

*Trattato di Medicina Legale e Scienze affini
(Giusto Giusti - Vol VIII° Cap CCLII)*

Andrea Franceschini, Vicepresidente SIMSPE, Dirigente Sanitario CC Regina Coeli Roma

La Medicina Penitenziaria

Introduzione

Gli Istituti Penitenziari hanno il compito di assicurare la custodia delle persone a disposizione dell' Autorità Giudiziaria e delle persone fermate od arrestate dall' Autorità di Pubblica Sicurezza o dagli organi di Polizia Giudiziaria, e di consentire l' espiatione della pena ed il recupero del reo attraverso l' osservazione ed il trattamento rieducativo per la sua risocializzazione.

Le strutture penitenziarie racchiudono, però, una popolazione di persone detenute od internate che fin dall' ingresso in carcere portano con sé il loro vissuto personale di disagio che realizza il concentramento in un unico ambiente di malattie fisiche, psichiche e di devianza comportamentale.

Alla Medicina Penitenziaria è affidato il compito della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in carcere, considerando la situazione limitativa imposta al paziente, al fine di assicurare i necessari indici di salute in maniera compatibile con la sicurezza della struttura ed il rispetto del paziente detenuto.

Tale compito, come si vedrà, non è di facile attuazione, perché se da una parte gli indirizzi specifici della Medicina Penitenziaria, come branca della Scienza Medica nel suo più ampio significato, contemplano principi, criteri e linee guida costantemente in evoluzione, dall' altra la gestione sanitaria del paziente detenuto assume significati particolari, tra l' inadeguatezza delle risorse ed una normativa non ancora definita.

Si deve distinguere, a rigore di termini, tra **Medicina Penitenziaria** (scienza di studio dei problemi legati, per esempio, non solo alla malattia in carcere ma anche alle dinamiche di salute in regime di detenzione, agli aspetti legati alla limitazione ambientale, ad un esclusivo ed obbligato "modus vivendi" della persona detenuta, ecc e delle possibili soluzioni), e **Sanità Penitenziaria** (l'organico degli operatori sanitari, l' organizzazione dei servizi, le risorse dedicate, la formulazione di protocolli omogenei e di procedure, ecc.)

L' uno non è sinonimo dell' altro, come spesso avviene per alcuni settori della Medicina, a causa della distanza tra ciò che si dovrebbe fare e ciò che è attualmente possibile fare, considerando l' ambito nel quale la salute non è il compito principale dell' Amministrazione Penitenziaria.

Si parlerà quindi di Medicina Penitenziaria trattando gli aspetti programmatici del settore, e di Sanità Penitenziaria trattando gli aspetti organizzativi e normativi.

L' esame del rapporto tra Medicina e detenzione non può prescindere da considerazioni generali che vincolano fortemente tale rapporto.

L'Amministrazione penitenziaria ha come fini istituzionali, come abbiamo detto all' inizio, assicurare la custodia della persona reclusa e favorirne, attraverso il trattamento rieducativo, il reinserimento sociale. Nell'ambito di questa funzione due articoli della nostra Costituzione, l' art. 27 (le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato) e l' art. 32 (nel quale la salute viene sancita come fondamentale diritto dell'individuo), sostengono il vincolo in base al quale lo Stato è tenuto a garantire la tutela della salute della popolazione detenuta.

La tutela della salute in carcere è, di fatto, non solo diritto del soggetto, ma è anche finalizzata a stimolare la persona detenuta a considerarsi non esclusa dalla comunità sociale.

Il mantenimento e la conservazione della salute rappresentano una condizione indispensabile per poter operare sul trattamento rieducativo, ed anche in tal senso le attività sanitarie in carcere si

collocano tra i fini istituzionali affidati all'Amministrazione Penitenziaria e si inseriscono, per quanto possa sembrare antitetico, in un costante dialogo con l'ordine e la sicurezza.

Inoltre, si deve considerare che “ il detenuto deve essere sottoposto soltanto alla pena privativa della libertà e non a pene supplementari quali, per esempio, una minore qualità dell'assistenza medica”.

Si configura così una branca della Medicina che è indirizzata all'esercizio in un ambito peculiare, con compiti normativi che prevedono funzioni non solo assistenziali, dedicata alla tutela della salute di una popolazione che si trova in una situazione contingente particolarmente limitativa e che presenta una elevata richiesta di bisogni di salute.

In tale contesto si inseriscono le competenze di chi deve assicurare la salute delle persone detenute.

Il profilo organizzativo della Sanità Penitenziaria, i suoi obiettivi assistenziali, la dipendenza amministrativa dei suoi operatori, sono stati oggetto in questi ultimi anni di discussione e confronto che hanno portato ad una revisione degli indirizzi e della normativa, tuttora in evoluzione.

Il panorama attuale della Medicina Penitenziaria verrà esposto nei capitoli successivi attraverso un percorso che terrà conto dei principali fattori ed aspetti che rendono l'assistenza in carcere un'attività sanitaria del tutto particolare, non escludendo spunti di riflessione e considerazioni derivanti da un'esperienza trentennale di lavoro come Medico Penitenziario.

Nel primo capitolo saranno affrontati gli aspetti concernenti la persona detenuta, attraverso la considerazione del significato di detenzione e del disagio che essa comporta, del significato di malattia in carcere, della difficoltà nella realizzazione di un soddisfacente rapporto Medico Paziente, degli spazi destinati alla detenzione .

Nel secondo capitolo si prenderanno in considerazione gli aspetti riguardanti il complesso della popolazione detenuta, la sua composizione, il suo stato di salute attraverso elementi di valutazione dei dati statistici.

Nel terzo capitolo saranno esaminate le “aree critiche” relative alla salute, vale a dire quelle macro aree di patologie più impegnative dal punto di vista gestionale e le procedure per assicurare adeguata risposta.

Nel quarto capitolo saranno esposti cenni storici e considerazioni relative alla normativa, alla sua evoluzione ed ai possibili panorami del futuro prossimo.

Nel quinto capitolo si descriverà l'attuale assetto organizzativo della Sanità Penitenziaria, la sua struttura amministrativa, le scelte operative adottate dall'amministrazione Penitenziaria, le risorse dedicate ed il Personale operante negli Istituti, con riflessioni sulle difficoltà e le criticità del sistema.

CAPITOLO 1

LA PERSONA DETENUTA

Una valutazione coerente del significato di Medicina Penitenziaria deve necessariamente iniziare dall'esame di tutto ciò che riguarda, come abbiamo accennato, “una popolazione che si trova in una situazione contingente particolarmente limitativa e che presenta una elevata richiesta di bisogni di salute”.

1.1 IL DISAGIO

La principale connotazione è relativa proprio alla privazione della libertà, al vivere un periodo di tempo, spesso non prevedibile, seguendo ritmi e regole stabiliti e coerciti da “altri”, in una sorta di attesa sospesa.

Ciò è ancor più vero negli Istituti Circondariali che ospitano persone giudicabili, ai vari stadi del procedimento giudiziario, in una forzata inattività e con tutto il tempo disponibile per “pensare” e

per sentire il peso della detenzione, nell' attesa di una sentenza che può cambiare radicalmente il corso della propria vita.

Può sembrare paradossale, ma questa "sospensione del tempo" si traduce nella sensazione di urgenza nelle risposte alle necessità che si presentano di giorno in giorno.

In realtà ciò che viene a gravare è anche una sorta di controllo totalizzante esercitato da parte di un' Istituzione che tende a sostituirsi alla persona detenuta in quella che dovrebbe essere la propria autodeterminazione, applicando regole restrittive da quest' ultima non sempre condivise. Oltre a questo v' è per il recluso la necessità di dover rispettare altre regole, non scritte, ma ancor più ferree, imposte dalla stessa comunità di detenuti.

Il controllo da parte dell' Istituzione è tuttavia necessario, in un ambiente che confina persone che hanno violato le regole della società e che tendenzialmente sono portate ad eludere anche quelle della Istituzione stessa.

L' Istituto Penitenziario "contiene" la persona detenuta, sia nel senso degli spazi, sia nel senso custodialistico del termine, gestendo ogni aspetto e momento della quotidianità del recluso.

Questi aspetti contrastanti suscitano un elevato livello di continua tensione e di contrapposizione che genera disagio, condiviso sia dai reclusi che dai sorveglianti, con la differenza che questi ultimi hanno la possibilità di decantare all' esterno le proprie tensioni lavorative.

Spesso però è proprio l' assistenza sanitaria ad essere chiamata in causa come fattore determinante sia della gestione che della permanenza del soggetto in carcere.

Per l' Organizzazione Mondiale della Sanità, "La sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano". È chiaro che, già in partenza, la situazione di disagio vissuta in carcere non consente uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale.

Ed il disagio è un elemento presente in tutte le persone detenute fin dall' inizio della detenzione, che si accresce ancor più quando sono presenti malattie od infermità.

Nell' approccio corretto alla valutazione della persona detenuta, specie dal punto di vista assistenziale-sanitario e medicolegale, non si può non tener conto di tali dinamiche.

1.2 IL TRAUMA DA INGRESSO IN CARCERE

Il trauma da carcerazione, descritto e studiato da Medici Penitenziari, rappresenta l' espressione del disagio acuto che si manifesta all' ingresso in carcere. L' osservazione di sintomi presentati dai "nuovi giunti" al momento della visita di ingresso e nei giorni immediatamente successivi, ha permesso di inquadrare una serie di sintomi riconducibili all' evento "inizio della detenzione".

Le principali manifestazioni riguardano la sfera:

- Cardiaca, rappresentate da ipertensione diastolica, tachicardia ed extrasistolia, associate spesso a turbe del tracciato elettrocardiografico che si normalizza nel tempo.
- Digestiva, rappresentate da inappetenza e/o anoressia, stipsi, gastralgia
- Nervosa, rappresentate da vertigini, cefalea, insonnia, astenia.

Il trauma da ingresso in carcere presenta caratteristiche peculiari:

- è identificabile in ogni persona detenuta sana sia al primo ingresso come in occasione di recidiva della detenzione, in misura maggiore nel primo caso, più attenuata e sfumata nel secondo,
- le manifestazioni sono tanto più evidenti quanto più è elevato il livello culturale e sociale della persona,
- il complesso della sintomatologia compare già dopo 24 ore e raggiunge l' acme dopo due o tre giorni, con durata variabile ma con la tendenza alla risoluzione.

Il quadro è riconducibile sicuramente a cause di stress, ma anche a fattori quali le conseguenze di perdita affettiva, di promiscuità forzata, di mancanza di intimità, elementi che accompagnano l'inizio della detenzione e concorrono a suscitare un fenomeno di destrutturazione del modello di vita ordinario, ma che perlopiù si stemperano con la progressiva conoscenza delle persone e dell' ambiente.

Il primo periodo della detenzione rappresenta quindi la fase di maggior fragilità della persona detenuta, e ciò è testimoniato dal fatto che circa il 50% dei suicidi in ambito detentivo avvengono entro il primo mese di permanenza in carcere.

Il problema è talmente sentito dall'Amministrazione Penitenziaria che nel 1990 ha istituito appositamente il servizio psicologico nuovi giunti per la valutazione del rischio suicidario nel periodo immediatamente successivo alla carcerazione.

Tali spunti di osservazione hanno suggerito la possibilità di valutare parametri biologici in relazione al trauma da detenzione, similmente a quanto ipotizzato per una ricerca già in corso in alcuni Istituti Penitenziari, in rapporto alle condotte aggressive.

1.3 GLI SPAZI DELLA DETENZIONE

La popolazione detenuta è ristretta in 270 Istituti Penitenziari che presentano caratteristiche diverse, a seconda della posizione giuridica delle persone ivi reclusi.

164 sono Case Circondariali che assicurano, prevalentemente, la custodia delle persone in attesa di giudizio.

35 Case di Reclusione ospitano le persone in espiatione della pena.

8 sono gli Istituti che assicurano la custodia delle persone sottoposte a Misure di Sicurezza.

La tipologia dell'edilizia penitenziaria, seppure tenda oramai alla standardizzazione in moduli appositamente progettati, non offre nella maggior parte degli Istituti Penitenziari stanze di detenzione dotate di caratteristiche ottimali per quanto riguarda i corretti parametri di cubatura d'aria per persona, il suo ricambio, la luminosità, la quantità di servizi igienici. Ciò risulta ancor più evidente nelle molte strutture vetuste che, per quanto oggetto di progressivi interventi di ristrutturazione, manifestano limiti edilizi che non consentono di attuare completamente gli adeguamenti previsti.

A ciò si aggiunge un costante fenomeno di sovraffollamento, ed i parametri ambientali cui si è fatto riferimento, se possono essere tollerabili per una presenza di persone ragionevolmente calcolata, diventano evidentemente insufficienti quando il numero degli ospiti aumenta. Si pensi, ad esempio, alle difficoltà di dover assicurare l'assistenza sanitaria in un Istituto strutturato per una capienza ottimale di 750 persone, che ne contiene invece oltre mille ed è gravato da un turnover di circa 7000 persone l'anno.

Anche gli spazi destinati alle attività in comune sono perlopiù di estensione limitata, e quelli all'aperto sono spesso cementificati e senza vegetazione (sono infatti rari gli Istituti dotati di "aree verdi"), con una costante limitazione dell'orizzonte a causa della cinta muraria. La mancanza di spazio si riflette, inoltre, sui servizi, anche sanitari, che sono spesso sacrificati in ambienti nati per altri compiti e privi dei requisiti idonei alle attività cui sono destinati.

1.4 IL PAZIENTE DETENUTO

Il trauma da carcerazione e le conseguenze di perdita affettiva, di promiscuità forzata, di mancanza di intimità, spesso di malattia, ma anche alle volte di opportunismi e strumentalizzazioni, caratterizzano il soggetto ristretto, ma il fatto sostanziale che distingue la posizione della persona reclusa rispetto a quella della persona libera, riguarda la assenza di autodeterminazione.

In carcere vi è l'impossibilità di scegliere il luogo di cura. La scelta, per il detenuto, è effettuata dalla Amministrazione Penitenziaria e dall'Autorità Giudiziaria sulla base delle prevalenti esigenze di sicurezza e dell'adeguatezza del servizio sanitario penitenziario dell'Istituto.

