



RAPPORTI ISTISAN 19|22

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Salute nella polis carceraria: evoluzione della medicina penitenziaria e nuovi modelli operativi

A cura di
R. Mancinelli, M. Chiarotti, S. Libianchi



AMBIENTE
E SALUTE

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Salute nella polis carceraria:
evoluzione della medicina penitenziaria
e nuovi modelli operativi**

A cura di
Rosanna Mancinelli (a),
Marcello Chiarotti (b, c), Sandro Libianchi (c, d)

- (a) *Centro Nazionale Sostanze Chimiche, prodotti cosmetici e protezione del consumatore, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
(b) *già Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Legale - Tossicologia Forense, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*
(c) *Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane, Roma*
d) *Unità Operativa "Salute penitenziaria", III Casa Circondariale, Complesso Polipenitenziario di Rebibbia - ASL Roma 2, Roma*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

**Rapporti ISTISAN
19/22**

Istituto Superiore di Sanità

Salute nella polis carceraria: evoluzione della medicina penitenziaria e nuovi modelli operativi.

A cura di Rosanna Mancinelli, Marcello Chiarotti, Sandro Libianchi

2019, viii, 206 p. Rapporti ISTISAN 19/22

L'applicazione della medicina in ambito penitenziario è oggi caratterizzata da una grande varietà di prestazioni sanitarie che non può garantire a ciascuno la stessa appropriatezza di diagnosi, giudizio e intervento. Per colmare le disuguaglianze di salute e tutelare pazienti, operatori e decisori è necessario mettere a punto strumenti e procedure multidisciplinari e condivise. L'Accordo di collaborazione scientifica stipulato tra Istituto Superiore di Sanità, Università Cattolica di Roma, Università Sapienza, Università di Tor Vergata, e Associazione onlus Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane, si è preso carico di questa area-problema con l'obiettivo di sviluppare il dialogo tra sanità e giustizia per realizzare gli obiettivi dell'una e dell'altra. Il presente volume nasce nell'ambito dell'Accordo grazie al contributo di eminenti esperti in ambiti disciplinari diversi che hanno accettato di rendersi disponibili a collaborare a questo obiettivo. Il risultato è uno strumento di lavoro importante perché dimostra che dialogare insieme è possibile e proficuo per migliorare conoscenze e strumenti operativi.

Parole chiave: Medicina penitenziaria; Diagnosi; Intervento; Misure alternative

Istituto Superiore di Sanità

Health in prison community: evolution of penitentiary medicine and new operational models.

Edited by Rosanna Mancinelli, Marcello Chiarotti, Sandro Libianchi

2019, viii, 206 p. Rapporti ISTISAN 19/22 (in Italian)

The application of prison healthcare is now characterized by a great variety of Health Services Facilities that cannot guarantee everyone the same reliability of diagnosis, judgment and intervention. To bridge health inequalities and protect patients, practitioners and decision makers, it is essential to develop multidisciplinary and shared tools and procedures. The Scientific Collaboration Agreement signed between Istituto Superiore di Sanità, Catholic University of Rome, Sapienza University, Tor Vergata University, and the Association "Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane" onlus, took care of this problem-area to develop the dialogue between health and justice and to achieve the goals of both. This volume comes from the Agreement and was realized thanks to the contribution of eminent experts in different disciplinary fields who agreed to make themselves available to collaborate on this goal. The result is significant even because it shows that to dialogue together is possible and fruitful to improve knowledge and operational tools.

Key words: Penitentiary medicine; Diagnosis; Intervention; Alternative measures

I curatori ringraziano Rosanna Maria Fidente per il lavoro di revisione e messa a punto redazionale dei testi.

Si ringrazia Sandra Salinetti per la cura della veste editoriale.

