

SALUTE E CARCERE

L'assistenza concreta oltre pregiudizi, ideologie e risorse limitate

Mauro Marin

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

Secondo i dati del Ministero di Giustizia si contano nelle carceri italiane 58.745 detenuti di cui 19.860 stranieri al 17/7/2018. Il D.M. Giustizia 5 dicembre 2012 ha istituito la Carta dei diritti e doveri del detenuto e il D.L. n.146 del 23/12/2013 ha istituito Il Garante Nazionale dei diritti dei detenuti (www.garantenazionaleprivatiliberta.it).

L'esigenza collettiva di giustizia e sicurezza in tempi rapidi motivante l'esecuzione penale va bilanciata con la concorrente esigenza di garantire al detenuto la giusta pena con un trattamento rieducativo umano non discriminatorio che sia rispettoso della dignità della persona. Il principio di uguaglianza tra detenuti rischia di rimanere disatteso applicando una pena detentiva a doppio binario dove la pericolosità non è più valutata dal comportamento penitenziario di autentico ravvedimento e buona condotta, ma solo dalla gravità del reato per cui il recluso è stato condannato. L'esclusione di fatto da opportunità reali di rieducazione agevola l'irrecuperabilità del detenuto e così favorisce il suo rientro nelle associazioni criminali di appartenenza una volta scontata la pena, in contrasto col fine ultimo di garantire invece una futura sicurezza sociale attraverso il reinserimento sociale e l'inserimento lavorativo nella comunità dei reati, secondo i principi affermati dalla Corte Costituzionale con sentenza n.149/2018.

L'Ordinamento Penitenziario è ispirato a garantire la tutela della salute dei reclusi ugualmente ai cittadini liberi nel rispetto della dignità umana, a ridurre il sovraffollamento carcerario e conferire all'esecuzione penale un reale valore rieducativo finalizzato al recupero sociale del recluso, come previsto dall'art.27 della Costituzione. La pena può svolgere una funzione rieducativa solo in una persona capace di comprenderne il significato di pena giusta.

La Corte Costituzionale con sentenza n.21748/2007 ha affermato che la salute non si identifica con la sola assenza di malattia, ma con lo stato di completo benessere fisico e psichico della persona. L'assistenza sanitaria rappresenta solo uno dei tanti fattori determinanti di salute (figura n.1).



I determinanti della salute
Adattato da: Dahlgren e Whitehead (1991)

La qualità della vita di un detenuto dipende dal programma delle attività rieducative offerte e dal livello dei rapporti tra detenuti e personale e con il mondo esterno. Con circolare n.0425948 del 21/12/2015 il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha indirizzato i comportamenti organizzativi del personale dal fine riduttivo di custodia e sicurezza allo sviluppo relazionale per una migliore conoscenza dei detenuti attraverso la "sorveglianza dinamica", con l'obiettivo di responsabilizzarli al loro recupero sociale e prevenire loro atti di autolesionismo e suicidi (Dispensa ISSP n.1/2013). Il personale va motivato e incoraggiato nei suoi compiti ad essere di esempio in modo da indurre un' influenza positiva sui detenuti e ottenere rispetto e fiducia per mantenere un clima ambientale costruttivo.

E' utile in proposito una formazione continua del personale sulle abilità di comunicazione interpersonale (life skills) e sul riconoscimento reciproco e il lavoro integrato di tutte le figure professionali con diverso profilo operanti in carcere.

Un trattamento rieducativo può essere solo offerto e mai imposto. Il grado di adesione ai trattamenti proposti può essere un'indicatore predittivo della personalità del detenuto, del rischio di recidiva e della sua pericolosità sociale (art.203 CP) che rimane comunque difficile da valutare.

E' necessario garantire ai reclusi l'esercizio all'aria aperta in spazi adeguati, l'igiene ambientale, personale e alimentare, comprendere e superare le difficoltà di funzionamento sociale che sono alla base di comportamenti trasgressivi, mantenere i contatti costruttivi con la famiglia e la cooperazione sociale del terzo settore, promuovere l'istruzione e la formazione professionale affinché alla dimissione i detenuti siano capaci di guadagnarsi da vivere onestamente con il lavoro. Dove il sistema penitenziario offre possibilità di reinserimento, ovvero dà una reale chance di imparare un lavoro vero professionalizzante che poi renda competitivo un inserimento nel mercato del lavoro, i tassi di recidiva intesa come reiterazione del reato scendono al 12%, come rilevato in Triveneto dal provveditore delle carceri del Triveneto Enrico Sbriglia.