Vi è limitazione del diritto alla scelta del medico curante su base fiduciaria. Il paziente detenuto è praticamente obbligato all'assistenza da parte dei medici penitenziari e la possibilità di avere un proprio medico di fiducia esterno all'Amministrazione è subordinata alla sua disponibilità economica.

Vi è, obbligo di convivenza in luoghi ad alta densità di patologie diffuse, in promiscuità obbligata.

V' è spesso la necessità di attuare interventi sanitari, di prassi percepiti come "coattivi". L' esistenza di regole interne, diverse tra gli Istituti e non sempre giustificabili con il principio di sicurezza, può limitare sostanzialmente la completa possibilità di utilizzo dell' assistenza sanitaria. Gli spostamenti dalla stanza di detenzione a qualsiasi altro luogo, ambulatorio e servizi diagnostici compresi, sono obbligatoriamente mediati dal personale di custodia. Vi sono poi gli aspetti negativi di una libertà di scelta, ovvero quella di rifiutare le cure, anche se spesso tale scelta è suscitata da situazioni e motivi sostenuti da una "reazione" all' ambiente ed alle vicende processuali piuttosto che da una consapevole autodeterminazione. Non per ultima è da considerare la distanza burocratica manifestata da servizi esterni al carcere, quali quelli del Servizio Sanitario Nazionale, che si manifesta spesso con dilatatissimi tempi di attesa per prestazioni diagnostiche o terapeutiche non effettuabili in ambito penitenziario. Infine, pur essendo disponibili servizi assistenziali e possibilità di accesso alle cure, in carcere si verificano situazioni che, di fatto, intervengono a limitare le dinamiche che normalmente fanno parte del rapporto tra l' individuo e le personali scelte per la soddisfazione del proprio bisogno di salute.

1.5 IL RAPPORTO MEDICO PENITENZIARIO PAZIENTE DETENUTO.

L' assistenza sanitaria in carcere pone il rapporto tra Medico e Paziente in una prospettiva del tutto particolare.

Anzitutto, proprio perché operatore di una assistenza obbligata, il Medico è percepito come figura facente parte dell' Istituzione repressiva che tiene in reclusione la persona, e come tale non è, per principio, depositario della fiducia quale comunemente si intende in un rapporto di libera scelta.

Vi sono, in effetti, interventi sanitari obbligatori che non possono essere valutati dal paziente detenuto come a suo favore, come per esempio l'isolamento sanitario per malattie parassitarie o contagiose, o la partecipazione del Medico al consiglio di disciplina, di cui parleremo più avanti, che favoriscono il suo inquadramento dal lato della "controparte".

Per di più, le limitazioni operative del Servizio Sanitario Penitenziario, le difficoltà d' esercizio dell' assistenza svolta in un ambito così regolato, i ritardi burocratici, sono tutti fattori che vengono spesso riversati sulla figura del Medico nella ricerca di soluzioni. La risposta alle necessità di salute, infatti, rappresenta per la persona reclusa un bisogno primario intorno al quale si coagulano richieste che, alle volte, non hanno valenza sanitaria ed alle quali il ruolo Medico è estraneo.

La presenza in carcere di un' alta percentuale di persone detenute tossicodipendenti, con disturbi di personalità, con un estremo polimorfismo delle manifestazioni cliniche, associati all' elevato disagio suscitato dall' ambiente, sono fattori che concorrono a rendere il paziente detenuto spesso poco incline alla collaborazione, con atteggiamento rivendicativo e tendente ad esprimere modalità di richiesta assistenziale, specie terapeutica, esuberante ed inappropriata. Il paziente configura allora la sua partecipazione al rapporto con il Medico come "soggetto pretendente" piuttosto che come "collaborante" alla soluzione dei propri problemi di salute.

Vi sono altri fattori che intervengono a rendere complessa la creazione della compliance e del rapporto Medico Paziente in carcere. I compiti normativi e la professionalità del Medico Penitenziario sono volti alla gestione del paziente detenuto tra fini clinici e di giustizia, e possono rappresentare spesso un successivo motivo d' inasprimento, come in occasione di redazione delle informazioni sanitarie richieste dall' Autorità Giudiziaria, o di espressione del parere sulla compatibilità con il regime detentivo formalizzato su richiesta del Consulente Tecnico di Ufficio. Alle volte, per il raggiungimento dell' obiettivo di uscire dal carcere, la persona reclusa è portata a dissimulare, strumentalizzare od aggravare volontariamente il proprio stato di malattia. Viene così profondamente stravolto il concetto di rapporto Medico Paziente, quando lo stesso Paziente ha interesse ad impedire al Medico di pervenire ad una corretta diagnosi, considerando il Medico come strumento dei propri interessi.

Il Medico si trova quindi ad operare spesso con pazienti poco collaborativi, la cui compliance terapeutica è difettuale, con la necessità di documentare costantemente sia i precedenti anamnestici

che le fasi dei percorsi diagnostici e terapeutici, dovendo contemporaneamente sollecitare l'adesione e contenere gli estremismi senza pregiudicare il ruolo di curante, tra garanzia della salute e dell'espiazione della pena.

Ne consegue che queste non sono le giuste premesse per la costruzione di un rapporto di fiducia. Tali aspetti superano, quindi, la possibilità di riferimento alla sola etica professionale comunemente intesa, e richiedono da parte dell'operatore sanitario penitenziario un approccio volto a superare le difficoltà insite in un siffatto rapporto Medico-Paziente, allo scopo di realizzare una compliance adeguata ed in grado di consentire, nonostante le difficoltà, lo sviluppo dei programmi di diagnosi, di cura e d'educazione sanitaria.

Spesso, proprio per questo operare, la fiducia entra con il tempo a far parte del rapporto quotidiano ed il Medico diventa la persona a cui il detenuto si rivolge per scaricare le proprie frustrazioni e le problematiche ambientali, rappresentando il punto di riferimento di problematiche di tutti i tipi, come unico interlocutore con cui il detenuto riesce a parlare e ad esprimersi.

CAPITOLO 2

LA POPOLAZIONE DETENUTA

Gli aspetti fin qui esaminati riguardano la situazione in cui si viene a trovare la singola Persona Detenuta. Esistono però aspetti che riguardano il complesso delle persone detenute, intese come comunità.

La popolazione detenuta, infatti, rappresenta un modello di comunità chiusa soggetta ad una particolare situazione restrittiva, che ha composizione multi-etnica e presenta un'incidenza di patologie particolarmente elevata.

È una comunità che ha modificato progressivamente le proprie caratteristiche risentendo di fenomeni più generali manifestatisi nella Società, che improvvisamente si sono concentrati nel carcere, tanto che l'organizzazione penitenziaria, che fino a qualche tempo fa con le stesse risorse poteva fornire interventi di routine programmata, oggi si trova a dover affrontare sempre più un'attività di costante emergenza. Nel carcere, prima ancora che sul territorio, si è dovuto affrontare nel tempo l'emergere di situazioni quali la tossicodipendenza, la malattia HIV, le malattie infettive da virus epatitici e da TBC, la gestione del fenomeno immigrazione, il sovraffollamento.

Ciò ha richiesto una conseguente e continua corsa agli adattamenti organizzativi, necessaria per far fronte, quando possibile, a tali emergenze.

2.1 IL SOVRAFFOLLAMENTO

Nel 1990 erano ristrette negli Istituti Penitenziari italiani circa 25.000 persone.

Oggi sono detenute in Italia 60.969 persone (dati DAP al 31/10/2005) a fronte di una ricezione calcolata per 42.912 presenze.

È pur vero che la "capienza" regolamentare può essere dilatata fino alla capienza "tollerabile" di 62.685 presenze, ma questo non significa che gli spazi della detenzione sono effettivamente predisposti per tale carico: la capienza tollerabile si raggiunge, nella maggior parte dei casi, aggiungendo letti a castello negli stessi ambienti già occupati da altre persone detenute, od utilizzando temporaneamente in emergenza, come è capitato di verificare, spazi alternativi quali aule scolastiche, sale di attesa ecc.

Sta di fatto che da diverso tempo, oramai, il valore numerico delle presenze quotidiane è molto vicino a quello della capienza tollerabile calcolata secondo parametri molto lontani da quelli considerati come adeguati dai correnti criteri d'igiene, prevenzione e rispetto per la persona. Questo aspetto è più apprezzabile presso le Case Circondariali di Custodia Preventiva, che ospitano 49.448 persone detenute prevalentemente in attesa di giudizio, rispetto alle Case di Reclusione che ne ospitano 8.177 in espiazione della pena.

Ufficio per lo sviluppo e la gestione del Sistema Informativo Automatizzato
Sezione Statistica

Tipo Istituto	Nr. Istituti	Donne	Uomini	Totale
CASE DI RECLUSIONE				
Condannati		196	7.981	8.177
Imputati		77	718	795
Totale	35	273	8.699	8.972
CASE CIRCONDARIALI				
Condannati		1.383	26.848	28.231
Imputati		1.111	20.146	21.257
Totale	164	2.494	46.994	49.488
ISTITUTI PER LE MISURE DI SICUREZZA				
Condannati		70	1.135	1.205
Imputati		8	39	47
Totale	8	78	1.174	1.252
Totale generale	207	2.845	56.867	59.712

Riepilogo Nazionale al 30 settembre 2005

La disamina dei motivi che conducono sempre più persone in carcere richiede considerazioni e valutazioni che riguardano aspetti diversi da quelli esaminati in una trattazione dedicata alla Medicina Penitenziaria, tuttavia il sovraffollamento è riconducibile prevalentemente a fattori quali la diffusione del fenomeno tossicodipendenza, che ha portato ad un progressivo aumento dei reati legati al consumo, allo smercio ed al traffico delle sostanze stupefacenti, il progressivo aumento dei reati riconducibili alla criminalità organizzata, la variazione di costumi sociali che, a volte, conducono alla facilitazione d'atteggiamenti contra legem, i lunghi tempi della Giustizia ecc.

Oltre agli aspetti riguardanti le persone detenute quotidianamente presenti, vi sono quelli relativi al turnover di oltre 100.000 persone nell'anno, tra nuovi ingressi ed uscite, che in pratica raddoppia l'impegno rappresentato dal sovraffollamento, e, pur se non direttamente riguardante l'assistenza sanitaria penitenziaria, le circa 60.000 persone all'anno affidate all'Esecuzione Penale Esterna.

Si deve inoltre considerare che la popolazione dei ristretti, pur essendo vigente il concetto della territorializzazione della pena, è soggetta spesso a trasferimenti da Istituti dove il sovraffollamento risulta non più contenibile ad altri dove la stessa criticità risulta sostenibile. Gli spazi creati dagli "sfollamenti" vengono velocemente riempiti da nuovi ingressi tanto che presso parecchi Istituti lo sfollamento è divenuto una necessità periodica.

La concentrazione e la contemporanea mobilità della popolazione detenuta sono fattori che rendono complessa l'attuazione di una continuità assistenziale da parte del Servizio Sanitario Penitenziario.

Tra gli aspetti concernenti l'attuale popolazione detenuta si devono considerare anche quelli relativi alla sua composizione: giovani, adulti, maschi, femmine.

Pur essendo le donne in netta minoranza (2.845), si deve pensare alle necessità organizzative per la gestione sanitaria di Istituti appositamente dedicati, nei quali, ancor oggi, possono essere presenti assieme alle madri detenute i figli, fino a tre anni di età.

È inoltre da tenere in considerazione, l'aspetto multietnico della popolazione detenuta, composta per il 33% da stranieri.

2.2 I DETENUTI STRANIERI

È necessario dedicare uno spazio a tale argomento che da qualche tempo impegna in maniera esponenzialmente progressiva gli Istituti Penitenziari ed in particolare gli operatori della Sanità Penitenziaria.

L'elevata percentuale di persone straniere tra la popolazione detenuta, circa un terzo del totale con punte che raggiungono anche il 60% negli istituti delle grandi città, non può rappresentare un problema secondario per l'Amministrazione Penitenziaria. La gestione di persone che presentano, di solito, l'impossibilità di comunicazione per differenze linguistiche e culturali, risulta complessa ed impone agli operatori sanitari l'adozione di strumenti appropriati. Si tratta prevalentemente di persone che provengono dai paesi del nord e centro Africa, del Medio Oriente e dell'Estremo Oriente, dell'Est Europeo, del Sud America.

Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad un progressivo aumento del fenomeno immigratorio nel nostro paese, alle volte con preordinati intenti criminali, altre per sopravvivenza con la speranza di risolvere altrove le proprie sorti.

Ma la competizione e le difficoltà d'inserimento non conducono sempre alla realizzazione delle attese. Spesso le persone immigrate incorrono in un "fallimento del progetto migratorio", perchè sovente elaborato in maniera approssimativa e con attese superiori alle reali possibilità di riuscita.

Il suo fallimento determina spesso l'"impossibilità al ritorno" per la responsabilità del mandato di gruppi familiari o sociali che investono risorse e confidano nel migrante affidandosi a lui per ottenere pari soddisfazioni.

La sopravvivenza è allora condotta in esclusione sociale, e questo può portare la persona migrata a vivere d'espediti od al contatto con organizzazioni criminali: il fallimento del progetto migratorio termina spesso con il carcere.

È del tutto evidente che la persona detenuta straniera porta con sé in carcere tutto il disagio di un simile percorso, da sommare a quello generato dalla detenzione stessa.

A ciò si aggiungono le difficoltà ambientali, linguistiche, di conoscenza e condivisione delle regole, la differenza culturale e di religione con la difficoltà di espressione della propria religiosità, le differenti necessità alimentari e di gestione del proprio corpo ecc.

Quanto detto, propone agli operatori alcune problematiche di gestione e di rapporto con la persona straniera detenuta, specie dal punto di vista sanitario. Si pensi alle difficoltà d'approccio, di comprensione e di valutazione dalla parte dell'operatore e, ad una differente interpretazione della malattia e delle sue cause dalla parte del paziente straniero detenuto, fattori che incidono negativamente sulla sua comprensione dei percorsi diagnostici e terapeutici e di conseguenza sulla conservazione o miglioramento della salute.