Per informazioni su questo documento scrivere a: rosanna.mancinelli@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Mancinelli R, Chiarotti M, Libianchi S (Ed.). *Salute nella polis carceraria: evoluzione della medicina penitenziaria e nuovi modelli operativi*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/22).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.



l'intero è maggiore della somma delle sue parti
dalla "Metafisica" di Aristotele

INDICE

Premessa

<i>On. Roberto Speranza</i>	v
-----------------------------------	---

Presentazione

<i>Francesco Basentini</i>	vii
----------------------------------	-----

Introduzione

<i>Rosanna Mancinelli, Sandro Libianchi</i>	1
---	---

STATO DELL'ARTE

Riflessioni sulla salute in luoghi di restrizione

<i>Mauro Palma</i>	7
--------------------------	---

Italia: Ministero della Salute e ruolo delle Regioni

<i>Carola Magni, Silvia Arcà</i>	13
--	----

Comunicazione scientifica ed equità per la salute: un rinnovato impegno dell'Istituto Superiore di Sanità

<i>Paola De Castro, Raffaella Bucciardini</i>	16
---	----

Scienze mediche penitenziarie: verso una nuova definizione di medicina in carcere?

<i>Sandro Libianchi, Angelo Cospito, Rosanna Mancinelli</i>	18
---	----

NORMATIVA

Tutela della salute in carcere e misure alternative alla detenzione intramuraria: stato dell'arte e problemi emergenti

<i>Marco Patarnello</i>	23
-------------------------------	----

Ruolo del Giudice delle Indagini preliminari nel Tribunale Ordinario

<i>Paola Della Vecchia</i>	31
----------------------------------	----

Procedimento penale minorile e provvedimenti giurisdizionali coinvolgenti minori con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche

<i>Paola Manfredonia</i>	39
--------------------------------	----

Pena e cura. Le risposte attuali dei servizi di salute mentale alla luce della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

<i>Roberto Mezzina</i>	47
------------------------------	----

Applicazione delle linee guida nazionali ai percorsi di cura e assistenza in ambito penitenziario

<i>Alessandra Sinopoli, Alice Fauci, Daniela Coclite, Antonello Napoletano, Laura Iacorossi, Daniela D'Alessandro, Fabio D'Agostino, Primiano Iannone</i>	63
---	----

ASPETTI DIAGNOSTICI

Ruolo del laboratorio a supporto della diagnosi clinica <i>Marcello Chiarotti, Rosanna Mancinelli, Sandro Libianchi, Rosanna Maria Fidente, Luca Palleschi, Rosa Draisci</i>	73
Biochimica clinica e tossicologia forense: una proficua alleanza <i>Sergio Bernardini, Simona Martello</i>	82
Sostanze d'abuso e alcol: stato dell'arte in diagnostica e requisiti di qualità dei laboratori <i>Sabina Strano Rossi</i>	88
Diagnosi e giustizia: il caso della sindrome feto-alcolica <i>Rosanna Mancinelli, Rosanna Maria Fidente, Sandro Libianchi, Marcello Chiarotti</i>	98
Psicologia penitenziaria: evoluzione (e involuzione) di una psicologia di frontiera nel sistema della giustizia e nel sistema sanitario <i>Alessandro Bruni, Sandro Libianchi</i>	106

ETICA E RICERCA

Dato epidemiologico in ambito penitenziario e nella giustizia penale italiana: che cosa ci dice? <i>Francesco Fabi, Carla Rossi</i>	121
Principio di equivalenza delle cure e il diritto alla salute in ambito carcerario <i>Sabina Gainotti, Carlo Petrini</i>	135
Persona in stato di detenzione: promozione e tutela del diritto alla salute <i>Matteo Schwarz</i>	145
Proposta di un modello operativo per una relazione professionale efficace tra operatore sanitario e persona detenuta mirata alla prevenzione delle malattie infettive <i>Anna Maria Luzi, Anna Colucci</i>	150
Contesti confinati e comportamento: il contributo dell'etologia e delle neuroscienze <i>Giovanni Laviola, Augusto Vitale</i>	157
Ambiente, diritti umani e qualità della salute <i>Domenico Alessandro de Rossi</i>	165
Gestione del rischio clinico in ambito penitenziario: modello operativo <i>Maurizio Musolino, Sandro Libianchi</i>	175

FORMAZIONE

Formazione del personale penitenziario e prevenzione dello stress <i>Gemma Marotta</i>	189
Corso di perfezionamento universitario in sanità penitenziaria: una necessità per i professionisti che operano nelle carceri <i>Maria Triassi, Sandro Libianchi, Antonella Molese</i>	197