Assistenza sanitaria penitenziaria

Il DPCM 1 aprile 2008 ha trasferito alle Aziende Sanitarie l'assistenza sanitaria penitenziaria, mantenendo in capo all'Amministrazione penitenziaria i compiti di gestione delle carceri comprendenti la custodia e sicurezza dei detenuti come previsto dalla legge n.354/1975 con le sue principali disposizioni di attuazione in DPR n.230/2000, D.Lgs. n.230/1999 e DPR n.447/1988 e dalle modifiche introdotte con la legge n.103/2017. Ai sensi dell'art. 11 della legge n.354/1975 (O.P.), sono previsti in carcere tre tipi di controlli sanitari, effettuabili indipendentemente dal consenso informato (legge n.219/2017) dell'interessato recluso : la visita medica generale per i nuovi giunti all'atto d'ingresso per attivare un piano di cura individuale (art. 23 del D.P.R. n.230/2000) e integrata da un colloquio psicologico, la visita medica periodica, la sorveglianza sanitaria medica per i detenuti adibiti a mansioni lavorative (D.Lgs. n.81/2008). La prima visita del nuovo giunto verifica anche l'eventuale presenza di segni di maltrattamenti, a tutela del detenuto.

All'ingresso in carcere e durante il periodo di detenzione viene attivata " l'osservazione scientifica della personalità" del recluso per valutare e trattare le cause di disadattamento sociale ritenute alla base della condotta deviante, secondo l'art. 13 dell'O.P. e gli artt.28 e 29 del DPR 230/2000. L'equipe di osservazione è composta da educatore, assistente sociale, personale di polizia penitenziaria e quando necessario da psicologo e psichiatra (art.80 O.P. o dell'Azienda Sanitaria). La detenzione in carcere, il distacco dalla propria quotidianità e famiglia, il futuro incerto per le conseguenze dei reati commessi possono indurre nel detenuto un disturbo di adattamento e richiedere un monitoraggio degli indizi comportamentali di rischio suicidario (Frontiers in Psychiatry 2018, 9, 33 e 56), mediante specifiche check list (Crisis 2016, 37/5: 323–334) o nuovi algoritmi (Nat Hum Behav. 2017; 1: 911–919).

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

Il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) raccomandato per i detenuti con disturbo mentale è disponibile online al sito web : www.rivistadipsichiatria.it (Rivista di Psichiatria, nov-dic 2017, 52/6: supplemento 1), in linea con l'allegato A al D.P.C.M. 1 aprile 2008. Deve garantire in carcere un monitoraggio dei bisogni ed una effettiva presa in carico delle persone con disturbi mentali e dipendenze, piuttosto che una riduttiva attività di sola consulenza.

Le malattie mentali più comuni riscontrate riguardano gli Assi I e II secondo il DSM-5 (<http://www.psychiatryonline.it/node/4289>), in riferimento ai quali il servizio psichiatrico penitenziario può anche disporre misure di "sorveglianza". A seconda della gravità del rischio di autolesionismo o suicidio, può essere disposta la grande sorveglianza che prevede un controllo visivo ogni 20 minuti, la grandissima sorveglianza ogni 10 minuti, oppure la sorveglianza continua a vista riservata ai detenuti valutati ad alto rischio suicidario. L'uso di telecamera può consentire un controllo visivo meno intrusivo, ma rimane comunque discussa l'utilità reale della sorveglianza rispetto all'efficacia di una attiva presa in carico ai fini riabilitativi.

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

I detenuti dipendenti da sostanze stupefacenti o alcool che presentino anche infermità mentali (doppia diagnosi) sono seguiti in collaborazione dal servizio per le tossicodipendenze e dal servizio psichiatrico aziendale, secondo l'art.20 del DPR 230/2000.

La diagnosi di malattie infettive può richiedere misure igienico-sanitarie di prevenzione del contagio quali l'isolamento da eseguirsi nei locali dell'infermeria del carcere o in un reparto clinico ospedaliero per periodi variabili a seconda dell'agente eziologico (circolare Min Sanità n.4 del 13 marzo 1998).

La popolazione dei detenuti comprende prevalentemente fasce d'età di giovani-adulti e quindi patologie ad essi correlate, ma con un tasso di morbilità più alto della popolazione esterna al carcere (Am J Public Health 2015 :105:e13–e33). La Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, S.I.M.S.Pe. (www.sanitapenitenziaria.org) approfondisce le problematiche di cura delle malattie in carcere e le influenze psico-fisiche sulla salute del regime di detenzione.

L'attivazione di programmi di telemedicina (refertazione a distanza di ECG, immagini dermatologiche teletrasmesse allo specialista, ecc.) e di valutazioni specialistiche in carcere (odontoiatria sociale con riunito in carcere, vis.oculistiche con strumenti portatili, esami radiologici di arti e Rx torace eseguiti in carcere con strumenti portatili) può migliorare l'offerta interna di servizi e ridurre gli oneri del trasporto dei detenuti con scorte in strutture sanitarie esterne.