Pur provenendo da situazioni di estrema o grave emarginazione o da Paesi nei quali esistono malattie endemiche diffuse, la maggior parte dei cittadini stranieri giunge nel nostro Paese in condizioni discrete di salute (è una premessa indispensabile per la organizzazione del progetto migratorio). Le patologie che frequentemente si riscontrano in questi soggetti sono perlopiù contratte nel territorio italiano, o riemergono da una fase silente, a causa delle condizioni di vita scadenti sopportate nella marginalità sociale del nostro paese. Spesso il carcere, per molti di questi soggetti rappresenta la possibilità del primo incontro con un servizio sanitario organizzato e la prima occasione di indagini cliniche e di accesso alle terapie.

2.3 LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DETENUTA

Si potrebbe pensare che sugli aspetti sanitari non vi possano essere grandi differenze tra la popolazione ristretta e quella libera, ma in realtà il carcere rappresenta un concentrato di patologie, come è noto ad ogni operatore sanitario penitenziario.

Ancora oggi non è possibile formulare una esatta statistica clinica delle patologie relative alla popolazione detenuta, perché tali dati non sono mai stati raccolti in maniera organica e dettagliata. Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ed altri Enti hanno effettuato in passato rilevazioni che hanno portato alla formulazione di un quadro orientativo solo per grandi linee, non

certamente approfondito né in grado di quantificare con precisione i principali bisogni di salute della popolazione detenuta.

È possibile, per esempio, conoscere il numero dei tossicodipendenti in carcere, ma non quello delle persone affette da HIV, giacché il test non è obbligatorio.

Questa approssimazione non coerente è stata tuttavia utilizzata per la previsione delle risorse da impiegare nella gestione del Servizio Sanitario Penitenziario, ed almeno per quanto riguarda il D.L. 230/99, per la formulazione degli indirizzi di riforma dell'assistenza in carcere.

Dal 2004 l' Ufficio Sanitario della Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento ha ideato e curato la messa a punto di un progetto che ha come fine la valutazione dell' Indice dello Stato di Salute della popolazione detenuta (ISS), ed attraverso i risultati di questo, giungere alla rideterminazione del bilancio necessario a condurre le attività sanitarie in carcere.

La raccolta dei dati è effettuata per mezzo della compilazione di una scheda, appositamente predisposta con campi di pertinenza per classi di patologie, sulla quale sono inseriti valori numerici da 0 a 4, che rappresentano il livello di costo in rapporto alla gravità delle patologie rilevate attraverso le notizie anamnestiche ed i rilievi clinici risultanti dalla visita di ingresso, cui ogni persona detenuta viene sottoposta. I dati sono costantemente aggiornati con i rilievi risultanti dalla pratica clinica ambulatoriale e consentono di quantificare, oltre ad una previsione di costi, anche l' incidenza di varie patologie in ambito penitenziario.

Il sistema ISS è stato informatizzato e fa parte di un più ampio progetto di informatizzazione della cartella clinica che consentirà la raccolta dati in maniera automatica e più capillare. La sua duplice valenza, di rilevazione delle situazioni cliniche e di quantificazione della spesa di gestione delle stesse, consente di ottenere da una parte una statistica clinica, e dall' altra di valutare e motivare i finanziamenti necessari a gestire il sistema per l' assistenza sanitaria in carcere.

I primi rilievi sono ancora orientativi, perché il sistema non è compiutamente a regime, ma è possibile avanzare alcune considerazioni sul riepilogo complessivo relativo a 105.752 schede, valutate dall' Aprile 2004 al Settembre 2005.

La rilevazione mette in evidenza come circa il 20% della popolazione detenuta mostri sostanzialmente buone condizioni di salute. Il restante presenta condizioni mediocri (38%), scadute (37%) o gravi (4%), valutate anche attraverso un indice di co-morbidità che considera il livello di gravità in relazione anche all'eventuale contemporanea presenza di più patologie o di handicap motori presentate da uno stesso paziente (ad esempio: tossicodipendenza associata ad AIDS, epatite da virus C, malattia mentale).

Direzione Generale Detenuti e Trattamento
Ufficio III Servizio Sanitario
Indice di Stato di Salute , Stati Patologici - ITALIA
raccolta dati - Aprile 2004 - Settembre 2005 - Schede n°105.752

Aggregati per apparati e funzioni - Ordinate per frequenza	n° affetti	%
Y) stato di tossicodipendenza	22.641	214,10
W) Deficit della masticazione	16.943	160,21
O) Malattie osteo-articolari - patologie di origine post-traumatica	14.837	140,30
M) Malattie epato-biliari	11.818	111,75
S) Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche	10.837	102,48
P) Malattie gastrointestinali	9.998	94,54
Z) Malattie infettive (escluso malattia daHIV)	7.126	67,38

S1) Malattie mentali: comprende tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione	6.383	60,36
I) Malattie respiratorie	6.014	56,87
E) Ipertensione arteriosa	4.773	45,13
V) Deficit sensoriali (malattie di pertinenza Otorinolaringoiatrica e/o Oculistica)	4.431	41,90
X) Piaghe da decubito o malattie Dermatologiche	4.210	39,81
N) Malattie renali e dell'apparato urogenitale	3.293	31,14
R) Malattie del sistema nervoso centrale - Malattie Neurologiche	2.915	27,56
Q) Malnutrizione	2.505	23,69
H) Diabete mellito	2.356	22,28
Z1) Malattia da HIV (Secondo Classificazione CDC DI Atlanta)	2.202	20,82
U) Anemia o Altre malattie a carico del sistema emopoietico	2.008	18,99
B) Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemica.	1.713	16,20
G) Vasculopatie periferiche	1.666	15,75
H1) Malattie endocrine	1.300	12,29
A) Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie	1.153	10,90
C) Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione in assenza di cardiopatia organica ed ischemica.	908	8,59
T) Deterioramento mentale	823	7,78
F) Accidenti vascolari cerebrali	429	4,06
L) Neoplasie maligne	428	4,05
J) Malattie Ginecologiche	307	2,90
D) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache	225	2,13
K) Malattie neonatali	34	0,32

(Ideazione , sviluppo ed elaborazione : Dr. Vincenzo De Donatis, Dr. Orlando Sagulo)

Il primo dato, relativo alla tossicodipendenza, conferma sostanzialmente quanto tale fenomeno incida sulla popolazione detenuta (il 214 per mille, pari a quasi al 25%)

Il secondo dato numerico più rilevante (160 per mille) è riferibile alla branca Odontoiatrica e rappresenta un diffuso, quanto insospettabile, “bisogno di salute” che richiama fortemente non tanto alla gravità della patologia, quanto alla diffusa presenza di fattori che incidono sulla qualità della vita quotidiana, investendo la sfera delle possibilità alimentari.

Se dovessimo prevedere la strutturazione del servizio sanitario penitenziario sulla base dei soli dati numerici, dovremmo pensare ad una sanità dedicata prevalentemente alla Tossicodipendenza ed all’ Odontoiatria.

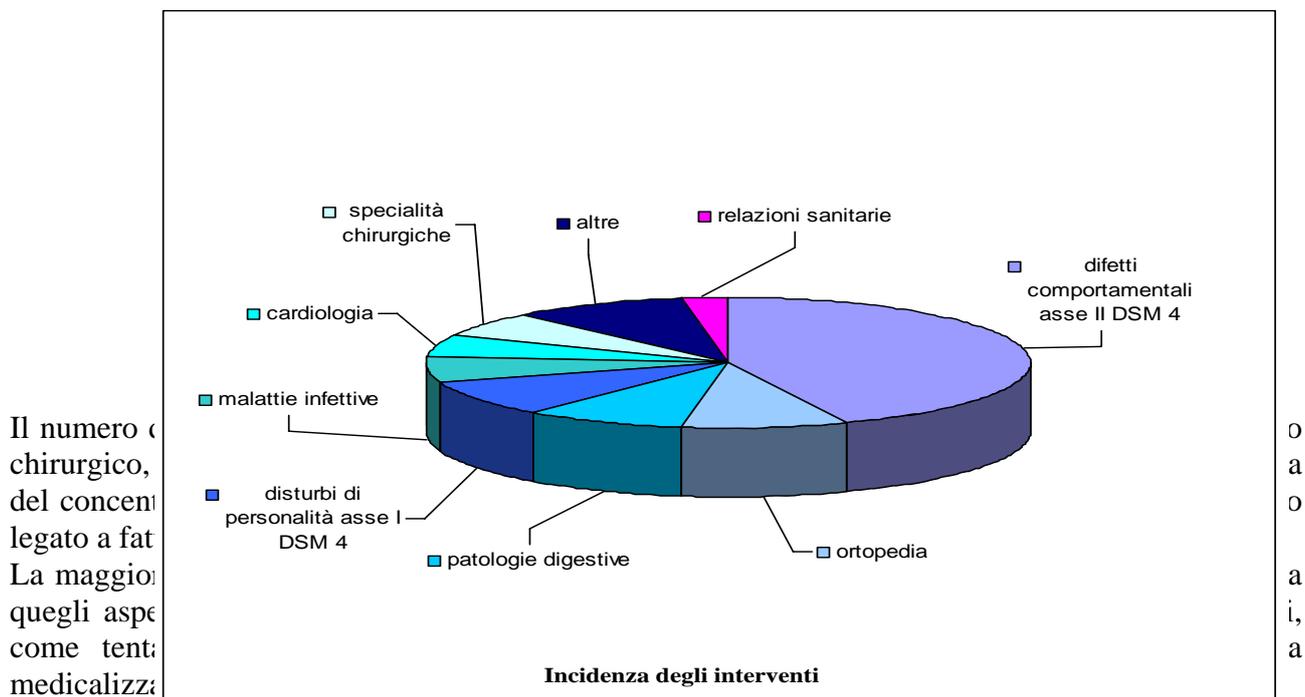
Questi due dati, invece, propongono, per il primo la necessità di percorsi mirati alla disassuefazione ed alla riabilitazione della persona detenuta tossicodipendente, attività sicuramente complessa che prevede l’ intervento di sistemi multidisciplinari e collegamenti con servizi esterni (SERT, Comunità) a causa delle patologie spesso correlate, per il secondo interventi tecnici (protesici, ecc), sicuramente importanti, ma di entità clinica del tutto diversa.

Gli aspetti di criticità correlabili alla comunità chiusa carceraria prospettano aree di intervento prioritarie, quali la malattia mentale (rappresentata da patologie comprese nell’ Asse I° e II° del DSM 4 ed incidente per il 162,84 per mille), il complesso delle patologie riferibili al sistema cardio-circolatorio (che raggiunge il 98,5 per mille), o le malattie infettive (88,20 per mille) .

Tra le classi di patologia ve ne sono alcune che, pur se quantitativamente limitate, per la loro gravità richiedono assistenza sanitaria di elevato livello per quanto riguarda l’impegno di personale e risorse.

Oltre agli aspetti epidemiologici, infatti, si deve considerare anche anche la mole degli interventi sanitari forniti in risposta alla domanda espressa dalla popolazione detenuta ed alle esigenze dell’ organizzazione dell’ istituto Penitenziario che all’ area sanitaria fa riferimento per la ricerca di soluzioni gestionali.

Questo aspetto non è stato per il momento valutato sulla base di dati nazionali, tuttavia una rilevazione in tal senso, calcolata sul volume complessivo delle prestazioni sanitarie ed effettuata in uno dei più grandi Istituti in un anno di attività, consente di avanzare alcune considerazioni.



Anche le categorie di patologie rilevate tramite l'ISS risulta superiore a quanto riferito percentualmente dai dati relativi alla popolazione nazionale, e richiedono l'impegno e l'intervento del servizio sanitario penitenziario, con disponibilità di mezzi diagnostici e strumentali non sempre disponibili in carcere.

CAPITOLO 3 L' AREA CRITICA IN MEDICINA PENITENZIARIA

Le attività che negli Istituti Penitenziari devono essere considerate come pertinenti all' area critica riguardano prevalentemente gli aspetti relativi ai settori di:

- **Ingresso**
- **Primo soccorso, urgenze**
- **Tossicodipendenza**
- **Patologie psichiatriche**
- **Malattie infettive**

Si tratta di situazioni che più di frequente investono l' organizzazione assistenziale sanitaria, richiedendo un approccio multidisciplinare, prontezza ed attenzione nelle valutazioni, spazi dedicati, il tutto inserito in una attività sanitaria che presenta generalmente più le caratteristiche dell' emergenza che non della routine.

3.1 L' INGRESSO.

La valutazione del detenuto all' ingresso in Istituto è un' attività inserita nell' area critica perché richiede la messa in atto di un momento organizzativo di raccordo multidisciplinare con valutazioni sanitarie di ampio spettro, finalizzate all' acquisizione, la più precoce possibile, di notizie di fondamentale interesse sia per la comunità che per l' individuo. La visita di ingresso è effettuata su

ogni persona che viene associata al carcere, ed il volume di attività annuale è rappresentato dal turnover più il numero dei residenti (es: turnover 7000, residenti 1000 = 8000 visite di ingresso).

Non vi sono protocolli appositamente studiati per tale settore, che fa riferimento ad una serie di norme e circolari, ed ogni Istituto opera in maniera autonoma. Sebbene la normativa preveda genericamente l'effettuazione della visita entro le 24 ore dall'ingresso, è opportuno che questa sia eseguita contestualmente all'immatricolazione, alla stregua di una visita di accettazione.

L'ingresso in carcere è un momento di estrema complessità che comporta per la persona detenuta il trauma della consapevolezza della perdita della libertà, ed il contemporaneo inizio del rapporto con la struttura penitenziaria. Ma è anche il momento nel quale la struttura deve effettuare una prima valutazione della persona e dei suoi bisogni.

In pratica si deve valutare l'impatto della struttura sulla persona, ma anche l'impatto della persona sulla struttura stessa.

