

L'assistenza sanitaria penitenziaria tra norme e governo clinico

Dal 2008 sono le Aziende sanitarie a doversi occupare dell'assistenza sanitaria negli istituti di detenzione. A loro spetta anche il compito di disporre delle graduatorie aziendali attraverso cui conferire incarichi a medici mediante convenzione per la cura dei detenuti in carcere

Mauro Marin

Direttore Distretto Sanitario e Sanità Penitenziaria nel carcere di Pordenone - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

I DPCM 1 aprile 2008 ha trasferito alle Aziende Sanitarie l'assistenza sanitaria penitenziaria disponendo che con graduatoria aziendale siano conferibili incarichi a medici mediante convenzione per la cura dei detenuti in carcere. I principi ispiratori sono la garanzia della tutela della salute dei detenuti ugualmente ai cittadini liberi nel rispetto della dignità umana, la riduzione del sovraffollamento delle carceri e l'obiettivo rieducativo dell'esecuzione penale finalizzato al recupero sociale, ai sensi dell'art. 27 della Costituzione. In Italia vi sono 58.745 detenuti di cui 19.860 stranieri (dati al 17/7/2018 Ministero della Giustizia)

L'Ordinamento Penitenziario (OP) è normato dalla legge n. 354/1975 con le sue disposizioni di attuazione in DPR n. 230/2000, D.Lgs. n. 230/1999 e DPR n. 447/1988 e dalle modifiche introdotte con la legge n. 103/2017. Il D.M. Giustizia 5 dicembre 2012 ha istituito la Carta dei diritti e doveri del detenuto. Il D.L. n. 146 del 23/12/2013 ha istituito il Garante Nazionale dei diritti dei detenuti (www.garantenazionaleprivatiliberta.it). Ai sensi dell'art. 11 della legge n. 354/1975 (OP), per esigenze di tutela della salute individuale e collettiva prevalente sui diritti del singolo individuo, sono previsti in carcere tre tipi di controlli sanitari, effettuabili indipendentemente dal consenso informato (legge n.

219/2017) dell'interessato recluso: la visita medica generale per i nuovi giunti all'atto d'ingresso in istituto per attivare un piano di cura personalizzato (art. 23 del DPR n. 230/2000) e integrata da un colloquio psicologico, la visita medica periodica, la sorveglianza sanitaria medica per i detenuti adibiti a mansioni lavorative (D.Lgs. n. 81/2008). La prima visita del nuovo giunto verifica anche la presenza di eventuali segni di maltrattamenti, a tutela del detenuto.

All'ingresso in carcere e durante la detenzione viene attivata "l'osservazione scientifica della personalità" del recluso per valutare e trattare le cause di disadattamento sociale ritenute alla base della condotta deviante, secondo l'art. 13 dell'OP e gli artt. 28 e 29 del DPR 230/2000. L'équipe di osservazione è composta da educatore, assistente sociale, personale di polizia penitenziaria e quando necessario da psicologo e psichiatra (art. 80 OP o dell'Azienda Sanitaria).

La detenzione, il distacco dalla propria quotidianità e famiglia, il futuro incerto per le conseguenze dei reati commessi possono indurre il detenuto a superare la soglia di adattamento alle difficoltà personali e ambientali manifestando una vulnerabilità critica da individuare precocemente attraverso il rilievo e la condivisione di indizi per riconoscere il rischio suicidario (*Frontiers in*

Psychiatry 2018; 9: 33 e 56), anche mediante specifiche check list (*Crisis* 2016; 37/5: 323-334) o nuovi algoritmi (*Nat Hum Behav* 2017; 1: 911-919).

► Rischio suicidario

La prevenzione del rischio suicidario è una priorità richiedente una presa in carico congiunta del recluso da parte di tutti gli operatori coinvolti nella cura e custodia, secondo protocolli condivisi tra Istituto Penitenziario e Azienda Sanitaria, conformi al Piano Nazionale per la Prevenzione del Suicidio in Carcere n. 81/CU del 27 luglio 2017 e alle evidenze della letteratura scientifica (*Lancet Psychiatry* 2016; 3/7: 646-59; *Health Expect.* 2018; 21/1: 100-109).