Trasferimenti

Il medico penitenziario in caso di necessità ha il compito di proporre al direttore del carcere il trasferimento del detenuto presso l'infermeria del carcere se esistente o presso altro carcere con assistenza sanitaria sulle 24h adeguata al caso concreto o il ricovero ospedaliero in strutture idonee (art.11 OP). La proposta di ricovero deve essere fatta al magistrato dal direttore del carcere, accompagnata dall'estratto della cartella personale del detenuto e da un certificato medico che consenta di riconoscere le esigenze terapeutiche del soggetto. Il trasferimento in ospedale viene disposto con provvedimento del magistrato di sorveglianza. Nei casi di assoluta urgenza il trasferimento può avvenire anche in base al provvedimento del direttore del carcere, secondo l'art.17 del DPR n.230/2000 e art.11 O.P.

Sono garantiti gli interventi specialistici ambulatoriali necessari a giudizio del medico penitenziario con l'autorizzazione del direttore del carcere e del magistrato di sorveglianza, mediante trasporto con scorta ai presidi sanitari pubblici di erogazione delle prestazioni. A eventuale richiesta dei reclusi, il direttore del carcere autorizza visite da parte di un sanitario di fiducia con onere a carico del richiedente.

Certificazioni e Cartelle sanitarie

Compete al medico penitenziario il rilascio di certificazioni sanitarie e valutazioni medico legali, quando vi sia una vincolante richiesta da parte di un'autorità competente. Il medico deve tutelare la vita e la salute dei detenuti da rischi prevedibili ed evitabili e allo stesso tempo deve vigilare su eventuali simulazioni di patologie o di aggravamenti di patologie esistenti che siano finalizzati solo ad ottenere senza necessità benefici non dovuti (Circolare D.A.P. n.3258/5708 del 28 dicembre 1988). Il Dipartimento Amministrazione Penitenziaria con parere del 5 dicembre 2013 (Palmisano R) ha affermato la distinzione tra certificato medico di valutazione della compatibilità delle condizioni di salute del detenuto col regime carcerario (art. 299 comma 4-ter CPP), secondo la procedura che richiede espressamente la nomina di un perito ex-art.220 CPP e il certificato medico per il differimento della pena (art. 684 CC) secondo la procedura di cui agli artt. 146 e 147 del codice penale. La Cassazione sezione 1° Penale con sentenza n.54448/2016 ha affermato l'obbligo per il magistrato di sorveglianza, a fronte di documentazione clinica con divergenti conclusioni sulla compatibilità tra condizioni patologiche e il regime restrittivo di un detenuto, di approfondire la questione, ricorrendo all'ausilio specifico della perizia di cui all'art.220 CPP. La possibilità per il detenuto di fruire di cure mediche appropriate anche nella condizione di restrizione carceraria costituisce il presupposto fondante la linea di demarcazione tra la compatibilità e l'incompatibilità delle condizioni psico-fisiche della persona con il regime carcerario (Cass. Pen. Sez.IV n.53150/2017 e Sez. 1, n. 16681/2011).

La tenuta diligente della cartella clinica è un preciso dovere per garantire la tracciabilità di valutazioni e interventi sanitari (Cassazione civile, sez. III, ordinanza 23/03/2018 n° 7250). Il foglio unico di terapia (FUT) deve essere compilato in modo chiaramente leggibile ed esauriente (Raccomandazione Ministeriale Sanità n. 7, Marzo 2008 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica). Secondo il Garante della Privacy l'assistito ha diritto all'accesso ai suoi dati sanitari che pertanto devono essere sempre chiaramente decifrabili e comprensibili (Provvedimenti Garante Privacy 30/09/2002 e 26/03/2001).

Per una migliore organizzazione dell'assistenza sanitaria in carcere è utile disporre di programmi informatici di gestione dei dati delle cartelle cliniche, come previsto dalla convenzione tra Ministero di Giustizia e FederSanità-ANCI, tenendo conto dell'esperienza dei programmi gestionali dotati di funzione avanzata di prescrizione e terapia assistita in uso negli ambulatori di medicina generale (<https://www.millewin.it/>) che consentono la registrazione e la prescrizione dematerializzata e assistita di farmaci ed esami nel rispetto della normativa sulla privacy (D.Lgs 196/2003) e dei criteri di sicurezza. Per l'idoneità dei locali ambulatoriali è necessario attivare la sorveglianza prevista dal D.Lgs 81/2008.