PREMESSA

Il concetto di “salute”, che è un concetto essenziale nella vita di un Paese ed è significativo per denotare il livello culturale e sociale del Paese stesso, richiede una visione ampia e complessa in quanto coinvolge la persona nella sua dimensione individuale, politica ed economica. Il legislatore costituzionale ha voluto sancire il diritto alla salute, all’articolo 32, come “fondamentale” per “l’individuo”. Il termine scelto, individuo appunto, non è casuale, poiché con questa definizione i padri costituenti hanno voluto indicare la platea più ampia possibile a cui rivolgere il diritto alla salute. Non importa, dunque, il colore la pelle, il reddito, o da quale parte d’Italia o del mondo una persona provenga. Se si sta male tutti hanno il diritto ad essere curati. Senza distinzioni di sorta. Il nostro compito quotidiano è quello di avvicinare la realtà vissuta dai nostri cittadini quanto più possibile all’enunciato della nostra Costituzione.

Quando poi al concetto di salute si aggiunge anche quello di giustizia interviene l’altro dettato costituzionale inerente alla funzione della pena carceraria. All’articolo 27, comma 3, la Costituzione così recita: “Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”. L’incrocio dei due dettati costituzionali rende l’ambito ancora più complesso e a maggior ragione richiede una visione olistica e integrata con altre competenze e un approccio più ampiamente multidisciplinare. La medicina penitenziaria, che riunisce in sé i due concetti di salute e giustizia, deve quindi essere trattata unitariamente nelle sue diverse articolazioni funzionali di base, di emergenza, di intervento medico-specialistico ma anche di competenza giuridica e legale.

Il malato, ancor più qualora detenuto, non è identificabile in una sua patologia bensì come persona con un “burden of disease”, peso della malattia, reso ancor più gravoso dalla condizione di restrizione della libertà. Tra tutte, la patologia più diffusa all’interno delle carceri è quella legata al disturbo psichico (ICD 9) nella sua duplice veste di causa e di effetto dello stato di restrizione. La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e l’istituzione delle Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) hanno costituito una svolta epocale nel trattamento della patologia mentale in ambito carcerario, ma moltissimo resta ancora da fare sul territorio per il reinserimento della persona e per ridurre al massimo i fattori che possono essere favorevoli alla ricaduta nel reato e la reincarcerazione.

Fino al 2008 il carcere era restato quasi del tutto fuori dal sistema di presa in carico e cura della persona e la gestione della salute era affidata al solo Ministero della Giustizia svincolato dalla politica nazionale di tutela della salute. A partire dalla riforma del 2008, invece, il Ministero della Salute ha profuso grande impegno nel promuovere la collaborazione tra gli attori costituzionali coinvolti e ricordiamo che nel Patto per la salute 2014-2016 – cioè l’intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome finalizzata a potenziare il sistema di *governance* della sanità e ad assicurare sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), equità, universalità e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), laddove è trattata l’assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari – si riporta l’impegno delle Regioni ad approvare apposite linee guida in questa materia in sede di Conferenza unificata.

Questo volume che nasce dall’Accordo di Collaborazione tra Istituzioni pubbliche e private per la realizzazione della visione progettuale “Salute & Giustizia”, diviene contenitore e luogo di discussione di aspetti delicati che riguardano la salute nella ‘Polis’ carceraria incluso il superamento delle disuguaglianze, l’etica dei trattamenti, le linee guida, la ricerca. Oltre all’Istituto Superiore di Sanità che, nel suo ruolo istituzionale *super partes* di tutela della salute, si rende disponibile come riferimento di confronto e di coordinamento scientifico interprofessionale e interdisciplinare, un apprezzamento va rivolto alle tre Università “Sapienza”,

“Tor Vergata”, “Cattolica del Sacro Cuore di Roma” e all’associazione di volontariato professionale Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane (CoNOSCI onlus), che hanno dato il via all’Accordo di collaborazione.

L’auspicio di questo Ministero è che a queste Istituzioni se ne possano aggiungere presto altre per portare il contributo della ricerca medica e giuridica alle future scelte di politica sanitaria per la salute in carcere al fine di superare le diseguaglianze di salute anche territoriali, di dare impulso alla gestione delle singole Unità Operative di medicina penitenziaria delle ASL e di migliorare globalmente le condizioni di salute delle persone che vivono o lavorano in ambito carcerario e quindi dell’intera Società.