Il medico penitenziario in caso di necessità ha il compito di proporre al direttore del carcere il trasferimento del detenuto presso l'infermeria del carcere se esistente o presso altro carcere con assistenza sanitaria sulle 24h adeguata al caso concreto o il ricovero ospedaliero in strutture idonee (art. 11 OP). La proposta di ricovero deve essere fatta al magistrato dal direttore del carcere, accompagnata dall'estratto della cartella personale del detenuto e da un certificato medico che consenta di riconoscere le esigenze terapeutiche del soggetto. Il trasferimento in ospedale viene dispo-

sto con provvedimento del magistrato di sorveglianza. Nei casi di assoluta urgenza il trasferimento può avvenire direttamente in base all'autorizzazione del direttore del carcere, secondo l'art.17 del DPR n.230/2000 e art.11 OP. Sono garantiti gli interventi specialistici ambulatoriali necessari a giudizio del medico penitenziario con l'autorizzazione del direttore del carcere, mediante trasporto con scorta ai presidi sanitari pubblici di erogazione delle prestazioni.

La qualità della vita di un detenuto dipende dal programma delle attività rieducative offerte e dal livello dei rapporti tra detenuti e personale e con il mondo esterno. Con circolare n.0425948 del 21/12/2015 il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha indirizzato i comportamenti organizzativi del personale dal fine esclusivo di custodia e sicurezza allo sviluppo relazionale per una migliore conoscenza dei detenuti attraverso la "sorveglianza dinamica" con l'obiettivo di responsabilizzarli al loro recupero sociale e prevenire loro atti di autolesionismo e suicidi (Dispensa ISSP n.1/2013).

È utile assicurare un adeguato livello di formazione del personale sulle abilità di comunicazione interpersonale (*life skills*) con i detenuti e con tutte le figure professionali con diverso profilo operanti in struttura. È necessario comprendere e superare le difficoltà di funzionamento sociale determinanti i comportamenti trasgressivi, mantenere contatti costruttivi con la famiglia dei reclusi e la cooperazione col volontariato sociale, promuovere l'istruzione e la formazione professionale dei reclusi affinché alla dimissione siano capaci di guadagnarsi da vivere onestamente con il lavoro.

La legge 18 ottobre 2001 n. 3 di riforma del titolo V della Costituzione ha disposto la legislazione concorrente Stato-Regioni (art. 117 Cost.) che ha introdotto la competenza delle Regioni in sanità penitenziaria. L'art. 7 del DPCM 1 aprile

2008 ha attribuito alla Conferenza Stato-Regioni e Province autonome la determinazione di criteri di assegnazione di risorse finanziarie alle Regioni e la definizione dei rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e penitenziario. La sicurezza nelle carceri è competenza dell'Amministrazione penitenziaria per cui il personale sanitario è tenuto a rispettare il regolamento interno e le direttive del direttore del carcere.

► **Misure alternative alla detenzione e certificazione medica**

La normativa penitenziaria ha istituito misure alternative alla detenzione che prevedono forme equivalenti alla detenzione, ma differenti per le modalità e il regime di espiazione (Corte Costituzionale, sentenza n.149/2018).

La detenzione domiciliare è prevista dall'art. 47-ter OP per detenuti in stato di salute precario (art.275 c.p.p.), che richiedono misure adeguate per esigenze terapeutiche specifiche di persone con gravi malattie per cui il giudice riconosce l'opportunità di una misura alternativa al carcere.

Il Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, con parere del 5 dicembre 2013 (Palmisano R), ha affermato la distinzione tra certificato medico di valutazione della compatibilità delle condizioni di salute del detenuto col regime carcerario (art. 299 comma 4-ter c.p.p.), secondo la procedura che richiede anche la nomina di un perito ex-art.220 c.p.p., e il certificato medico per il differimento della pena (art. 684 CC) secondo la procedura di cui agli artt. 146 e 147 del codice penale.