L'accoglienza in Istituto assume quindi diverse valenze che possono essere così espresse:

- Sostegno. Il colloquio con il personale Medico e Psicologico deve essere impostato in modo da trasmettere alla persona detenuta la sicurezza che la struttura è in grado di provvedere ai suoi bisogni.
- Valutazione igienica. Alcune persone accedono in condizioni di igiene personale marcatamente trascurata, ed in tal caso è d'obbligo l'invito a sottoporsi a doccia e cambio di vestiario, nel rispetto della convivenza nella comunità nella quale saranno inseriti.
- Informazione. Si possono fornire durante il colloquio le informazioni sulla organizzazione e sulle modalità di accesso ai servizi, anche con brevi testi in diverse lingue,
- Raccolta di notizie. Una accurata anamnesi permette di valutare il pregresso della persona, conoscere il contesto socio familiare, ed avere informazioni su precedenti contatti con strutture e servizi del SSN o Penitenziarie.
- Valutazione clinica. Il rilievo delle effettive condizioni psico fisiche consente di programmare i primi immediati interventi.
- Valutazione psicologica. Il colloquio con un Esperto Psicologo permette la valutazione dello stato psicologico in rapporto al rischio di etero od autoaggressività.
- Attivazione dei servizi. Il quadro complessivo ricavato dalla anamnesi, esame obiettivo e valutazione psicologica, consente di indirizzare segnalazioni di attivazione dei vari servizi dell'Istituto.

La visita di ingresso comporta inoltre la responsabilità di poter valutare una situazione clinica come non trattabile con le risorse dell'Istituto e disporre il ricovero immediato presso una struttura ospedaliera, per quegli aspetti che suggeriscono un immediato rischio per la vita del paziente o per la tutela della comunità (ad es. TBC, traumi , ingestione di contenitori di stupefacenti ecc), o procedere all'emissione di referto nei termini previsti dalla Legge (lesioni traumatiche ascrivibili a terzi).

3.2 PRIMO SOCCORSO, URGENZE.

Si deve considerare l'attività di intervento sanitario urgente in Istituto Penitenziario solamente come primo soccorso, in quanto il termine "pronto soccorso" è solitamente relativo alle procedure sanitarie urgenti che possono essere condotte a compimento, 24 ore su 24, a partire dalla diagnosi fino alla stabilizzazione o risoluzione del caso clinico.

Circa il 20% di tutti gli interventi sanitari effettuati in carcere è relativo a situazioni di primo soccorso. Tra le cause si possono individuare aspetti più propriamente penitenziari, quali l'autolesionismo, i tentativi di suicidio, i traumatismi (provocati od accidentali), ed aspetti più generali quali, tra i più frequenti, le emergenze cardio-respiratorie, l'intossicazione acuta da alcool o sostanze stupefacenti, gli "acting out" relativi alle esasperazioni correlate al disagio.

Mancano però nelle strutture penitenziarie servizi diagnostici costantemente disponibili nelle 24 ore (Radiologia, Laboratorio Analisi, Cardiologia ecc), e le possibilità operative in caso di urgenza,

perciò, si basano prevalentemente sulle capacità personali di ogni operatore e sul supporto di minime attrezzature, non omogeneamente presenti in tutti gli Istituti.

Il primo soccorso, quindi, termina spesso con un ricovero esterno di urgenza basato su di un sospetto diagnostico, nell'impossibilità di pervenire ad una diagnosi definitiva.

La decisione del Medico di procedere ad un ricovero esterno comporta oneri ed attività da parte degli altri settori (comunicazione all' Autorità Giudiziaria ed agli Uffici superiori, spostamento di mezzi e di personale di Polizia Penitenziaria, piantonamento ospedaliero ecc), con conseguenti critiche quando gli accertamenti ospedalieri non confermano il sospetto diagnostico. Ma come è comprensibile, pur sollecitando al Medico il massimo scrupolo valutativo, "è meglio un ricovero per un sospetto non confermato, piuttosto che un mancato ricovero quando invece è necessario".

3.3 TOSSICODIPENDENZA

Come è stato rilevato dalla casistica, circa il 25% della popolazione detenuta ha relazione con un vissuto di tossicodipendenza. Il progressivo aumento dei tossicodipendenti in carcere ha posto all'Amministrazione Penitenziaria problematiche relative alla cura della sindrome di astinenza al momento dell' ingresso, della gestione e della riabilitazione dalla dipendenza.

Le difficoltà di gestione della persona tossicodipendente sono prevalentemente legate

- ad una dipendenza psichica e fisica agli effetti della sostanza che caratterizza la sindrome di astinenza,
- ad una diminuzione delle capacità di autocontrollo, fino a configurare spesso un vero e proprio disturbo del controllo degli impulsi,
- ad una ideazione che ruota costantemente intorno alle sostanze di abuso.

Il controllo della sindrome di astinenza da eroina viene solitamente condotto con la "prosecuzione controllata" dell'intossicazione attraverso la somministrazione di terapia sostitutiva con metadone, e dovrebbe proseguire con uno scalaggio progressivo del dosaggio di tale farmaco fino ad un completo affrancamento dalla dipendenza fisica. Alla risoluzione della dipendenza fisica non corrisponde, solitamente, una pari risoluzione di quella psichica, e la persona detenuta, non ancora definitivamente "ex tossicodipendente", rimane disponibile all'assunzione di qualsiasi cosa possa creare sensazioni simili a quelle generate dagli stupefacenti.

La circolazione e l'uso di stupefacenti, anche se sporadico e sottaciuto, sono fenomeni comunque presenti in carcere, ma in mancanza delle sostanze possono essere utilizzati sucedanei quali l'aspirazione di gas da bombolette, l'aspirazione di fumi derivanti dal riscaldamento di farmaci in soluzione ecc. Viene utilizzato, in pratica, tutto ciò che può stimolare una eccitazione od un obnubilamento.

Comunemente la tossicodipendenza si associa ad una sorta di farmacodipendenza, prevalentemente da benzodiazepine e neurolettici, con la tendenza ad un "creving" dei dosaggi, che spinge il paziente a pretendere continui aggiustamenti posologici.

Alla tossicodipendenza e farmacodipendenza, in carcere si aggiunge spesso anche l'alcooldipendenza, e quando tali impulsi sono contemporaneamente presenti nella stessa persona si può verificare l'accaparramento e l'assunzione di cocktails di sostanze dagli effetti devastanti, talchè, nonostante i controlli non certo superficiali, in carcere è possibile il decesso per overdose, o per inibizione respiratoria da farmaci ed alcool. In questo panorama la rieducazione e la riabilitazione dalla dipendenza trovano scarso successo.

Oltre agli aspetti fin qui menzionati, la popolazione tossicodipendente detenuta presenta una elevata frequenza di malattie infettive e psichiatriche: in carcere la quasi totalità della sieropositività per HIV è appannaggio dei tossicodipendenti, come pure la gran parte dei casi di epatite virale HCV e HBV correlata. Recenti lavori, inoltre, hanno reso evidente come sul 58% delle persone detenute tossicodipendenti sia possibile evidenziare una "doppia diagnosi" di patologia psichiatrica e tossicodipendenza.

La tossicodipendenza richiede quindi un'assistenza plurispecialistica ed interventi psicologici e sociali mirati. L'Amministrazione Penitenziaria aveva istituito nel 1991 il Presidio per le

Tossicodipendenze, per cooperare con i SERT ai quali il Testo Unico 309/90 aveva affidato la cura e riabilitazione delle tossicodipendenze anche in ambito penitenziario.

Con il DL 230/99 ed i successivi Decreti, la competenza dell'assistenza ai tossicodipendenti in carcere è stata completamente affidata ai SERT, ai quali sono transitate le risorse umane e finanziarie precedentemente destinate al Presidio penitenziario.

In alcune realtà penitenziarie tali servizi hanno realizzato esperienze positive attraverso progetti di recupero e riabilitazione, in altre le attività sono state limitate alla sola somministrazione di terapia sostitutiva, ed in altre ancora la presenza del SERT risulta puramente formale. Anche l'invio in comunità terapeutica, unica efficace possibilità di riabilitazione dalla dipendenza, viene spesso sottoutilizzato dai SERT per la carenza di fondi dedicati.

In ultimo, sempre in riferimento alle dipendenze, si deve considerare il tabagismo. Il fumo è abitudine molto diffusa in carcere, e rappresenta una problematica di non facile risoluzione se si pensa al sovraffollamento in ambienti nei quali sono ristretti per gran parte della giornata, insieme, fumatori e non fumatori. È emblematica, in rapporto al tabagismo, la frequenza di rifiuto da parte delle persone detenute al ricovero in Ospedale per patologie spesso gravi, perché "lì non è permesso fumare".

3.4 PATOLOGIE PSICHIATRICHE

La presenza di patologie di interesse psichiatrico negli Istituti Penitenziari propone aspetti critici relativi alla loro gestione e trattamento terapeutico perché il carcere è divenuto il principale contenitore del dilagante disagio mentale.

Le entità nosografiche che ci si trova ad affrontare in ambito detentivo descrivono quasi integralmente le classificazioni di Asse I e II del DSM IV,

La schizofrenia ed i disturbi psicotici, per quanto è possibile rilevare dai dati anamnestici, sono prevalentemente relativi a situazioni stabilizzate, e quindi precedenti alla detenzione, ma sono stati osservati episodi di esordio acuto in concomitanza della detenzione ed episodi di riacutizzazione in corso di detenzione.

I disturbi dell'umore sono rappresentati da depressione maggiore, disturbo bipolare e, considerando che la depressione reattiva alla detenzione, anche se in misura diversa, è comune ad ogni persona detenuta, da alcuni rilevanti casi di depressione reattiva, quando in corso di questa si manifesta un tentativo auto soppressivo.

Le patologie relative all'Asse I sono numericamente contenute, ma sono anche quelle che richiedono con più frequenza l'intervento di strutture ospedaliere esterne di diagnosi e cura.

Rimane, infatti, l'impossibilità di intraprendere in ambito detentivo il Trattamento Sanitario Obbligatorio, perché demandato per legge a procedure che lo conducono di competenza ai reparti ospedalieri di diagnosi e cura.

Discorso a parte meritano i disturbi di personalità compresi nell'Asse II, sia per l'estremo polimorfismo delle manifestazioni cliniche, sia perché, se teniamo conto rigorosamente dei criteri di inclusione del DSM IV, troviamo la incidenza di tali disturbi in ambito penitenziario, elevatissima. I pazienti con gravi disturbi di personalità presentano problemi di trattamento e di gestione, spesso molto più complessi rispetto ai pazienti di Asse I.

Si tratta di una categoria di forme psicopatologiche di tipo comportamentale che impegnano maggiormente il servizio sanitario penitenziario ed i consulenti Psichiatri, e comprendono anche quei malati non riconosciuti come tali fuori dal carcere, dove i disturbi gravi della personalità raramente pervengono alla osservazione e assistenza psichiatrica, tanto che spesso è proprio in carcere che si verifica il primo contatto con un servizio psichiatrico.

Tra gli aspetti prevalenti che più frequentemente richiedono l'intervento del Servizio Psichiatrico Penitenziario, riguardo i disturbi di personalità, sono comprese quelle situazioni che per la loro gravità hanno richiesto l'adozione della misura della "sorveglianza", quali il disturbo del controllo degli impulsi, l'eccitamento maniacale, la difficoltà nel funzionamento interpersonale rispetto ai quadri del disturbo borderline e del disturbo antisociale di personalità.

Una delle manifestazioni più frequenti espresse da questi pazienti è rappresentata dall'autolesionismo. Questo aspetto, in pratica sconosciuto in ambiente esterno, assume in carcere connotazioni di condivisione culturale da parte della popolazione detenuta ed assume il significato di richiamo dell'attenzione per la situazione di disagio vissuta. L'autolesionismo può esprimersi attraverso ferite da taglio più o meno gravi autoinferte, spesso sulle braccia e polsi, attraverso ingestione di corpi estranei (batterie, lamette da barba, posate ecc.), o attraverso manifestazioni di tentativo suicidario.

La possibilità di autosoppressione rappresenta una grave criticità, perché, per quanto posano essere predisposte segnalazioni e sorveglianza diretta del paziente, la quotidianità prima o poi porta a momenti favorevoli all'attuazione suicidaria. Per la prevenzione di tali atti, sono state adottate procedure di valutazione medica, durante la visita di ingresso, e psicologica da parte del Servizio Psicologico per i nuovi giunti.

La misura della sorveglianza, adottata in tali casi, riguarda la necessità di controllo della persona che presenti possibilità di auto nocimento od auto soppressione e, a seconda del livello di tale rischio, vengono valutate ed attuate su indicazione di équipe, la grande sorveglianza (controllo ogni 20 minuti), la grandissima sorveglianza (controllo ogni 10 minuti) e la sorveglianza a vista.

La distribuzione delle manifestazioni di interesse psichiatrico non è omogenea tra detenuti italiani e stranieri: gli italiani presentano una maggiore incidenza nell'ambito della depressione maggiore, disturbo border line, DAP, schizofrenia cronica, mentre gli stranieri presentano una maggior incidenza nel disturbo del controllo degli impulsi, eccitamento maniaco, disturbo paranoide di personalità, esordio schizofrenico, schizofrenia paranoidea.

La gran mole di attività richiesta dall'assistenza psichiatrica non è controbilanciata, in carcere, da adeguate risorse. La presenza di Specialisti Psichiatri è temporalmente limitata ed è pressoché impossibile una continuità negli interventi, poiché in molti Istituti Penitenziari il numero di pazienti di tale categoria è superiore a quello solitamente previsto per i reparti psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura.

La presenza di pazienti psichiatrici negli Istituti Penitenziari è fortemente correlata alla possibilità che tale situazione di patologia personale faciliti la realizzazione di reati, intesi come violazione, pur se non consapevole, delle regole imposte dalla società, ma, mentre la posizione di "reo" può essere consona al carcere, quella di "folle" non trova nello stesso ambiente adeguate possibilità di trattamento e di riabilitazione.

3.5 MALATTIE INFETTIVE.

La presenza tra la popolazione detenuta di malattie trasmissibili quali HIV, epatiti da virus C e B, tubercolosi e altre patologie infettive, rappresenta un serio problema di prevenzione e sanità pubblica. I motivi dell'alta diffusione di virus e batteri in carcere sono da riferire ad una serie di fattori che, sebbene individuati da anni, non sembrano aver ancora trovato una risposta adeguata. Tra questi i più rilevanti sono rappresentati da:

- il sovraffollamento in comunità chiusa, che facilita la possibilità di diffusione delle malattie infettive.
- la elevata presenza di tossicodipendenti, prostitute, soggetti provenienti da zone ad elevata endemia per patologie trasmissibili, in situazione di forzata promiscuità
- la persistenza di comportamenti a rischio, quali rapporti omosessuali non protetti (nel carcere non è consentito l'uso di profilattici), e/o eterosessuali nei periodi di permessi premio, la pratica di tatuaggi, l'uso di aghi per siringa e taglienti (anche l'utilizzo personale di siringhe non è consentito).
- i fattori strutturali ed ambientali, come la vetustà degli Istituti di Pena e la conflittualità tra detenuti e tra questi ed il personale,
- la non obbligatorietà dell'offerta dei test di screening per le patologie diffuse e l'elevato turn-over della popolazione,

- la scarsità di risorse umane e finanziarie, con una diffusa demotivazione tra il personale sanitario operante negli Istituti, in grandissima parte con rapporto di lavoro precario
- la progressiva erosione degli stanziamenti al Servizio Sanitario Penitenziario.