On. Roberto Speranza
Ministro della Salute

PRESENTAZIONE

Nel 2018 si sono celebrati i 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituito con Legge 833/1978 insieme alla Legge 180/1978 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori” e alla Legge 194/1978 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”. Nel 1978 quindi, con la nascita dell’SSN, si regolamentava il diritto alla salute per l’intera popolazione italiana.

Il sistema sanitario penitenziario, per il momento, rimaneva nelle competenze del Ministero della Giustizia anche a seguito dell’autorevole parere espresso, all’epoca, dal Consiglio di Stato per alcune peculiarità legate allo status di persona privata della libertà.

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 “Modalità e criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria” (*Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 126 del 30 maggio 2008), l’assistenza sanitaria in carcere che viene allineata agli standard e ai progressi organizzativi regionali. Tale processo verrà poi sviluppato grazie al “Patto per la salute” approvato con intesa in Conferenza Stato-Regioni (rep. n. 82 CSR del 10 luglio 2014 – art. 7: Assistenza Sanitaria negli Istituti Penitenziari).

Molti sono i progressi compiuti, ma ad oggi molto resta ancora da fare.

Queste considerazioni hanno portato un gruppo di esperti a stipulare nel luglio 2017 l’Accordo di collaborazione tra l’Istituto Superiore di Sanità, le Università “Sapienza”, “Tor Vergata” e “Cattolica del Sacro Cuore” di Roma e l’Associazione onlus CoNOSCI (Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane - www.conosci.org). Tale Accordo inter-istituzionale è finalizzato alla elaborazione di linee guida per la definizione di percorsi diagnostici e organizzativi ottimizzati in ambito penitenziario e della Giustizia Penale, e propone l’approccio scientifico *evidence-based* per affrontare e individuare possibili soluzioni a problemi gravosi di salute in ambito penitenziario che pesano significativamente in termini sociali, economici e di salute pubblica. La multidisciplinarietà degli esperti che caratterizza l’Accordo rende possibile approfondire il tema a 360° nell’ottica di angolazioni diverse da quella bio-medica, a quella giuridica, a quella etica a quella di comunicazione/formazione, al fine della messa a punto di strategie di intervento ottimizzate in ambito di riabilitazione e di *best practice*.

Questo volume rappresenta un importante traguardo intermedio nello svolgimento del progetto, una prima *milestone* dell’Accordo di Collaborazione che coniuga insieme giustizia e salute con focus sul diritto individuale della “persona”. La giustizia, condizione indispensabile per lo sviluppo e la crescita del Paese, e la salute intesa non solo come “assenza di malattia” sono diritti fondamentali essenziali nella vita di ogni individuo e centrali nel suo rapporto con la società e le Istituzioni. Riferendoci all’ambito penitenziario possiamo affermare che i rapporti tra giustizia e salute hanno avuto un grande sviluppo in questi ultimi dieci anni. Forte impegno e passione hanno caratterizzato e caratterizzano il percorso delle persone e delle Istituzioni coinvolte e a loro va il riconoscimento e ringraziamento di tutta la società. Impegno, attenzione e passione vengono anche dalla comunità scientifica e in particolare dall’Istituto Superiore di Sanità che in questi 40 anni ha svolto un ruolo importante per la salute pubblica attraverso le attività dei suoi esperti svolte nell’ambito dell’SSN. Obiettivo fondamentale è migliorare la condizione della polis carceraria attraverso progettazioni integrate. Chiave di lettura essenziale per affrontare la complessità del tema del Programma “Giustizia e Salute” è quella dell’Europa perché non possiamo non tenere conto di quanto accade nel nostro continente e delle nuove sfide scientifiche e sociali da affrontare congiuntamente sulla base dell’eccellenza scientifica.

Il presente volume è nato grazie all'incontro tra eminenti esperti solitamente lontani nelle loro competenze e nelle loro ambiti di attività e che spesso hanno difficoltà a dialogare e ad usare un linguaggio reciprocamente condiviso. Li ringraziamo sentitamente per aver accettato di mettere a disposizione il contributo della loro esperienza e di condividerla come base di partenza di un Progetto ampio, e forse ambizioso. Li ringraziamo sentitamente anche perché, attraverso questo lavoro ci hanno permesso di dimostrare in modo *evidence based* che l'obiettivo è raggiungibile e che il dialogo è possibile e molto proficuo. L'auspicio è che questo risultato possa stimolare una sempre maggiore coesione e collaborazione tra Istituzioni al fine di contribuire al generale miglioramento della salute della πόλις carceraria e quindi anche della più ampia πόλις alla quale tutti noi apparteniamo.