Oltre alle strutture carcerarie ed extra-carcerarie individuate dalla legge di ordinamento penitenziario (OP), le persone reclusi possono avvalersi di strumenti per differire temporaneamente l'esecuzione della pena, se ricorrono determinate condizioni di salute (artt. 146, 147 e 148 CP). Qualora dagli ac-

certamenti sanitari risulti che una persona detenuta si trovi in una delle condizioni previste dagli artt. 146 e 147 C.P., quali ipotesi di rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena, il medico propone al direttore del carcere di trasmettere gli atti alla magistratura di sorveglianza ai fini dell'adozione dei relativi provvedimenti.

Ai sensi dell'art. 684 c.p.p., il provvedimento di rinvio dell'esecuzione della pena viene concesso dal tribunale di sorveglianza, o dal magistrato di sorveglianza in caso di urgenza, per un tempo determinato, al termine del quale, se non sussistono i presupposti per una sua proroga, il pubblico ministero competente provvede ad emettere l'ordine di esecuzione della pena in forma detentiva.

Invece la detenzione agli arresti domiciliari per gravi condizioni di salute (art. 284 c.p.p.) costituisce un diverso modo meno severo di esecuzione della pena detentiva che comporta l'obbligo imposto al detenuto di non allontanarsi dal perimetro definito del luogo identificato di custodia, senza alcun onere gravante sull'amministrazione penitenziaria riguardo l'assistenza medica del detenuto. La legge 5 dicembre 2005, n. 251, prevede la detenzione domiciliare generica (comma 1-bis), applicabile per l'espiazione di pene detentive, indipendentemente dalla sussistenza delle condizioni gravi di salute, quando non ricorrano i presupposti per l'affidamento in prova ai servizi sociali, e sempre che tale misura risulti idonea a scongiurare il pericolo di recidiva da parte del detenuto e in assenza di pericolosità sociale attuale per affiliazione a terrorismo e criminalità organizzata (41-bis OP).

La sospensione dell'esecuzione penale su istanza dell'interessato è prevista per favorire il percorso riabilitativo dei detenuti tossicodipendenti da stupefacenti o alcool (art. 90 del DPR n.309/1990), così pure l'affidamento in prova a servizi sociali in casi particolari per la parteci-

pazione a programmi di recupero (art. 94 DPR 309/1990), previa certificazione dello stato abituale di tossicodipendenza secondo il D.M. 12 luglio 1990 n.186 e gli artt. 14 e 15 del DPR n.309/1990. Il criterio di scelta fra l'una e l'altra misura, dipende dalla valutazione del livello di affidabilità del condannato. Di norma si opta per la sospensione quando lo stesso risulta capace di gestione autonoma del programma di recupero, mentre si preferisce l'affidamento terapeutico quando è necessario il controllo da parte di operatori di una struttura. Il giudice può revocare la misura alternativa se dopo la sua concessione la persona ha commesso un reato per cui è previsto l'arresto in flagranza e per cui egli risulti imputato o sottoposto ad altra misura alternativa. In caso di trasgressione alle misure cautelare degli arresti domiciliari, l'art. 276 c.p.p. comma 1 ter, rende obbligatoria la revoca degli arresti domiciliari, seguita dal ripristino della custodia cautelare in carcere (Cass. Pen. Sez. V, Sent. n. 42017/2009).

► Medicina Penitenziaria

La Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, S.I.M.S.Pe (www.sanita-penitenziaria.org) approfondisce le problematiche di cura delle malattie in carcere e le influenze psico-fisiche sulla salute del regime di detenzione. La popolazione dei detenuti comprende prevalentemente fasce d'età di giovani-adulti con le patologie ad essi correlate e con un tasso di morbidità più alto della popolazione esterna al carcere (*Am J Public Health* 2015; 105: 13-33).