La patologia infettiva prevalente in carcere è rappresentata dall'epatite virale cronica HCV e/o HBV correlata.

Numerosi studi internazionali pubblicati negli ultimi anni indicano elevatissime prevalenze di anti-HCV positività nella popolazione detenuta, con valori medi che superano il 30% e punte massime di oltre il 50%.

Non è ancora dimostrato che il carcere, oltre ad essere un contenitore di soggetti con infezioni trasmissibili, possa anche rappresentare un fattore di rischio per acquisire un'infezione a trasmissione parenterale, anche se sembra emergere una correlazione tra la pratica del tatuaggio e la positività per anticorpi contro l'HCV.

Una problematica non secondaria è relativa alla valutazione sull'opportunità o meno di effettuare in carcere la terapia per l'epatite virale cronica HCV. Infatti agli effetti collaterali della terapia, che determinano una sospensione con frequenza più elevata tra la popolazione detenuta rispetto a quella generale, si deve aggiungere un certo numero di pazienti che non riesce a completare il ciclo terapeutico a causa di trasferimenti, o perché posto in libertà.

3.5.2 MALATTIA DA HIV Per quanto riguarda la malattia HIV si deve anzitutto considerare che in ambito penitenziario essa è strettamente correlata alla tossicodipendenza: sono rarissimi, infatti, i pazienti detenuti che hanno contratto tale malattia per motivi diversi dall'uso di siringhe infette.

Il problema della terapia antiretrovirale in carcere è acuito da problematiche organizzative ed economiche presenti nel Servizio Sanitario Penitenziario (non immediata disponibilità dei farmaci in caso di detenuti provenienti dalla libertà o da altri istituti penitenziari e già in trattamento, limitata presenza di personale infermieristico, scarso rispetto degli orari di distribuzione della terapia). La possibilità di esecuzione di una corretta terapia risente della manipolazione che il recluso pone spesso in essere per poter usufruire dei benefici di legge che prevedono misure alternative alla detenzione in carcere, in caso di grave immunodeficit o di AIDS conclamato.

Sotto l'aspetto medico legale la normativa attuale (art.li 146 del c.p. e 275 del c.p.p.), subordina la concessione del differimento della pena o delle misure alternative alla detenzione, non solo alla presenza di AIDS o di grave immunodeficienza con $CD4 < 200$, ma anche alla gravità di quest'ultima, che deve essere tale da poter escludere la pericolosità sociale della persona. La decisione in tal senso è rimessa alla magistratura competente che, tra gli elementi di giudizio valuta anche la certificazione rilasciata da Unità Operative di Malattie Infettive o dal Servizio Sanitario Penitenziario corredata comunque da una diagnosi convalidata da un'Unità Operativa di Malattie Infettive Ospedaliere o Universitaria. (D.M. 21 ottobre 1999 , art. 3).

Per assicurare un miglior livello di assistenza in tema di HIV, tra Provveditorati Regionali per l'Amministrazione Penitenziaria e Centri di Infettivologia individuati dal Ministero della Salute, sono state stipulate convenzioni, in base alle quali Operatori di quei servizi pubblici effettuano attività di consulenza presso alcuni Istituti Penitenziari. Questo ha permesso di migliorare, almeno localmente, le possibilità di accesso alle terapie ed agli accertamenti diagnostici a favore dei pazienti detenuti affetti da malattia HIV ai diversi stadi.

3.5.3 TBC La Tuberculosis non rappresenta una malattia nuova per il carcere, avendo mietuto migliaia di vittime in era pre-antibiotica nei sanatori penitenziari italiani come quello di Pianosa o di Paliano, quest'ultimo ancora in parte dedicato ad accogliere detenuti affetti da TBC.

Pur non essendosi verificati episodi epidemici nelle carceri italiane, alla base della recrudescenza dei casi negli ultimi anni, oltre le condizioni strutturali proprie del carcere che possono favorire la diffusione di malattie trasmissibili per via aerea, vi sono fattori quali l'alta incidenza di HIV, la crescita esponenziale di detenuti provenienti da paesi ad alta endemia per la TBC, o elementi

favorevoli l'insorgenza o la risacerbazione della malattia quali un cattivo stato fisico, l'ambiente affollato ed insalubre con ridotto ricambio di aria, la malnutrizione ed altre condizioni sfavorevoli che possono diminuire le difese corporee.

Sebbene in alcune realtà carcerarie vi siano reparti attrezzati per ospitare pazienti affetti da tubercolosi, nella maggior parte degli Istituti Penitenziari è pressochè impossibile procedere ad un efficace isolamento sanitario per una malattia così pericolosamente diffusiva (salvo in alcune strutture dotate di appositi reparti autorizzati dal SSN), ed è quindi obbligato il ricovero in Ospedale.

Tra le altre patologie infettive diffuse in ambiente penitenziario si devono citare, ancora, le malattie a trasmissione sessuale, quali la sifilide (in recrudescenza anch'essa), la neisseria gonorrhoeae, l'herpes simplex tipo II, la chlamydia trachomatis, le parassitosi (scabbia, pediculosi), e le dermatomicosi.

CAPITOLO 4

L'EVOLUZIONE NORMATIVA

Nel panorama legislativo in tema di sanità penitenziaria si sono succedute nel tempo, e secondo esigenze e modelli espressi dalla società, leggi che hanno avuto come obiettivo quello di assicurare la salute dei detenuti in garanzia di sicurezza e di rendere l'assistenza sanitaria in carcere di pari livello rispetto a quella prevista per i cittadini.

Senza entrare nel merito degli specifici contenuti, si intende in questo capitolo ripercorrere le principali tappe storiche nell'evoluzione della normativa.

Regio Decreto del 1930, prevedeva la presenza di un Medico negli Istituti Penitenziari, senza però determinare compiti specificatamente penitenziari o regolamentare il rapporto di lavoro tra questi ed il Ministero di Grazia e Giustizia. L'assistenza ai detenuti veniva "affidata" ad un Medico che rappresentava l'unica risorsa assistenziale che, considerando i tempi, rappresentava comunque una risorsa importante, specie in relazione alla diffusione della tubercolosi, malattia all'epoca responsabile di alta morbilità e mortalità negli ambiti confinati.

Legge 740 del 1970, modifica il precedente Regio Decreto e regola, ancor oggi, la disciplina amministrativa delle figure sanitarie che operano negli Istituti Penitenziari, Medici, Infermieri, Tecnici. È stata promulgata nel periodo in cui gruppi omogenei di persone, in funzione prevalentemente della loro attività lavorativa, contribuivano economicamente ed obbligatoriamente ad una struttura sanitaria di mutua assistenza, denominata appunto Mutua. Tutte le categorie erano censite in tale regime mutualistico, ed anche per i detenuti in carcere si formulò uno specifico regime di assistenza. La legge interveniva, in via provvisoria e per un periodo biennale, ad introdurre un diverso concetto di organizzazione assistenziale che, in previsione, si sarebbe dovuto perfezionare con successivi interventi legislativi. In realtà alla legge 740, di contenuto prevalentemente amministrativo, non fecero seguito ulteriori determinazioni organizzative, fino al 1975, con l'entrata in vigore dell'Ordinamento Penitenziario.

Legge 354 del 1975, Ordinamento Penitenziario costituisce, assieme al **DPR 431/76**, Regolamento di Esecuzione la normativa basilare, ed esprime direttive in tema di gestione della salute in carcere, prevalentemente inserite negli articoli 11 LP e 17 RE, in base alle quali sviluppare le attività e gli aspetti organizzativi sanitari negli Istituti Penitenziari, per la tutela della salute in carcere che viene affidata all'Amministrazione Penitenziaria.

La legge, in realtà, formula indirizzi generali (per es.: "in ogni Istituto devono essere predisposti servizi sanitari rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti", art 11 L.P.), e individua quegli aspetti particolari, come si vedrà nel capitolo dedicato al Personale sanitario (5.3.1), che vedono uno stretto legame tra salute e necessità di sicurezza, nell'ambito delle

regole che disciplinano le attività in comunità chiusa penitenziaria, con preciso riferimento alla considerazione per la persona detenuta.

L'organizzazione vera e propria del servizio sanitario è stata invece prevalentemente programmata sulla base di circolari elaborate dall'Amministrazione Penitenziaria, con particolare riguardo alla organizzazione dei servizi ed attraverso interventi mirati ad affrontare le varie emergenze che periodicamente hanno interessato il mondo penitenziario.

Legge 833 del 1978, legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Lo Stato diviene il primo attore della gestione della salute dei cittadini facendo confluire tutte le organizzazioni di assistenza sanitaria mutualistica in un unico organismo, il SSN. Questo, con lo scopo di garantire ad ogni cittadino pari livelli di tutela della salute, in contrapposizione alla disparità manifestata dal precedente sistema. La legge escludeva alcune organizzazioni assistenziali di peculiare campo di interesse, come la Sanità Militare e poche altre, ma tra queste non era espressamente compresa la Sanità Penitenziaria, e per tale ragione da una parte si intese che l'assistenza in carcere dovesse essere gestita dal SSN, da un'altra che, data l'assenza di specifiche, dovesse restare competenza della Giustizia. Chiarezza fu fatta dal parere del Consiglio di Stato (n° 305 del 7/7/1978) che confermò la esclusiva competenza dell'Amministrazione Penitenziaria in tema di tutela della salute delle persone reclusi, ritenendo tale assistenza "tra i compiti riservati allo Stato, da svolgere con le preesistenti strutture del servizio sanitario penitenziario".

Legge 419 del 1998 e Decreto Legislativo 230 del 1999, "il riordino della Medicina Penitenziaria". La legge 419 del 1998, "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" riportava all'art.5 norme per "il riordino della Medicina Penitenziaria", stabilendo la riconduzione della "Medicina Penitenziaria" nel SSN

L'esigenza era quella di uniformare la qualità dell'assistenza in carcere, disciplinata da norme risalenti oramai a vent'anni prima, alle innovazioni previste dalla precedente Legge 833 del 1978 rivedute con i criteri di razionalizzazione della stessa Legge 419. In realtà, più che ad un riordino della Medicina Penitenziaria, si sarebbe dovuto far riferimento al riordino della Sanità Penitenziaria. L'impianto normativo del conseguente DL 230/99 si articola sulla base di linee programmatiche:

1. La tutela della salute delle persone detenute ed internate è demandata alle ASL quali organismi di esercizio dell'assistenza erogata dal SSN
2. Durante la detenzione i detenuti e gli internati, anche non residenti, sono iscritti al SSN
3. Il passaggio deve avvenire a costo zero
4. L'assistenza deve essere organizzata attraverso modelli operativi anche differenziati, individuati attraverso una sperimentazione
5. al Ministero della Giustizia compete la gestione della sicurezza e la competenza degli aspetti sanitari più propriamente penitenziari.
6. il transito deve avvenire per settori, attraverso l'emanazione di decreti legislativi

Per quanto la normativa abbia espresso un vincolo di dovere per il SSN nei confronti dell'assistenza ai detenuti, la sperimentazione non ha prodotto gli auspicati modelli operativi, in parte per le remore legate ad una non conoscenza del settore da parte delle ASL, in parte perché, vincolando i costi complessivi dell'operazione al bilancio della Sanità Penitenziaria, già in progressiva riduzione di stanziamenti, si chiedevano in realtà investimenti finanziari che andavano ulteriormente ad incidere sui già deficitari bilanci delle ASL.

Per quanto riguarda l'emanazione dei decreti, con il Decreto Interministeriale 21/4/2000 si è provveduto ad avviare le linee guida del "Progetto per la tutela della salute delle persone detenute ed internate".

Con il Decreto 24/12/2000 i termini temporali dell'iter sperimentale, fissati in 18 mesi, sono poi progressivamente slittati e (Disposizioni correttive del Decreto Legislativo 230/99), si è provveduto ad indicare il nuovo termine al 30/6/2002, sostituendo nel contempo l'indicazione all'adozione di Decreti con "altri strumenti normativi ritenuti idonei e necessari".

Sta di fatto che l'articolato normativo e i rilievi delle Commissioni Interministeriali Giustizia e Salute, ancor oggi non hanno prodotto una definizione del quadro assistenziale in carcere.

Infine, **la modifica del Titolo V° della Costituzione** ha affidato alle Regioni competenze in tema di organizzazione dell'assistenza alla salute attraverso il Servizio Sanitario Regionale.

L'orientamento attuale è quindi quello di una partecipazione all'organizzazione per l'integrazione di servizi al fine di assicurare l'assistenza sanitaria in carcere, che vede tre interlocutori principali: il Ministero della Salute attraverso le linee programmatiche, il Ministero della Giustizia attraverso il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, e le Regioni attraverso il Servizio Sanitario Regionale.

La realizzazione dell'assistenza in carcere deve essere volta necessariamente, a questo punto, anche ad evitare la sovrapposizione o la duplicazione di interventi, per una ovvia e corretta gestione delle risorse, ed a definire i rispettivi ambiti di competenza tra le Amministrazioni della Giustizia e della Salute, altrimenti v'è il rischio, tutt'altro che ipotetico, di stimolare un difetto di responsabilizzazione con conseguente caduta dei livelli di assistenza.

Per esempio, alcuni aspetti affidati dalla legge al SSN, come l'assistenza ai detenuti Tossicodipendenti (TU 309/90, L. 230/99) ed altri specifici settori di assistenza, non hanno sempre visto esauritiva risposta da parte del SSN, vuoi per la mancanza di una normativa applicativa, vuoi per relativa non conoscenza dei problemi del tossicodipendente detenuto o per difetto di interesse in un panorama di frammentazione regionale del SSN, come se gli obiettivi stabiliti dipendessero da altri, con il risultato di non realizzare una risposta omogenea e comune a tutti gli Istituti Penitenziari. In tale contesto, in parecchi Istituti l'assistenza ai detenuti Tossicodipendenti è ancor oggi esclusivamente erogata dall'Amministrazione Penitenziaria anziché dal SSN.

