67 – 3.3. Le rinnovate esigenze organizzative nel mondo delle *public administrations*. Il *New Public Management*, 78 – 3.3.1. *Gli sviluppi del New Public Management: la New Public Governance e il New Public Service*, 86 – 3.3.2. *L'evoluzione organizzativo-manageriale nel "sistema salute"*. *L'integrazione socio sanitaria*, 92 – 3.4. *Integrazione sociosanitaria anche per le persone detenute?*, 97.
- 101 *Capitolo IV*
La salute delle persone detenute nel Centro Penitenziario Secondigliano

4.1. Il Centro Penitenziario Secondigliano, 102 – 4.2. Step 1: Il passaggio della sanità penitenziaria dal DAP all'ASL, 105 – 4.2.1. *Rilevazione e analisi*

dei dati, 107 – 4.2.2. *Conclusioni del primo step di analisi*, 114 – 4.3. *Step 2. L'analisi "meso". Il network della salute nella realtà penitenziaria*, 115 – 4.3.1. *Il modello organizzativo istituzionale*, 116 – 4.3.2. *Il modello organizzativo nella realtà del Centro Penitenziario Secondigliano*, 119 – 4.3.3. *Metodologia*, 123 – 4.3.4. *Rilevazione e analisi dei dati*, 124 – 4.3.5. *Conclusioni del secondo step di analisi*, 132 – 4.4. *Step 3 – Analisi micro. La motivazione del personale*, 134 – 4.4.1. *Gli studi sulla motivazione al lavoro. Background e framework teorico*, 135 – 4.4.2. *Metodologia*, 140 – 4.4.3. *Rilevazione e analisi dei dati*, 141 – 4.4.4. *Conclusioni del terzo step di analisi*, 148.

151	<i>Conclusioni</i>
159	<i>Bibliografia</i>
179	<i>Ringraziamenti</i>

Prefazione

di ANGELA PIARULLI*

Questo volume permette di avere una visione di insieme sul problema della salute in carcere. Diritto inviolabile garantito a livello costituzionale che non può affievolirsi con lo stato di privazione della libertà. Il carcere di per sé costituisce un ambiente patogeno, il peggioramento delle condizioni ambientali non può che tradursi in un contestuale peggioramento dello stato di salute. Risultano nettamente superiori i disturbi psichici, la dipendenza da sostanze psicotrope e le malattie infettive come HIV, epatite C e altre patologie croniche.

Da un lato il carcere produce disabilità, dall'altro recepisce disabilità. In questo contesto il legislatore nel 1975 con la normativa sull'ordinamento penitenziario ha sentito la necessità di prevedere un servizio sanitario e farmaceutico all'interno del carcere, inizialmente alle dipendenze del Ministero della Giustizia.

Con la legge n. 419/1998 (Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico per l'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito della riforma del servizio sanitario nazionale) all'art. 5 si prevedeva il riordino della medicina penitenziaria, con il passaggio dall'Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale.

In realtà, solo con l'entrata in vigore del DPCM del 1 aprile 2008 a distanza di un decennio, le competenze della medicina penitenziaria e specialistica, i rapporti di lavoro, le risorse economiche e strumentali sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale e quindi alle Regioni ed alle ASL.

Come direttore di carcere, prima del mandato politico, posso affermare che se da una parte è stata sancita la piena autonomia della funzione medica, dall'altra non è venuto meno in capo all'Ammini-

* Senato della Repubblica Italiana.

strazione Penitenziaria il compito di garantire la tutela della salute, vigilando sulla corretta attuazione delle disposizioni.

Oggi, la normativa vigente vede coinvolti tre interlocutori principali: il Ministero della Salute che predispose le linee programmatiche, le Regioni attraverso il Servizio Sanitario Regionale e il Ministero della Giustizia con i Direttori di Carceri, dove sono ubicati gli ambulatori Asl per le prestazioni a favore della popolazione detenuta.

Ciò ha comportato un'attuazione disomogenea della riforma da regione a regione, dove si riscontra una carenza di informazioni in merito ai dati epidemiologici delle patologie dei detenuti e degli internati, essendo tra l'altro in uso ancora la cartella cartacea, nonché in merito all'utilizzo dei farmaci all'interno degli Istituti. Per questo la digitalizzazione e la medicina telematica possono essere di supporto per riuscire a fare diagnosi tempestive ed assicurare cure idonee, mediante l'utilizzo del fascicolo elettronico e di tecniche innovative all'avanguardia. È emerso dall'analisi condotta, «l'incapacità di attivare una più ampia crescita sociale attraverso il network pubblico/pubblico e pubblico/privato. Il maggior elemento di debolezza rilevato nello studio condotto è la mancanza di un'interrogazione dei servizi sociali ed assistenziali, in grado di coinvolgere tutti gli attori agenti, a diverso titolo, nel sistema salute». Ulteriori difficoltà si ravvisano nella gestione del servizio di approvvigionamento dei farmaci, nella gestione delle malattie mentali, nella formazione degli operatori, nel superamento delle barriere linguistiche.

In generale, e a un livello sistemico che prende oggi atto delle conseguenze della sussidiarietà derivanti dal traghettamento della medicina penitenziaria ai servizi sanitari regionali, è da rilevare un ostacolo ontologico, in questo settore, al pieno raggiungimento della tutela della salute presente all'esterno.