Misure alternative alla detenzione

La normativa penitenziaria prevede misure alternative alla detenzione che consentono al detenuto di continuare l'esecuzione della pena attraverso forme equivalenti alla detenzione sotto il profilo dell'afflittività, ma differenti per le modalità e il regime di espiazione

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

Differimento della pena Le persone recluse possono differire temporaneamente l'esecuzione della pena, se ricorrono determinate condizioni di salute (artt. 146, 147 e 148 CP). Qualora dagli accertamenti sanitari risulti che una persona detenuta si trovi in una delle condizioni previste dagli artt. 146 e 147 C.P., quali ipotesi di rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena, il medico propone al direttore del carcere di trasmettere gli atti alla magistratura di sorveglianza ai fini dell'adozione dei relativi provvedimenti. Ai sensi dell'art. 684 c.p.p., il provvedimento di rinvio dell'esecuzione della pena viene concesso dal tribunale di sorveglianza, o dal magistrato di sorveglianza in caso di urgenza, per un tempo determinato, al termine del quale, se non sussistono i presupposti per una sua proroga, il pubblico ministero competente provvede ad emettere l'ordine di esecuzione della pena in forma detentiva.

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

L'art. 3, comma 1, lettera c), del decreto-legge 23 dicembre 2013, n. 146, convertito in legge n.10/2014, ha introdotto il comma 3-bis nell'art. 47 della legge n.354/1975, delineando un affidamento in prova allargato per il condannato che deve espiaire una pena non superiore a quattro anni di detenzione e che almeno nell'anno precedente alla presentazione della richiesta ha tenuto una buona condotta indicativa di un giudizio prognostico favorevole su rieducazione e rischio di reiterazione di reati.

Sospensione esecuzione penale La sospensione dell'esecuzione penale su istanza dell'interessato è prevista per favorire il percorso riabilitativo dei detenuti tossicodipendenti da stupefacenti o alcool (art. 90 del DPR n.309/1990), così pure l'affidamento in prova a servizi sociali per la partecipazione a programmi di recupero (art. 94 D.P.R. 309/1990), previa certificazione dello stato abituale di tossicodipendenza secondo il D.M. 12 luglio 1990 n.186 e gli artt. 14 e 15 del DPR n.309/1990. Il criterio di scelta fra l'una e l'altra misura, dipende dalla valutazione del livello di affidabilità del condannato. Di norma si opta per la sospensione quando lo stesso risulta capace di gestione autonoma del programma di recupero e invece si preferisce l'affidamento terapeutico quando è necessario il controllo da parte di operatori di una struttura. Il giudice può revocare la misura alternativa se dopo la sua concessione la persona ha commesso un reato per cui è previsto l'arresto in flagranza e per cui egli risulti imputato o sottoposto ad altra misura alternativa. In caso di trasgressione alle misura cautelare degli arresti domiciliari, l'art. 276 c.p.p. comma 1 ter, rende obbligatoria la revoca degli arresti domiciliari, seguita dal ripristino della custodia cautelare in carcere (Cass. Pen. Sez.V, Sent. n. 42017/2009)

Affidamento in prova al servizio sociale: applicabile per pene non superiori ai 3 anni di reclusione, dopo una prima fase di osservazione all'interno del carcere, consiste nell'affidamento del reo al servizio sociale, che lo assiste nella fase di reinserimento nella società e svolge un'importante funzione di verifica del rispetto dei divieti imposti dal giudice di sorveglianza.

Semilibertà: il soggetto permane nell'ambito carcerario ma ha la possibilità di trascorrere fasi della giornata fuori dall'istituto, al fine di facilitare ed incentivare la sua partecipazione ad attività rieducative (lavoro, istruzione, ecc). E' applicabile sin dall'inizio della reclusione del soggetto.

Conclusioni Il problema rieducativo rimane aperto. Si ha quando i detenuti, restano in carcere senza un'occupazione che dia loro una opportunità di crescita personale e professionale per cambiare vita e per la prevenzione della reiterazione dei reati (C.Cost sentenze n. 264/1974 n.282/1989 e n.313/1990). Gli ostacoli al trattamento rieducativo sono di tipo quantitativo e di tipo qualitativo. Di norma, il tempo trascorso in cella è maggiore di quello trascorso negli spazi comuni. Inoltre le attività comuni (art.6 O.P.) sono limitate e riguardano un numero ridotto di detenuti, mentre la normalità dei più consiste nel trascorrere l'intera giornata in cella. Inoltre la possibilità di incidere sul recupero di persone con cultura e lingue diverse è ancora più complessa per l'oggettiva carenza di risorse. Nonostante l'introduzione della figura del mediatore culturale, le barriere linguistiche e le diversità culturali restano un ostacolo difficile da superare e la loro permanenza sul territorio dopo l'espiazione della pena per un inserimento sociale è del tutto incerta.