La frammentazione delle competenze ha già realizzato, quindi, una disparità di intendimenti ed una diversità di espressioni di interesse e di impegno: alcune Amministrazioni Regionali hanno realizzato costruttive iniziative alla partecipazione della tutela della salute in carcere, elevando i livelli di prevenzione e di assistenza, altre hanno mostrato di non recepire gli indirizzi, mentre l'Amministrazione Penitenziaria mantiene l'esigenza di uniformare l'assistenza negli Istituti di tutto il territorio nazionale.

Per la formulazione del modello definitivo di tale complesso riassetto della sanità penitenziaria, si dovrà tener conto anche di criteri generali oggi imprescindibili:

- la qualità della gestione della pena in carcere è in rapporto diretto con il livello di considerazione per la persona, con l'orientamento degli indirizzi sociali, culturali e storici, e con i livelli di organizzazione tecnologica espressi dalla comunità
- i problemi riferiti al sistema penitenziario devono essere risolti prendendo in considerazione la cooperazione con altri sistemi, tenendo conto che la detenzione rappresenta un limitato periodo nella vita di una persona, e che il sistema carcerario deve essere considerato, quindi, come un sistema aperto.

I due postulati mettono in evidenza come il principio della tutela della salute e le risorse tecniche necessarie non possano essere minori in carcere che all'esterno, e che l'"accantonamento" in carcere non può essere la soluzione del problema sociale relativo alla sicurezza. La nostra società possiede tecnologia e cultura della solidarietà assieme a sistemi in grado di interagire soddisfacentemente con il carcere

Nel frattempo il Personale Sanitario dell'Amministrazione Penitenziaria è rimasto, per così dire, "appeso" a decisioni non ancora espresse sul proprio futuro ruolo né sul riassetto, con tutte quelle disincentivazioni che tale incertezza comporta.

CAPITOLO 5

LA SANITA' PENITENZIARIA

Garantire la tutela della salute della popolazione detenuta, e le attività sanitarie in carcere rientrano, come già detto, tra i fini istituzionali affidati all'Amministrazione Penitenziaria, tuttavia tale compito è stato spesso inteso come una necessità piuttosto che un dovere.

Si è già accennato a come sia stato necessario nel tempo affrontare improvvise emergenze e di come l'organizzazione sanitaria penitenziaria si è attrezzata per farvi fronte.

Senza voler ripercorrere ora la storia di tal evoluzione e delle motivazioni che hanno sotteso alle scelte operative, cui si accennerà affrontando i vari paragrafi, è necessario chiarire che il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, in passato, è sempre stato teso a risolvere le problematiche sanitarie che si sono presentate di volta in volta in carcere, utilizzando strumenti ed indirizzi non sempre congrui né scaturiti da studio dei problemi e da conseguente metodo di progettazione sanitaria, con il risultato di lasciare i Medici Penitenziari a dover sopperire, tra carenza di linee guida e mancanza di risorse, ai difetti del sistema attraverso un'organizzazione spontanea e non univocamente realizzata in tutti gli Istituti.

A tal proposito si deve considerare che, negli ultimi anni, gli stanziamenti per il settore sanitario penitenziario hanno subito una progressiva riduzione di circa il 40%. Questo fattore ha inciso non poco sulle possibilità di gestione della salute in carcere. Nella necessità di dover affrontare la riduzione di fondi, l'Amministrazione Penitenziaria ha proceduto, con una circolare del 1998, ad un ridimensionamento attraverso un ridimensionamento del servizio di guardia medica, infermieristico e specialistico per il rientro nel capitolo di spesa, dimostrando così di aver interpretato il concetto di razionalizzazione come una riduzione al fine di risparmio contabile.

Sta di fatto che da allora l'assetto organizzativo non è stato granché modificato, ed ancora oggi tale criticità grava sulle possibilità assistenziali in carcere.

Le problematiche finora evidenziate, peraltro, sembrano non essere una esclusiva del nostro sistema penitenziario. Nella "Relazione recante una Proposta di raccomandazione del Parlamento Europeo destinata al Consiglio sui diritti dei detenuti nell'Unione Europea", redatta dalla Commissione per le Libertà ed i diritti dei cittadini, la giustizia e gli affari interni (febbraio 2004), si fa espresso riferimento ad un "quadro allarmante" scaturito dai dati raccolti dal Consiglio d'Europa. Per quanto riguarda gli aspetti concernenti la Medicina Penitenziaria, in tale documento si è fatto riferimento alla sovrappopolazione delle carceri, all'aumento dei detenuti stranieri, all'inadeguatezza delle strutture penitenziarie e delle cure disponibili, ed ai problemi legati alla mancanza di fondi. La Commissione raccomanda uno sforzo supplementare, riguardo alle risorse di bilancio, e sollecita ad "adottare urgentemente una decisione quadro che stabilisca norme minime europee a garanzia dei diritti e delle libertà fondamentali dei detenuti, in particolare merito a: condizioni di detenzione (sanitarie, abitative), accesso ai servizi medici".

Tali esigenze, alle quali abbiamo più volte fatto riferimento, non sono evidentemente più sentite nel nostro Paese rispetto agli altri della Comunità Europea.

Per la definizione di "adeguatezza" dei servizi sanitari (art 11 O.P.) è necessario riferirsi anche ad altri specifici indirizzi normativi che individuano sia i livelli essenziali di assistenza (Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 29/11/2001) validi per tutti i cittadini, detenuti e non, sia i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, compreso quindi il Penitenziario (Decreto Presidente della Repubblica 14/1/1997).

L'Amministrazione Penitenziaria si è da sempre rivolta al perseguimento della realizzazione dei livelli essenziali di assistenza, per i quali, oltre che nel citato Decreto del Presidente del Consiglio, vi sono indicazioni specificatamente dirette al penitenziario nel Decreto L 21/4/2000 (progetto Obiettivo per la tutela delle persone detenute), mentre, per quanto riguarda i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi la stessa Amministrazione non ha potuto adeguare i propri servizi sanitari agli standard richiesti (Circolare n° 576109/2 spec. Gen., del 15/1/1999, Ufficio IV divisione II^a), a causa di una persistente e progressiva diminuzione delle risorse economiche, fino ad essere impossibilitata, di fatto, attraverso la riduzione dei servizi, ad assicurare in alcuni casi anche gli stessi livelli essenziali di assistenza.

Tuttavia, pur non essendo il suo compito principale, come già detto, nel momento in cui l' erogazione di assistenza sanitaria in carcere viene affidata all' Amministrazione Penitenziaria, bisogna che essa si "attrezzi" per fornire una adeguata risposta nei termini previsti dalla normativa alla quale tutti, organismi pubblici compresi, devono attenersi. Di qui le necessità di rivedere l' attuale assetto della Sanità Penitenziaria, valutando le risorse necessarie alla sua attività nel rispetto della normativa, convertendo il criterio da: "cosa posso fare con le risorse assegnate?" a : "quanto mi serve per gestire correttamente il sistema?"

Più di recente, per la verità, si è assistito ad un diverso indirizzo da parte dell' Ufficio Sanitario che tende ad utilizzare le esperienze e l'apporto degli operatori sanitari al fine di ottenere un'organizzazione in grado di fornire più adeguate risposte ai bisogni di salute in carcere.

È pur vero che si è ancora lontani dal veder realizzato in ogni sede penitenziaria una organizzazione sanitaria efficace ed efficiente, ma intanto strumenti quali il piano strategico, gli obiettivi di salute, i progetti, sono gradualmente comparsi nelle direttive con il fine di rinnovare prassi e risultati in tema di sanità, compreso il sistema di garanzie per il monitoraggio dell' assistenza sanitaria previsto anch' esso dalla normativa (Decreto del Ministero della Salute 12/12/2001), attuato attraverso l' elaborazione dei risultati ottenuti con la valutazione dell' Indice dello Stato di Salute.

Alla struttura di governo della Sanità Penitenziaria partecipano Direzioni Generali ed Uffici del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, ognuno per le sue competenze e senza rapporto preordinato tra loro. Questa situazione realizza un difetto di comunicazione che va ad incidere spesso sullo scorrimento dell'attività negli Istituti, sostenendo non poche difficoltà alla formulazione di una organizzazione che, attraverso l' attività di personale necessariamente integrato, ha come compito la gestione della salute in ambito penitenziario.

Valga come esempio la gestione amministrativa del Personale che, se Medico Incaricato vincitore di concorso, dipende da un Ufficio, se in convenzione continuativa dipende da un altro, se dipendente da un altro ancora, mentre la disciplina operativa di tutti loro è affidata ad un diverso Ufficio.

La struttura di governo e controllo della Sanità Penitenziaria è di tipo piramidale, il cui vertice è rappresentato dal DAP, il livello intermedio dai Provveditorati Regionali dell' Amministrazione Penitenziaria (PRAP), e la base dagli Istituti Penitenziari.

5.1 IL VERTICE,

LA DIREZIONE GENERALE DEI DETENUTI E DEL TRATTAMENTO

L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario è tra i compiti della Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento, perché, come è già stato accennato nell'introduzione, il mantenimento e la conservazione della salute sono condizioni indispensabili per poter operare sul trattamento rieducativo.

Al Direttore Generale fa riferimento l'attività dell'Ufficio III° Sanitario, che esercita funzioni di indirizzo e programmazione dell' azione amministrativa dell'organizzazione sanitaria penitenziaria a livello nazionale, attraverso lo strumento delle Circolari.

Dal 2003 l' Ufficio si avvale della consulenza di uno Staff Tecnico Sanitario di cui fanno parte Medici Penitenziari operanti anche in carcere.

Dal 2003 gli obiettivi sanitari sono stabiliti annualmente dal "Documento di indirizzo, programmazione, organizzazione e funzionamento del servizio sanitario negli istituti penitenziari". Si tratta di un vero e proprio "piano strategico aziendale" attraverso il quale vengono indicati la individuazione degli obiettivi nazionali e la definizione delle strategie, il loro stato d'avanzamento e le eventuali criticità che il settore si trova a fronteggiare, attraverso l'analisi della situazione e l'esposizione delle prospettive e delle attività, viste in un'ottica di sistema secondo le differenti tematiche e aree di interesse.

Al Documento d'indirizzo e programmazione fanno riferimento i Provveditorati Regionali per l' organizzazione delle attività negli Istituti, in un sistema di competenze decentrate.

L' Ufficio Sanitario si occupa, inoltre, di definire il bilancio del capitolo 1476 che sostiene l'economia di tutte le attività sanitarie negli Istituti Penitenziari. Si è già riferito della progressiva

riduzione di fondi che ha interessato il settore sanitario, e l'Ufficio si sta muovendo attraverso la formulazione di progetti specifici allo scopo di realizzare ulteriori supporti organizzativi e finanziari, in linea con quanto previsto dall'attuale indirizzo per la Pubblica Amministrazione.

Tra questi sono da considerare quelli che hanno attinenza all'organizzazione sanitaria, quali l'avvio della valutazione dell'Indice dello Stato di Salute della popolazione detenuta che, come abbiamo già visto, consentirà una più mirata quantificazione dell'economia necessaria a gestire il sistema, l'informatizzazione del diario clinico che consentirà una puntuale razionalizzazione e rilevazione della statistica sanitaria in relazione alle patologie, alla qualità degli interventi, all'impiego delle risorse. Sono inoltre in corso progetti mirati alla valutazione delle malattie infettive ed alla prevenzione della diffusione della malattia da HIV in carcere ecc.

Allo scopo di adeguare l'operatività degli Istituti ad affrontare le problematiche in costante evoluzione, è stato predisposto da parte dell'Ufficio un programma di formazione mirato per il personale sanitario, in collaborazione con gli altri Uffici competenti per tali aspetti

Ma la progettualità dovrebbe quanto prima essere indirizzata anche alla revisione e soluzione di problematiche vecchie e nuove.

La variazione dello scenario apportata dal Decreto Legislativo 230/99, ha posto come obiettivo quello di rendere l'assistenza sanitaria in carcere di pari livello rispetto a quella prevista per i cittadini attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, ma la recente modifica del Titolo V° della Costituzione ha indirizzato successivamente alle Regioni competenze in tema di organizzazione dell'assistenza alla salute attraverso il Servizio Sanitario Regionale. Il decentramento di competenze sanitarie dallo Stato alle Regioni pone all'Amministrazione Penitenziaria il problema di realizzare un'assistenza sanitaria in carcere omogenea su tutto il territorio nazionale tenendo conto della necessità che la persona detenuta abbia pari opportunità d'accesso ai servizi sanitari indipendentemente dalla locazione geografica dell'Istituto di appartenenza.

Vi sono poi aspetti che permangono irrisolti, quali la definizione di quei Livelli Essenziali di Assistenza da assicurare in ambito Penitenziario, oltre a quelli stabiliti per i Cittadini.

Mancano ancora la valutazione in ambito penitenziario dei "requisiti minimi assistenziali per l'esercizio sanitario nelle strutture pubbliche e private", con la valutazione obiettiva delle dotazioni organiche indirizzata alla stima della quantità e qualità del personale di assistenza, della organizzazione di servizi in relazione alla necessità di domanda di salute, e dell'adeguatezza degli ambienti ed attrezzature di esercizio assistenziale.

Se da una parte, infatti, il "Vertice" sta costruendo le proprie strategie assistenziali, dall'altra la "base" rimane ancora oggi nella difficoltà di operare con insufficienti risorse ed in strutture prevalentemente fuori norma.

5.2 IL LIVELLO INTERMEDIO,

I PROVVEDITORATI REGIONALI PER L'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

I Provveditorati Regionali si interessano della supervisione di tutti gli Istituti Penitenziari insistenti sulla loro area di competenza territoriale, con funzioni di indirizzo, programmazione, verifica e controllo attraverso una situazione di decentramento delle competenze.