Francesco Basentini
*Capo del Dipartimento
dell'Amministrazione Penitenziaria*

INTRODUZIONE

Rosanna Mancinelli (a), Sandro Libianchi (b, c)

(a) *Centro Nazionale sostanze chimiche, prodotti cosmetici e protezione del consumatore,*

Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) *Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane, Roma*

(c) *Unità Operativa "Salute penitenziaria", III Casa Circondariale, Complesso Polipenitenziario di Rebibbia - ASL Roma 2*

Negli anni seguenti la realizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, numerosi sono state le norme che hanno segnato il percorso della ‘Nuova Medicina Penitenziaria’, ma solo nel 2008 con il DPCM del 1° aprile e i numerosi Accordi ed Intese sottoscritti in Conferenza Unificata, si sono resi disponibili tutti gli strumenti necessari per attuare una reale Riforma del settore.

Oggi, con il trasferimento delle competenze sanitarie in carcere a carico delle Regioni e delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), il progetto di riforma si presenta con tutte le sue peculiari problematiche ancora da risolvere completamente sia con il superamento di numerose resistenze al cambiamento da parte di alcuni enti preposti, sia attraverso una politica unitaria di attiva presa in carico dell’intera tematica. I capisaldi di questa difficile innovazione sono rappresentati dallo studio di nuovi modelli organizzativi da adattare localmente alle differenti realtà strutturali e funzionali delle ASL, la formazione dei professionisti di tutti profili professionali, la condivisione di linee guida operative ed il coinvolgimento delle Strutture dedicate alla ricerca scientifica, in primis l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) per il suo ruolo di coordinamento nazionale per le attività di sanità pubblica in Italia.

Su queste basi è stato stipulato presso l’ISS l’Accordo di collaborazione inter-Istituzionale in cui la definizione stessa del concetto di Medicina Penitenziaria e della cornice culturale entro la quale questo concetto possa trovare giusta ed utile collocazione, rappresenta obiettivo prioritario.

Da questo Accordo e grazie al generoso contributo di numerosi ed eminenti esperti, nasce il presente volume che si compone di voci diverse progettate per sviluppare una ideale mappa concettuale qui descritta nella Figura 1, dove il corretto esercizio della medicina in carcere diviene esso stesso un determinante di salute che integra diverse aree di competenza (“Scienze Mediche Penitenziarie”) dirette quali la riduzione del danno, la psichiatria/psicologia, la gestione delle emergenze, la tossicologia, la salute pubblica; sono correlate a queste altre aree complementari indirette, quali l’economia, la criminologia, il lavoro, la formazione, l’architettura, la religione.

Tutte queste competenze rientrano nel più generale concetto di ‘salute’ quale non solo assenza di malattia, bensì uno stato di completo benessere psicofisico, culturale, lavorativo e di giustizia (come definito dalla World Health Organization). Anche se la limitazione delle libertà personali sia in carcere che all’esterno di esso costituisce di per sé un fattore di rischio per la salute psicofisica dell’Uomo, l’intento del nostro lavoro è contribuire alla riduzione delle disuguaglianze ed al superamento della antinomia “carcere e salute”. Attraverso la raccolta dei contributi dei diversi esperti, il volume presenta quindi le principali problematiche connesse alla salute in ambito penitenziario a partire dalle origini, ai progressi compiuti, alle prospettive di intervento.