► **Le malattie mentali** più comuni riscontrate riguardano gli Assi I e II secondo il DSM-5 in riferimento ai quali il servizio psichiatrico penitenziario può anche disporre misure di "sorveglianza": la grande sorveglianza che prevede un controllo visivo ogni 20 minuti, la grandissima sorveglianza ogni 10 minuti, op-

pure la sorveglianza continua a vista riservata ai detenuti valutati ad alto rischio suicidario. L'uso di telecamera può consentire un controllo visivo percepito meno intrusivo, ma rimane discussa l'utilità reale della mera sorveglianza rispetto all'efficacia di una attiva presa in carico professionale ai fini riabilitativi.

Il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) raccomandato per i detenuti con disturbo mentale è disponibile online al sito: www.rivistadipsichiatria.it in linea con l'allegato A al DPCM 1 aprile 2008.

► **Il trattamento delle tossicodipendenze** richiede l'uso di protocolli specifici (<http://old.iss.it/binary/drog4/cont/trattamenti.pdf>) e comporta la prescrizione e custodia di farmaci regolamentata dal DPR n.309/1990 che prevede all'art. 60 la tenuta di un registro di carico e scarico dei farmaci stupefacenti vidimato dal direttore sanitario o suo delegato, numerato e firmato dal medico responsabile di struttura. La conservazione del registro è responsabilità del coordinatore infermieristico, mentre il medico curante prescrittore è responsabile dell'effettiva corrispondenza tra la giacenza contabile e quella reale dei farmaci stupefacenti.

► **La diagnosi di malattie infettive** può richiedere misure igienico-sanitarie di prevenzione del contagio quali l'isola-

mento da eseguirsi nei locali dell'infermeria del carcere o in un reparto clinico ospedaliero per periodi variabili a seconda dell'agente eziologico (circolare Min Sanità n.4 del 13 marzo 1998). Il medico deve fare il possibile per tutelare la vita e la salute dei detenuti da rischi prevedibili ed evitabili ma anche vigilare su eventuali simulazioni di patologie o aggravamenti di patologie esistenti che siano finalizzati solo ad ottenere senza necessità benefici non dovuti (Circolare D.A.P. n.3258/5708 del 28 dicembre 1988).

Compete al medico penitenziario il rilascio di certificazioni sanitarie e valutazioni medico legali, quando vi sia una vincolante richiesta da parte di un'autorità competente, la tenuta diligente della cartella clinica (Cassazione civile, sez. III, ordinanza 23/03/2018 n. 7250) e in particolare del foglio unico di terapia (FUT) che deve essere compilato in modo chiaramente leggibile ed esauriente (Raccomandazione Ministeriale Sanità n. 7, marzo 2008 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica). Secondo il Garante della Privacy l'assistito ha diritto all'accesso ai suoi dati sanitari che pertanto devono essere annotati con scrittura decifrabile e comprensibile (Provvedimenti Garante Privacy 30/09/2002 e 26/03/2001).

Informatizzare i dati clinici

Per una migliore organizzazione dell'assistenza sanitaria in carcere è utile disporre di programmi informatici di gestione dei dati delle cartelle cliniche, come previsto dalla convenzione tra Ministero di Giustizia e FederSanità-ANCI e tenendo conto dell'esperienza dei programmi gestionali dotati di funzione avanzata di prescrizione e terapia assistita in uso negli ambulatori di medicina generale (<https://www.millewin.it/>) che consentono la registrazione e la prescrizione dematerializzata e assistita di farmaci ed esami nel rispetto della normativa sulla privacy (D.Lgs 196/2003) e dei criteri di sicurezza di attività sanitarie e dei locali ad uso ambulatorio (D.Lgs 81/2008). Eventuali reazioni avverse ai farmaci prescritti devono essere segnalate all'ufficio farmaceutico aziendale su apposita modulistica cartacea o online (<https://www.vigifarmaco.it/>). Infine, l'attivazione di programmi di telemedicina (refertazione a distanza di ECG, immagini dermatologiche teletrasmesse allo specialista) e di valutazioni specialistiche in carcere può migliorare l'offerta interna di servizi e ridurre gli oneri del trasporto dei detenuti con scorte in strutture sanitarie esterne.