Nel 2002 sono state istituite le Unità Operative di Sanità Penitenziaria (UOSP), formate da funzionari Direttori di Istituto e Medici Penitenziari che riferiscono direttamente al Provveditore, al fine di dare impulso alla programmazione e progettazione sanitaria, nonché, attraverso attività di valutazione e verifica, alla organizzazione delle risorse assegnate al Provveditorato per la destinazione agli Istituti Penitenziari presenti nella regione.

La riduzione degli stanziamenti ed il costante sovraffollamento degli Istituti, però, non concedono sufficiente spazio alla progettazione per gli adeguamenti dei servizi ed alla domanda di salute attraverso le sole risorse disponibili in carcere. Gli indirizzi del Decreto Legislativo 230/99 ed il decentramento di competenze sanitarie dallo Stato alle Regioni ha interessato le UOSP nei rapporti ed intese con gli Assessorati Regionali alla Salute, per consentire progetti di integrazione tra il Servizio Sanitario Regionale e quello Penitenziario del Provveditorato, al fine di rendere più

accessibili alle persone detenute le risorse diagnostiche, terapeutiche e strumentali assicurate a tutti i cittadini.

Ma vi è una sorta di indifferenza delle strutture territoriali verso il problema salute dei detenuti, e non tutte le Regioni hanno dimostrato una sensibile disponibilità, talchè è evidente una disparità di interventi destinati al “cittadino detenuto”. Solamente in alcune realtà locali si è arrivati alla realizzazione di reparti ospedalieri dedicati ai pazienti detenuti (L 12/8/93 n° 296, art 7) od alla stipula di convenzioni con strutture accreditate in settori specifici, quale quello relativo alla diagnosi e cura della malattia HIV o della salute mentale.

5.3 LA BASE

GLI ISTITUTI PENITENZIARI

L' Istituto penitenziario rappresenta una comunità chiusa di complessa organizzazione.

Il Direttore Capo è la figura responsabile della struttura, ed esercita i poteri attinenti all'organizzazione, al coordinamento e allo svolgimento delle attività relative al funzionamento dell'istituto, e per la sua conduzione si avvale delle attività di Capi Area (Area della Sicurezza, Contabile, della Segreteria, del Trattamento ecc) cha a lui si riferiscono per la operatività dei vari aspetti organizzativi e gestionali. L'Area Sanitaria è affidata ad un Medico Incaricato che ricopre il ruolo di Dirigente Sanitario, e tra le sue competenze sono previste proposte organizzative del servizio sanitario, la verifica del suo andamento, la valutazione di approvvigionamento di farmaci e materiale, secondo gli indirizzi della normativa e delle circolari dipartimentali e provveditoriali. La figura del Dirigente Sanitario non possiede una vera autonomia, né decisionale né di gestione economica, inquanto anche le attività sanitarie, nelle situazioni locali degli Istituti, trovano applicazione solamente attraverso Ordini di Servizio del Direttore, e l'economia è affidata all'Area Contabile.

Gran parte delle attività Sanitarie sono soggette al vaglio delle Autorità amministrative e giudiziarie, sia dal punto di vista organizzativo che operativo (il Medico propone, per esempio, il ricovero in luogo esterno di cura ed il Direttore, valutata la situazione, dispone l' inoltro all' Autorità Giudiziaria; oppure, l' acquisto di apparecchiature od il loro rinnovo sono soggetti alla valutazione economica del Ragioniere Capo, ecc.). È pur vero che, in pratica, di fronte a motivazioni sanitarie tecniche non incorrono quasi mai situazioni di contrasto, tuttavia quella sanitaria è un'attività che risente spesso di una posizione “sub iudice”. Inoltre, l'autonomia di gestione e la capacità di iniziativa della Direzione, e a cascata dei dipendenti e del personale sanitario, sono limitate dalla necessità di rimettere anche le piccole questioni all'assenso degli organi superiori, PRAP e DAP.

In carcere l'esercizio della Medicina deve interagire in sinergia con gli altri aspetti istituzionali dell' Amministrazione Penitenziaria. Tra questi, quello custodialistico conferisce alla struttura l' impronta più evidente: ogni spostamento della persona detenuta, ogni apertura e chiusura degli ambienti interni al carcere, rientra tra i compiti affidati alla Polizia Penitenziaria, talchè ogni attività, compresa quella sanitaria, risulterebbe di difficile realizzazione senza la partecipazione degli Agenti. Spesso, infatti, sono proprio loro che, rappresentando il primo riferimento nella quotidianità della persona detenuta, consentono l'organizzazione delle visite mediche, l'effettuazione di esami strumentali, la consegna delle terapie. In una struttura dove gli operatori sono tenuti ad esercitare, ognuno per le proprie competenze, compiti così diversi come quello della garanzia di sicurezza e quello della tutela della salute, la sovrapposizione tra i confini delle specifiche attività richiede una chiara condivisione degli obiettivi ed un reciproco rispetto dei ruoli.. Dato il costante sovraffollamento e l' alto turnover le attività sanitarie sono più spesso svolte in emergenza che non in situazione di ordinarietà, e l' emergenza richiede costantemente il coinvolgimento di altre aree. Alle volte, però, la risposta alla richiesta di supporto avanzata ad altri settori risulta assente, e quella che dovrebbe essere considerata una “area di autonomia tecnica”

viene sollecitata ed investita di aspettativa di sparizione dei problemi o, per contro, considerata come un peso quando richiede l' impegno degli stessi altri settori.

Gli Istituti Penitenziari sono dotati di ambulatori ed infermerie in grado di assicurare l' assistenza di base e, sotto l' aspetto sanitario, si classificano in tre livelli, in relazione alla capienza ed alle dotazioni assistenziali.

- I° livello con capienza fino a 225 persone, dotazione assistenziale di Guardia Medica limitata a fasce orarie, in grado di erogare prestazioni ambulatoriali di base
- II° livello con capienza superiore a 225 persone, con dotazione assistenziale di Guardia Medica continuativa ed assicurata nelle 24 ore ed in grado di assicurare prestazioni ambulatoriali di base, e specialistiche attraverso una dotazione di Consulenti Specialisti limitata
- III° livello rappresentato dalle Strutture sede di Centro Diagnostico Terapeutico con dotazione assistenziale di Guardia Medica continuativa ed assicurata nelle 24 ore in grado di affrontare situazioni mediche e chirurgiche di medio livello in regime di degenza ospedaliera, con dotazione di Consulenti Specialisti non limitata.

Sono presenti in alcune strutture di II° e III° livello servizi e reparti di degenza dedicati all' Osservazione Psichiatrica, alle Malattie Infettive, alla Minorazione Fisica.

Menzione a parte deve essere riservata agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, il cui ruolo (art 222 c.p.) è quello di consentire l' esecuzione delle misure di sicurezza detentive in caso di sussistenza della pericolosità sociale, per proscioglimento per infermità psichica , intossicazione cronica da alcool e sostanze stupefacenti, sordomutismo (sic!).

Una buona parte delle patologie può essere ordinariamente seguita negli istituti penitenziari, ma altre, quelle di elevata gravità o di emergenza, non sono assolutamente affrontabili negli stessi ambienti. Vi sono poi patologie che richiedono la presenza di strutture e di servizi di continuità ad alto costo organizzativo, ed il cui rapporto costi- benefici non è giustificabile in ambito penitenziario: chirurgia toracica e chirurgia del cuore e dei grossi vasi, neurochirurgia, terapia intensiva coronarica, oncologia ecc.

Per tali motivi diviene spesso obbligatorio ricorrere ad indagini e ricoveri in esterno, alle volte in urgenza, ma più spesso attraverso lunghi tempi di attesa che lasciano il paziente nella impossibilità di alternative, ed il Medico nell'impotenza e nella responsabilità, pur se non sostenuta da adeguati mezzi operativi.

L' impotenza è inoltre gravata da una normativa burocratica che richiede la costante registrazione di certificazioni anche per gli aspetti più disparati e che non sempre scaturiscono da necessità sanitarie; gli stessi atti gestionali nella pratica sanitaria richiedono molto spesso la risposta autorizzativa di altri (direzione, Autorità Giudiziaria ecc.)

5.3.1 IL PERSONALE SANITARIO

L' organico della Sanità Penitenziaria comprende figure mediche, infermieristiche e tecniche con una molteplicità e diversità di rapporto contrattuale con l' Amministrazione Penitenziaria.

I Medici di Ruolo, assunti mediante concorso nazionale e dipendenti a tutti gli effetti, sono Medici a rapporto esclusivo con l' Amministrazione, hanno competenze professionali psichiatriche, ed operano presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari con la qualifica di Direttore, o presso Uffici Dipartimentali.

I Medici Incaricati, hanno la funzione di:

- assicurare l' assistenza sanitaria di base quotidiana alla popolazione detenuta
- organizzare attività di prevenzione e sorveglianza igienico ambientale
- svolgere attività di valutazione medico legale
- svolgere attività di istruzione ed educazione sanitaria nei confronti del personale e della popolazione detenuta
- assolvere ad una serie di compiti previsti dalla normativa.

Assunti tramite concorso nazionale, ma anche mediante sanatoria, sono soggetti ad un rapporto di lavoro disciplinato da una legge speciale (740/70) che prevede un orario minimo di 18 ore settimanali suddivise in sei giorni lavorativi, con orario medio quotidiano quindi di tre ore. Non è invece previsto un orario di limite orario massimo né la possibilità di veder riconosciuto come straordinario l'orario superiore a quello minimo previsto, comunque molto spesso superato a causa delle molteplici necessità. L'assenza di un limite massimo prevede il dover "soddisfare le esigenze di servizio" indipendentemente da qualsiasi limite orario, ed espone il Medico alla responsabilità "di non aver fatto mentre avrebbe potuto fare". Le esigenze del carcere inoltre sono andate aumentando progressivamente negli anni: la legge 740 prevedeva nel 1970 una forza di Medici Incaricati di 350 unità per far fronte alle necessità di una popolazione detenuta di circa 20.000 persone; oggi la popolazione detenuta è pari a circa 61.000 ed i Medici Incaricati sono sempre 350. Di questi, circa 100 sono ancora "provvisori", in attesa di un concorso da diversi anni, e non sono soggetti a ritenute previdenziali o sanitarie.

Nonostante la loro limitazione numerica, è stato operato il distacco di alcuni Medici Incaricati dagli Istituti ad altre sedi extra penitenziarie (ambulatori del DAP, del Ministero della Giustizia, ecc), ed i vuoti creatisi sono stati colmati con i cosiddetti Medici a parcella, ovvero precari assunti con una convenzione continuativa ad orario per tre ore al giorno.

Il DAP, su proposta della Direzione dell'Istituto, nomina un Medico Incaricato che ricopre l'incarico di Dirigente Sanitario. Le competenze del ruolo riguardano aspetti tecnici quali il coordinamento dell'Area Sanitaria, inteso come l'organizzazione dei servizi in relazione alla realtà locale, l'attività propositiva di iniziative e la cura di contatti con le strutture sanitarie esterne e gli Organismi del SSN, la programmazione delle necessità farmaceutiche e di materiale, lo studio delle turnazioni dei servizi di Guardia Medica ed infermieristici, la definizione di procedure, la proposta di assunzione del personale, ecc. Tali attività sono prevalentemente propositive e di impulso perché, come già accennato "il Medico propone ed il Direttore dispone". Nella maggior parte degli Istituti Penitenziari è presente un solo Medico Incaricato che riveste, quindi, il ruolo di coordinamento delle attività sanitarie ma, come si può comprendere, la mole di compiti ed il limitato orario lavorativo non lasciano molto spazio alle attività assistenziali propriamente dette, che vengono di conseguenza in gran parte affidate alla Guardia Medica.

Il Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria è costituito da Medici di Guardia che rappresentano una figura professionale caratteristica anch'essa del penitenziario. Il SIAS è stato Istituito per assicurare una possibilità di primo soccorso, ma anche per sopperire alla limitata presenza del Medico Incaricato, del quale assume le funzioni nelle ore di sua assenza. Il rapporto lavorativo si basa su di una convenzione continuativa oraria, con un limite minimo di 69 ore mensili ed un massimo di 196. Al SIAS vengono affidati spesso anche compiti direttamente assistenziali quali le visite Mediche quotidiane, e quei compiti derivati dalla normativa che richiedono la continua presenza di personale quali le visite di ingresso ed i certificati di traduzione in tribunale.

I Consulenti Specialisti sono Medici in possesso di specializzazione in diverse branche della Medicina e della Chirurgia, in convenzione continuativa a prestazione, con remunerazione basata su tariffe previste dal Tariffario Specialistico stabilitodall'Amministrazione Penitenziaria in relazione, di media, al 50% delle tariffe minime stabilite dall'Ordine dei Medici. L'accesso in Istituto è previsto a giorni della settimana prestabiliti od a chiamata per le urgenze. Menzione particolare deve essere riservata ai Consulenti Psichiatri (figura prevista per ogni Istituto Penitenziario dall'art 11 legge 354/75) ed Infettivologi (previsti da Circolare DAP) con rapporto di convenzione continuativa ad orario anziché a prestazione.

Il Personale Infermieristico è anch'esso soggetto a forme contrattuali le più disparate: Infermieri di Ruolo dell'Amministrazione Penitenziaria, assunti a seguito di concorso, Infermieri a convenzione continuativa ad orario, Infermieri appartenenti a Cooperative titolari della convenzione e retribuite a "pacchetto orario". Nonostante l'Amministrazione penitenziaria abbia proceduto a corsi di riqualificazione per il personale di ruolo, a seguito dei quali tutti i partecipanti hanno ottenuto la qualifica di Caposala, vi sono ancora Infermieri generici di ruolo in servizio. Per

agevolare il personale infermieristico, sempre numericamente carente negli Istituti, è stato autorizzato l' utilizzo di **personale Socio Sanitario**, con mansioni ausiliarie al lavoro di pulizia, trasporto di farmaci e documentazione clinica, accompagnamento di pazienti disabili, ecc, assunto a convenzione oraria su semplice domanda, senza individuazione di particolari requisiti.

Gli Psicologi sono utilizzati nel servizio dedicato alla valutazione dei "nuovi giunti" e per il servizio di osservazione e trattamento. Anche essi in rapporto di lavoro a convenzione oraria, sono autorizzati al servizio dal Provveditorato Regionale.