Se il SSN fuori può ancora essere molto distante per standard nelle varie regioni, senza comprimere eccessivamente i diritti dei malati per la loro libertà di movimento (i c.d. viaggi della speranza), una disomogeneità delle prestazioni fruibili in carcere, o nei presidi territoriali di riferimento, è più difficilmente compensabile a fronte della maggiore difficoltà di movimento del malato verso poli di eccellenza.

Il lavoro espletato dalla dott.ssa Gabriella Ambrosino lancia una nuova sfida per migliorare il sistema, evidenziando le criticità, ma segnalando la necessità di un'integrazione a tutti i livelli: impresa, pub-

blica amministrazione, enti locali e cittadini. Perché il problema della sanità in carcere è un problema sociale. Trattare il detenuto malato significa prendersi in carico un soggetto, che necessita di riabilitazione, di rieducazione e reinserimento nella società, secondo i parametri costituzionali della finalità della pena ex art. 27 Cost.

Presentazione

di SALVATORE ROMANAZZI*

È da oltre un decennio che la tematica della tutela della salute della persona ristretta ha (ri)assunto un (nuovo) carattere di marcata centralità, non solo all'interno delle mura degli istituti penitenziari. In particolare, l'auspicio a più riprese manifestato dal legislatore di far sentire il detenuto parte integrante della società, sebbene con le complicazioni che il regime penitenziario indubbiamente presenta, si sposa perfettamente con il carattere rieducativo — e non invece afflittivo — della pena. A ciò deve aggiungersi l'esigenza, imprescindibile e costituzionalmente garantita, della tutela della salute delle persone ristrette, al pari di quelle libere.

Il noto d.p.c.m. che ha visto la luce nel 2008 ha in sostanza previsto il trasferimento delle competenze in materia di tutela della salute della popolazione detenuta dalla Direzione dell'istituto penitenziario all'azienda sanitaria territorialmente competente. Ciò al duplice scopo — perlomeno nelle intenzioni del legislatore — di risultare maggiormente aderenti al dettato del novellato art. 117 Cost. in ossequio al quale la tutela della salute è materia di legislazione concorrente, oltre che per realizzare economie di spesa. Riguardo la prima delle esigenze (tutela della salute), la *ratio* sottostante il d.p.c.m. in argomento mirava a garantire alla popolazione ristretta i medesimi diritti (alla salute) del comune cittadino, garantendo gli stessi livelli essenziali di assistenza sia dentro che fuori le mura. Quanto, invece, all'esigenza di conseguire economie di spesa, il d.p.c.m. ha sostanzialmente trasferito l'onere relativo alla tutela della salute della popolazione ristretta dal bilancio dell'istituto penitenziario (che è pur sempre un'articolazione periferica dell'amministrazione centrale dello Stato) a quello dell'azienda sanitaria territorialmente competente (la cui spesa è finanziata invece in misura prevalente dall'ente Regione). Nel dar corso a questa operazione di trasferimento di competenze e risorse, l'auspicio del legislatore era certamente anche quello di realizzare delle

* Ministero dell'Economia e delle Finanze della Repubblica Italiana.

economie di scala, dal momento che l'azienda sanitaria territorialmente competente che ha preso in carico l'assistenza dei ristretti è certamente in grado di razionalizzare l'impiego delle risorse, spalmando le stesse su un numero significativamente più elevato di assistiti.

Ad ogni modo, a prescindere dalla circostanza che gli scopi del d.p.c.m. si siano realizzati o meno, ne è residuata una nuova organizzazione del servizio sanitario penitenziario che ha visto la necessità di una radicale rivisitazione dei ruoli e dei rapporti tra gli attori coinvolti.

In questo lavoro, tra l'altro, viene posto bene in evidenza quali siano gli attori in gioco nella nuova organizzazione della salute in carcere, quali le mutevoli relazioni intercorrenti tra gli stessi, quali le prospettive. Si tratta di uno studio estremamente interessante da diversi punti di vista, pur se nella trattazione è stato certamente privilegiato quello degli studi manageriali ed organizzativi. Viene in rilievo come spesso un provvedimento normativo — indipendentemente dal rango dello stesso — possa talvolta non essere sufficiente alla soluzione di una criticità, ma occorra invece una evoluzione di tipo culturale da parte di tutti gli attori coinvolti che compongono il quotidiano intrecciarsi delle relazioni oggetto di studio. Sono queste relazioni che costituiscono l'essenza dell'organizzazione, che ne determinano il grado di resilienza, che rendono sostituibile qualunque attore, nel convincimento che le persone cambiano ma le loro idee restano e continuano ad evolversi.

Questo volume ha il non comune pregio di partire da una estesa analisi della letteratura di riferimento, non limitata all'organizzazione aziendale in senso stretto ma con uno sguardo anche alle discipline affini, per poi addentrarsi nel profondo della complessa tematica oggetto di analisi. Il lettore più avvezzo agli aspetti quantitativi potrà apprezzare la rigosità delle analisi condotte su *case study* reali, anche attraverso metodologie statistiche all'avanguardia (es. Social Network Analysis) e dall'utilizzo tutt'altro che semplice in questo campo di studi.

L'autrice lascia al lettore una visione innovativa della co-creazione di valore (pubblico), calata in una organizzazione resiliente, che non subisce il cambiamento ma se ne fa promotrice, e che nonostante tutto si adatta sulla base delle mutate esigenze degli attori coinvolti. L'auspicio è che si tratti di un'ottima premessa per la costruzione di un'organizzazione proattiva, molto più vicina ai principi organizzativo-manageriali di stampo privatistico che da tempo il legislatore tenta di introdurre anche in ambito pubblico, sebbene con fortune alterne.