

Progetto Salute in carcere

D.R. 1096/2011

Azienda USL 2 - LUCCA

Medicina Penitenziaria caritatevole

Medicina Penitenziaria d'attesa

Medicina Penitenziaria sintomatica

Medicina Penitenziaria difensiva

Medicina Penitenziaria di iniziativa e di opportunità



Per comprendere l'ideologia del regolamento penitenziario e le effettive condizioni cui erano sottoposti i detenuti alla fine del 1800 bisogna ricordare alcune principali punizioni .

L'isolamento in cella di rigore a pane e acqua per 6 mesi, la camicia di forza e i ferri in cella oscura venivano comminati per una serie infinita di infrazioni che spaziavano dal trascurare l'igiene della propria persona , al contegno poco rispettoso nelle funzioni religiose, verso le guardie penitenziarie e alla negligenza nel lavoro.

Soltanto nel 1902 viene soppresso l'uso della catena al piede per i condannati ai lavori forzati, mentre nel 1903 vengono aboliti la camicia di forza, i ferri e la cella oscura ,ma persiste il ricorso al letto di contenzione.

Nel 1920 attraverso una circolare ministeriale viene precisato che il letto di contenzione deve essere utilizzato solo come mezzo esclusivo di valore sanitario e questo si perpetuerà fino ai giorni nostri soprattutto negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Come si potevano curare i detenuti malati, defedati, colpiti da Tbc, lue, affezioni bronchiali, malattie infettive, provocate e accentuate dalle condizioni assolutamente non igieniche e di intollerabile promiscuità in cui vivevano nelle vecchie e orribili celle in cui il bugliolo era l'unico suppellettile presente, se gli strumenti e i mezzi per esplicitare un minimo di assistenza non esistevano?

La scienza ufficiale aveva risolto il problema nei grandi complessi: importante era osservare, classificare: le strutture diventavano parte del sistema penale ,laboratori dove era incerto il confine tra la sperimentazione e il mero esame del reale.

La teoria lombrosiana e le scienze antropologiche connotano l'ipotesi secondo cui il sistema penitenziario doveva guarire il delinquente della sua delinquenza.

Non era l'uomo che si doveva cercare di guarire dai suoi mali organici e psichici, ma solo il delinquente, che doveva prima essere neutralizzato e poi sottoposto a un eventuale trattamento(lavoro) dopo lunga osservazione in cella di segregazione.

In questo periodo prende corpo la cosiddetta Medicina Penitenziaria caritatevole.

In sostanza il Medico con una grande pietas riusciva ad attenuare la severità dell'esecuzione della pena. Veniva messo a disposizione da Confraternite religiose. Tutto si risolveva in visite frettolose e con la prescrizione di vitto in bianco.

Finalmente nel 1923 la Direzione delle carceri veniva trasferita dal Ministero degli Interni a quello della Giustizia.

Lo status di poter esercitare la professione medica continuava a restare su un piano formale e di facciata: ancora lontana era la conquista di un ruolo-dovere che sostanziasse la presenza del Medico in carcere in termini adeguati..

Solo nel 1953 veniva adottata una prima, significativa risoluzione sul trattamento del detenuto .Essa disponeva che ogni istituto penitenziario

doveva avere a disposizione un Medico qualificato con conoscenze psichiatriche ,che i malati che necessitavano di trattamenti speciali potessero essere ricoverati in Centri Clinici o in Case per minorati fisici, che i farmaci fossero acquistati direttamente presso la Farmacia Centrale di Bari e che al Medico fosse consentito un controllo più assiduo e incisivo sulle condizioni igieniche ambientali e sugli alimenti.

Per un certo periodo è prevalsa la Medicina penitenziaria d'attesa, basata sull'evento che richiede l'intervento medico.

Il paradigma dell'attesa è quello tipico delle malattie acute : attesa di un evento su cui intervenire ,su cui mobilitarsi per risolvere il problema.

Bisogna superare la cosiddetta Medicina Penitenziaria d'attesa collegata strettamente ad episodi contingenti di assoluta necessità clinica.

Dunque una Medicina Penitenziaria organizzata come era prima nell'attesa della domanda, sostanzialmente costruita sull'attesa, e non una Medicina Penitenziaria in grado di prevenire, di saper individuare i bisogni e le criticità.

Sono sempre di più purtroppo i Medici che adottano la strategia della cosiddetta Medicina Penitenziaria difensiva a causa del timore di esporsi a procedimenti giudiziari per *malpractice*.

La Medicina Penitenziaria difensiva si verifica quando i Medici prescrivono accertamenti diagnostici inutili, trattamenti o visite specialistiche o evitano trattamenti a rischio allo scopo di precautelarsi.

Questo è un fenomeno disdicevole che comporta gravi ripercussioni non solo sul costo delle cure, ma anche sull'accessibilità e sulla qualità dell'assistenza.

La Medicina Penitenziaria difensiva si estrinseca:

- inserendo in cartella clinica annotazioni superflue e pertanto evitabili
- proponendo il ricovero ospedaliero di un paziente gestibile ambulatoriamente
- richiedendo un consulto non necessario ad altri specialisti
- prescrivendo un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario
- prescrivendo farmaci non necessari
- escludendo pazienti a rischio da alcuni trattamenti

Questa prassi, per l'uso di un maggior numero di strumenti diagnostici, quali esami ematochimici, radiografie, ecografie, TAC, RMN e per il ricorso ad un maggior numero di consulenti, da una parte comporta un aumento inutile e ingiustificato della spesa sanitaria e dall'altra crea forti disservizi se non altro per l'allungamento delle liste d'attesa per la maggior difficoltà di poter accedere ai servizi.