Tra il **personale Tecnico** il più rappresentato è quello di **Tecnico di Radiologia Medica**, prevalentemente di ruolo, le **Puericultrici**, limitate agli Istituti Femminili. Sono rari i **Tecnici di laboratorio**, prevalentemente a carico del Consulente titolare della convenzione per la patologia clinica, mentre i **Tecnici della riabilitazione fisica** sono a convenzione continuativa ad orario. Oramai assenti sono i Veterinari, prima utilizzati nelle colonie agricole, e limitati alla Farmacia Centrale dell'Amministrazione (Bari) i Farmacisti.

Tutto il personale con rapporto a convenzione oraria viene individuato mediante una graduatoria per titoli organizzata su domande individuali presentate per ogni singolo Istituto.

Abbiamo già accennato come questa diversità delle posizioni amministrative rappresenti, di fatto, una problematica per la integrazione in un'unica organizzazione che deve tendere ad esprimere finalità comuni, ma vi sono altri fattori che intervengono a rendere ancor più complessa la condivisione degli obiettivi .

La maggior parte degli operatori non è quotidianamente presente ed è soggetta ad un rapporto a convenzione di tipo libero professionale, e se questo può rappresentare un vantaggio per l' Amministrazione che impone tariffe di limitato tenore economico, predeterminate e non contrattabili, dal punto di vista della "dedizione" raccoglie personale che può esprimere uno scarso senso di appartenenza. Il lavoro in carcere rappresenta per molti operatori sanitari un'attività professionale suppletiva, sacrificabile in occasione di quelle più remunerative e meno rischiose od impegnative.

Mancano inoltre incentivazioni adeguate: l' indennità penitenziaria prevista per tutto il personale dell' Amministrazione Penitenziaria, anche per quello che non ha alcun rapporto con i detenuti, è corrisposta esclusivamente al personale di ruolo (infermieri e tecnici) ed ai Medici Incaricati (in misura ridotta), ma non al personale cosiddetto a parcella (Medici SIAS, Specialisti, Infermieri).

Un altro aspetto, non secondario merita considerazione e riflessione: quello concernente le responsabilità penali, civili, professionali. L' induzione all' errore è cosa più frequente in carcere che all' esterno, a causa della limitazione di risorse, del particolare rapporto Medico Paziente e delle difficoltà ambientali. Ogni qualvolta in carcere accadono eventi gravi, l' attenzione nelle conseguenti immancabili inchieste giudiziarie ed amministrative si indirizza prevalentemente alla ricerca di eventuali colpe od omissioni da parte del Medico penitenziario, senza considerare le difficoltà cui egli è sottoposto. In tali situazioni il Medico, pur operando come fiduciario per l' Amministrazione, viene da essa abbandonato a "vedersela per conto proprio" subendo in prima persona tutto il disagio derivante dalle carenze della struttura penitenziaria. Tale possibilità può spingere ad affrontare le situazioni con un preponderante riferimento alla propria tutela piuttosto che a quella del paziente detenuto.

Tuttavia, nonostante tali fattori disincentivanti, la dedizione alla "mission" è largamente diffusa tra gli operatori che dimostrano una elevata professionalità di settore, quasi intervenisse una personale volontà sostenuta dal senso di dovere e dal senso di umana solidarietà nell' incidere positivamente a dispetto di tutti i fattori limitanti e delle difficoltà derivanti dall' ambiente.

Oltre che alle attività assistenziali, il Medico Penitenziario è tenuto all' osservanza di compiti e procedure peculiari del carcere, dettati dalla normativa (leggi e circolari), qui di seguito riassunte attraverso l' esame della normativa.

a. "Procede a periodici riscontri della salute dei detenuti e degli internati, indipendentemente dalle loro richieste" (art.11, 5° co. o.p.), (allo scopo di valutare possibili patologie intercorrenti , misconosciute o sottaciute dal paziente, a tutela della salute dell' individuo e della comunità, e per

valutare ed evidenziare eventuali situazioni di “sottomissione” da parte dei soggetti più fragili in una popolazione per la quale la prevaricazione è un fenomeno culturalmente accettato).

b. “Procede a visite mediche giornaliere dei detenuti e degli internati che ne facciano richiesta o siano ammalati e segnala immediatamente la presenza di malattie che richiedono particolari indagini e cure specialistiche”. (art.11, 6° co. o.p.)

c. “Assicura che i detenuti e gli internati lavoranti siano sottoposti alle vaccinazioni obbligatorie, da annotare su apposito registro, e controlla periodicamente la loro idoneità al lavoro”. (Tale compito è integrato nelle più ampie e recenti determinazioni relative alla L 626).

d. “Assicura la sorveglianza clinica dei soggetti abbinogevoli di assistenza medica continuativa, per tutto il tempo necessario al superamento dell'emergenza o in attesa del trasporto in luogo di cura esterno”.

e. “Provvede all'immediato isolamento dei soggetti sospetti o riconosciuti affetti da malattie contagiose, in attesa dei provvedimenti più appropriati e adotta, i provvedimenti opportuni, nel caso di sospetta malattia psichica”. (art.11, 7° co. e 33 n.1 o.p. e 69 1° co. reg.);

f. “Procede a visita medica dei detenuti e degli internati prima dei loro trasferimenti”, allo scopo di certificarne lo stato psico-fisico e l'assenza di condizioni che li rendano inidonei a sopportare il viaggio o ne suggeriscano speciali cautele (art.78 2° co. reg.)

g. “Propone al Direttore dell'istituto il trasferimento del detenuto o dell'internato in altro reparto o nell'infermeria o nel centro clinico dello stesso o di altro istituto. Con le stesse modalità propone il trasferimento dei soggetti in un ospedale civile o in altro luogo esterno di cura, quando siano necessari cure ed accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai servizi sanitari interni” (compresi le infermerie e i centri clinici). (artt.11, 2° co. o.p., 17 u.co. reg., 286 bis, 3° co. c.p.p.)

h. “Propone al Direttore di trasmettere gli atti alla Magistratura di sorveglianza per l'adozione dei provvedimenti di sua competenza, quando dagli accertamenti sanitari, o altrimenti, risulti che una persona condannata si trovi in una delle condizioni previste dagli artt.146 e 147 nn.2 e 3 c.p. come cause di rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena” (artt.23, 2° co. e 96 ter reg.)

i. “Compila all'atto della prima visita, aggiornandola ad ogni successivo riscontro, la cartella clinica di ciascun soggetto che contiene gli elementi degli esami, le risultanze anamnestiche e diagnostiche, i prelievi per analisi di laboratorio, gli approfondimenti diagnostici necessari ed opportuni, gli eventuali interventi o indicazioni di tipo terapeutico ed in genere ogni dato rilevante. Altresì cura la tenuta dei registri previsti”.

j. “Partecipa al Consiglio di disciplina (organismo composto di operatori di varie aree, che valuta e decide collegialmente):

- o l'applicazione del regime di sorveglianza particolare e delle sanzioni disciplinari;
- o la concessione delle ricompense e dei benefici previsti;
- o e, come atto medico, per controllare la possibilità di eseguire la sanzione disciplinare della esclusione dalle attività in comune e l'uso dei mezzi consentiti di coercizione fisica, controllando i soggetti e rilasciando certificazioni scritte (artt.14 bis-14 quater, 30 3° e u. co., 30 ter 6° co., 33 n.2, 36-40, 41 3° co., 51 2° co., 53 u. co. e 57 o.p.; artt. 32 bis, 32 ter, 68 2°-5° co. e 71-77 reg.);

- o il rilascio al soggetto dimesso dall' Istituto dell'attestato con l'eventuale qualificazione professionale conseguita e notizie obbiettive sulla condotta”.

k. “Partecipa alla Commissione per il regolamento interno dell'istituto” (artt.16 o.p. e 34 reg.);

l. “Partecipa al gruppo di osservazione e trattamento” (art.27e 28 1°co. reg.);

m. “Partecipa e contribuisce, per i profili di propria competenza, alla programmazione generale, annuale e pluriennale, delle attività e delle iniziative dell'istituto”;

n. “Coordina e segue la collaborazione dei servizi pubblici sanitari locali, ospedalieri ed extra ospedalieri, nella organizzazione e nel funzionamento dei servizi di istituto” (artt.11 10° co. o.p. e 17 1° e 2° co. reg.);

o. “Organizza e svolge il servizio farmaceutico. In tale ambito formula richieste e vigila altresì sull'acquisto, la conservazione e la custodia, la scadenza e le rese, l'utilizzazione e l'impiego dei medicinali, in particolare quelli che possono avere effetti stupefacenti”;

p. “Organizza e svolge il servizio di medicina veterinaria, per la prevenzione e la cura delle malattie del bestiame di proprietà dell'Amministrazione”.

q. “Rilascia, quando vi sia formale e vincolante richiesta di una autorità competente, certificazioni sanitarie e valutazioni medico legali diverse da quelle indicate in precedenza”.

r. “Svolge all'interno degli istituti, prestazioni sanitarie e medico-legali nei confronti del personale del corpo di Polizia penitenziaria”. (art. 1, 7° co. legge 26/1991).

Inoltre, il Medico è chiamato alla partecipazione di una serie di attività socio-sanitarie, di cura e riabilitazione comprese nel “trattamento“, tra le quali l' educazione sanitaria, la promozione della salute ecc. Tali compiti, associati a quelli puramente assistenziali rendono la figura del Medico Penitenziario unica e non assimilabile a quella di altre professionalità presenti nel SSN.

5.3.2 LA VALUTAZIONE DELLA INCOMPATIBILITA' CON IL REGIME DETENTIVO

In relazione a quanto detto sul compito affidato al Medico Penitenziario per le certificazioni sanitarie rilasciate alla Autorità Giudiziaria, è opportuno approfondire il delicatissimo ambito della valutazione della incompatibilità con il regime detentivo

Non si vogliono esaminare tutte quelle situazioni per le quali la normativa prevede il divieto di custodia cautelare in carcere, perché trattate in un altro capitolo, ma vi sono situazioni cliniche per le quali il giudizio è affidato alla professionalità del Medico Penitenziario riconoscendo a tale ruolo competenza e conoscenza della situazione clinica in tutte le sue sfumature.

Alla Sanità Penitenziaria si rivolge spesso l'Autorità Giudiziaria allo scopo di acquisire elementi utili a valutare alternative alla detenzione in carcere (art.299 c.p.p.), sulla base delle condizioni di salute segnalate dal servizio sanitario penitenziario, oppure sulla base degli accertamenti medici svolti dal perito, "il quale deve tener conto del parere del medico penitenziario". La legge ha previsto un preciso obbligo di consulto del medico penitenziario, quale interlocutore necessario e competente nel giudizio di incompatibilità.

Le informazioni richieste sono consuetamente rappresentate attraverso una relazione sanitaria descrittiva dello stato di salute, nella quale sono messi in rilievo gli elementi utili ad esprimere un giudizio sulla compatibilità, o meno, con il regime detentivo.

La valutazione dello stato di malattia in carcere richiede in ogni caso la considerazione di numerosi fattori che appaiono in costante evoluzione, e tra questi i principali riguardano:

- la situazione logistica penitenziaria e le sue possibilità di risposta. (gli Istituti presentano disparità di possibilità assistenziale, pertanto quello che non può essere curato in un istituto di I° livello, potrebbe essere indirizzato ad uno di III° livello, o ad un CDT, o ad un servizio esterno.)
- la evoluzione diagnostica e nosografica delle patologie in rapporto all' evoluzione normativa (l' osservazione epicritica ha evidenziato, per esempio, che prima della sua identificazione erano già presenti in carcere soggetti con malattia da HIV, ma allora non era ancora stato valutato il fenomeno in rapporto alla incompatibilità con il regime detentivo, salvo in quelle situazioni che clinicamente, pur senza causa conosciuta, apparivano gravi).
- quanto lo stato di detenzione stessa incida nel peggiorare la patologia o nell' impedirne il miglioramento o la risoluzione (vi sono aspetti che concorrono a configurare una vera e propria situazione di “inibizione vitale”, concetto opposto alla strumentalizzazione o simulazione, che vanifica gli interventi e le terapie attuati in carcere, anche se idonei ed appropriati).
- il complesso psico-fisico del paziente detenuto (l' aspetto psichico può incidere fortemente sullo stato di salute, fino a determinare una situazione che, se anche tollerabile dal punto di vista fisico, diviene insostenibile in relazione al disagio generato dall' ambiente). Il criterio individua quindi la incompatibilità in quelle situazioni che per il fatto di essere vissute in carcere subiscono un peggioramento.

Il Medico deve intervenire, quindi, nel giudizio di incompatibilità attraverso la valutazione di parametri obiettivi, correlando la clinica alle situazioni individuate dalla normativa, valutando con equilibrio quegli aspetti non definiti dalla normativa stessa in relazione al principio che “l’infermità deve essere di tale rilevanza da far apparire l’espiazione della pena in contrasto con il senso di umanità.”

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il percorso fin qui seguito ha voluto evidenziare, attraverso l’ esperienza di chi ha operato da molti anni in carcere, gli aspetti presentati dalla Medicina Penitenziaria e le problematiche relative alla gestione della salute in carcere, nell’ intendimento di rendere disponibile una conoscenza dell’ ambiente altrimenti difficilmente acquisibile. Gli aspetti “riorganizzativi”, ancora in evoluzione, non consentono una fotografia più nitida, ma in qualsiasi contesto normativo prossimo a venire, il lavorare in carcere come Medico Penitenziario richiederà, come adesso, una professionalità ed una eticità del ruolo che non possono essere disciplinate solamente da una normativa:

- Si lavora in un ambiente che non ha similitudini con altri, per l’ alto livello di disagio, di sofferenza, di tensione, di limitazione.
- Le attività sanitarie istituzionali, in carcere, riguardano anche aspetti non presenti in altri sistemi sanitari.
- La normativa stessa individua attività esclusive affidate al ruolo di Medico Penitenziario. Pertanto, la peculiarità della popolazione cui è rivolta l’ assistenza, dell’ ambiente di esercizio lavorativo, delle attività richieste, della normativa, concorrono a configurare la Medicina Penitenziaria come una branca specialistica che esercita le sue funzioni “tra fini clinici e di giustizia, tra garanzia della salute e dell’ espiazione della pena, come scelte di confine nella gestione dell’ evento malattia in carcere”.