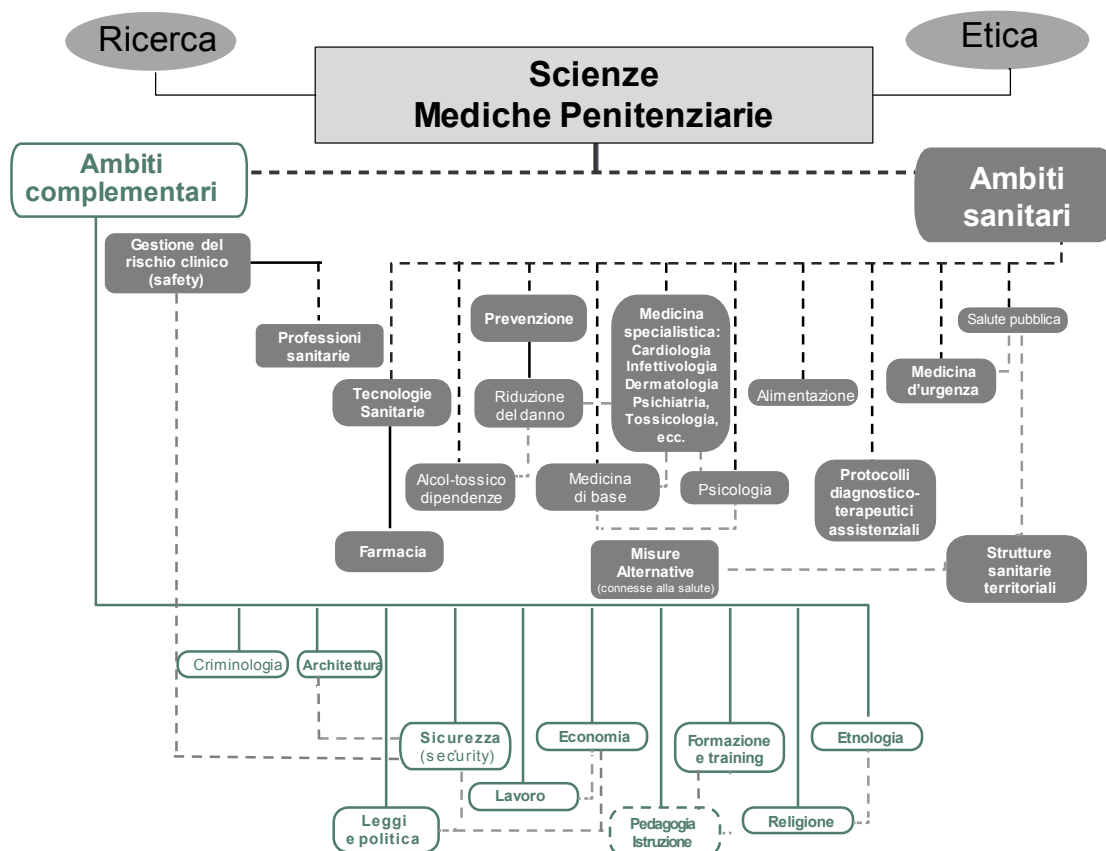


Figura 1. Mappa concettuale in cui si rappresenta il concetto che le “Scienze Mediche Penitenziarie” sono sostenute da Ricerca ed Etica, e sono il frutto dell’interazione e integrazione di aree di competenza sia sanitarie che non sanitarie, quale necessaria visione unitaria della materia

Come già illustrato e motivato, la struttura del volume è fortemente ispirata alla multidisciplinarietà per cui il prodotto finale è uno strumento conoscitivo a vasto raggio, fruibile dai differenti stakeholder coinvolti a vario titolo nella polis carceraria, suddiviso nelle seguenti cinque sezioni:

1. Stato dell’arte;
2. Normativa;
3. Aspetti diagnostici;
4. Etica e ricerca;
5. Formazione.

La sezione “Stato dell’arte” raccoglie contributi riguardanti considerazioni e riflessioni sul significato di salute nei luoghi di restrizione, sui ruoli istituzionali, sull’importanza della comunicazione come strumento di equità, e sul concetto stesso di medicina in carcere.

Nella sezione “Normativa”, vengono descritti ruoli e procedure applicate in ambito di giustizia penale con relative criticità e, in campo medico, sono discusse considerazioni sulla applicazione delle linee guida nazionali ai percorsi di cura ed assistenza in ambito penitenziario, anche alla luce dei recenti progressi normativi.

Nella terza sezione “Aspetti diagnostici” sono affrontate tematiche relative alle modalità di diagnosi a partire dalla garanzia di qualità del dato di laboratorio, all’applicazione del risultato dell’accertamento che comprende sia la attività di laboratorio sia quelle di medicina specialistica inclusa psicologia/psichiatria. La affidabilità e complementarietà delle competenze è indispensabile per affrontare situazioni complesse legate, per esempio, alle dipendenze o a patologie fisico-comportamentali come la Sindrome feto alcolica che rappresenta ancora oggi un tema ampiamente discusso non solo dal punto di vista di ricerca biomedica ma anche da quello giuridico.