I Medici prima di preoccuparsi della depenalizzazione del loro operato, hanno il dovere di informare il paziente in modo chiaro e dettagliato sul suo stato di salute e sulle cure disponibili con i vantaggi e le controindicazioni.

La stessa Medicina Penitenziaria sintomatica va stigmatizzata, anche perché rincorrendo e tamponando esclusivamente il sintomo, difficilmente si può risalire alla causa vera e propria.

Con il passaggio della Medicina Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale sancito dal DPCM dell'1/04/2008 si creano le premesse per una rivoluzione copernicana in cui si delinea lo sviluppo di una Medicina Penitenziaria di iniziativa e di opportunità che trae linfa dai dati epidemiologici e si estrinseca tramite un'offerta proattiva nei confronti della popolazione detenuta.

La Medicina Penitenziaria di iniziativa e di opportunità è quella che meglio si adatta alla tutela della salute della popolazione detenuta, dove l'assistenza è per la gran parte estensiva e caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, dove il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure previo un monitoraggio assiduo degli accertamenti diagnostici.

L'obiettivo strategico è un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia e che pianifica un sistema che accompagna il detenuto favorendo lo sviluppo di condizioni che consentono di mantenere il livello di salute adeguato; un sistema capace di gestire, rallentandone il decorso, le patologie croniche ed anche di affrontare con efficacia l'insorgenza di patologie acute.

In questa ottica assume una particolare valenza la capacità del sistema di farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative di prevenzione primaria, quali l'adozione di corretti stili di vita, e in particolare l'attenzione all'esercizio dell'attività fisica, di corrette abitudini alimentari, di abolizione del fumo e di un ridimensionamento ragguardevole dell'uso degli psicofarmaci.

Tutto ciò prefigura una vera e propria rivoluzione con le prospettive di qualità e di sicura operatività dei servizi sanitari a tutela della popolazione detenuta.

Bisogna attivare l'identificazione della popolazione a rischio al fine di garantire una gestione incisiva della malattia, rallentandone il decorso.

Si devono attuare programmi di sorveglianza sanitaria rivolti all'individuazione di eventuali fattori di rischio con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, infettive, psichiatriche e degenerative osteoarticolari e alla ricerca di segni o sintomi nell'ambito delle malattie di pertinenza oncologica.

Attraverso una incisiva rivisitazione dei compiti professionali dei singoli operatori deve avvenire una presa in carico seria della salute in carcere su questo versante bisogna operare per acquisire risultati significativi anche attraverso la utilizzazione della rete dei servizi che verrà messa a disposizione da parte dell'Azienda sanitaria competente per territorio.

Nel Presidio Sanitario Penitenziario di LUCCA sono stati programmati per

l'anno 2012/2013 gli obiettivi di salute da perseguire da parte dei Medici SIAS in riferimento alle direttive contemplate dalla Delibera Regionale

784/2010.

Moduli pilota:

- Gestione e monitoraggio dei detenuti affetti da diabete mellito
- Gestione e monitoraggio dei detenuti affetti da ipertensione arteriosa
- Gestione e monitoraggio dei detenuti affetti da malattie infettive
- Gestione e monitoraggio dei detenuti affetti da malattie metaboliche
- Gestione dei detenuti affetti da BPCO
- Gestione e monitoraggio dei detenuti affetti da cardiopatie ischemiche.

Francesco Ceraudo



Strategie:



☑ **Medicina di attesa** →

Risposta ad un bisogno espresso dal paziente
(esempio: mal di gola)

☑ **Medicina anticipatoria** →

Strategia di massa → promuovere stili di vita
Strategia individuale → identificare i fattori di rischio

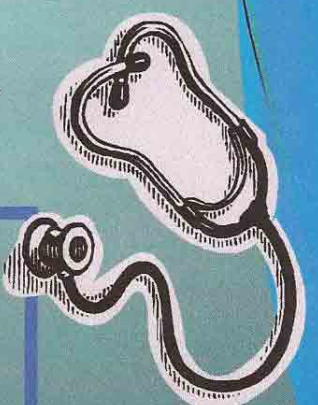
☑ **Medicina di iniziativa** →

Risposta ad un bisogno mai espresso (persone sane)

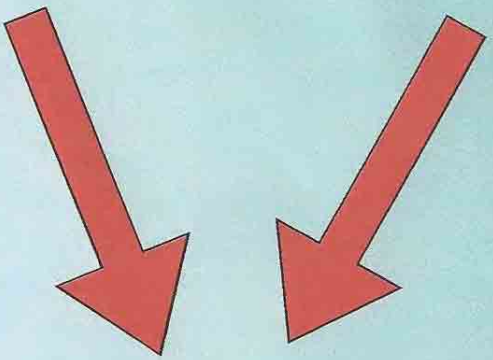
☑ **Medicina di opportunità** →

Azione di prevenzione su persone che si rivolgono
per altri motivi

Il Paradigma



Medicina di attesa o
Medicina "on demand"



Medicina
anticipatoria:

Medicina di iniziativa
Medicina di opportunità

DIAGNOSI

PREVENZIONE

TERAPIA