La sezione “Etica e ricerca” ospita contributi che illustrano e discutono tematiche innovative che vanno dalla lettura ed interpretazione del dato epidemiologico, alle problematiche di etica, alla relazione operatore-detenuto fino alla ricerca sull’influenza dei contesti confinati sul comportamento, sull’effetto dell’ambiente sulla salute, e sulla peculiarità della gestione del rischio clinico in ambito penitenziario.

Infine nella quinta sezione “Formazione” sono affrontati problematiche relative alla formazione degli operatori con una particolare attenzione alla prevenzione dello stress che costituisce un significativo fattore di rischio per la salute soprattutto in ambito penitenziario.

Ci auguriamo con questo volume di stimolare l’interesse verso una tematica che, nell’ambito della Sanità pubblica, ha ancora bisogno di essere affrontata con adeguata attenzione e di essere sempre più approfondita nei suoi diversi aspetti.

Stato dell'arte

RIFLESSIONI SULLA SALUTE IN LUOGHI DI RESTRIZIONE

Mauro Palma

Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, Roma

Introduzione

Asclepio dio della medicina – che i Romani chiameranno Esculapio – venne tramutato da Zeus in una costellazione: quella di Ofiuco, spesso riportata come tredicesima costellazione zodiacale. La ricerca della cura e della salute, prima ancora di essere una pratica comunicativa tra soggetti e una manifestazione di empatia solidale, prima ancora di essere un diritto dei singoli è nella nostra tradizione allegorica una costellazione. Quindi, una presenza nella sfera celeste in grado di dare indirizzo, di orientare e in fondo di essere guida ai destini dei singoli.

La tradizione mitologica greca e, successivamente quella romana, riportano questo figlio di Apollo con il bastone a cui si attorciglia il serpente a significare sia la sua originaria connessione con gli inferi, sia la possibilità di domare il serpente nutrendolo e custodendolo con il proprio bastone, così da renderlo promessa di cura. Il serpente non è più simbolo degli Inferi da cui proviene bensì emblema della possibile guarigione di chi è afflitto da infermità: proprio la regolarità della sua muta annuale è indicazione della capacità di rinnovamento.

L'iconografia ci riporta Asclepio con barba, capelli mossi e un'espressione tranquilla e severa che dà il senso della cura e della benevolenza. Non è tanto rappresentato, soprattutto nelle copie e derivazioni da un'originaria statua di Fidia a noi non pervenuta, come attivo nella risposta al male fisico quanto benevolente verso i soggetti a cui si rivolge. Un atteggiamento, questo, che la successiva tradizione romana enfatizzerà proponendo progressivamente Esculapio quale soggetto pieno di compassione verso gli uomini afflitti, i quali, in alcuni bassorilievi ormai del IV secolo dopo Cristo, sono chiaramente a lui riconoscibili.

Si tratta di un'iconografia che cresce su sé stessa verso una sempre maggiore accentuazione della funzione salutare e lenitiva del suo ruolo. Santuari di Esculapio del resto sorgeranno via via in alture o, come è noto a Roma anche in un luogo fortuito quale è un'isola. Sono luoghi a noi noti da epigrafi che spesso ci dicono in parte dell'azione materiale, terapeutica, che in essi si svolgeva e in larga parte delle pratiche intrinsecamente terapeutiche centrate sul sonno, spesso indotto artificialmente – la cosiddetta incubazione – quale elemento di connessione tra la parte malata del soggetto e il proprio sé complessivo. Centrale è il riconoscimento dell'unicità del soggetto nella sua duplice dimensione del convivere con la malattia e del reagire a essa, quali parti di un'unicità di 'ben-essere' che chi ha di lui cura deve aiutare a ricomporre.

Questo riandare all'immagine classica che a tutt'oggi rappresenta simbolicamente la funzione medica è particolarmente doveroso in un contesto in cui la ricomposizione del 'ben-essere' appare distante rispetto alla quotidiana richiesta di prestazione a risposta o di mera certificazione che caratterizza l'approccio con la propria salute nel luogo di quel 'mal-essere' che è intrinseco alla privazione della libertà personale. La privazione della libertà personale non può connotare diversamente il luogo in cui essa si attua, in cui il primo bisogno di una persona che è quello di essere attore della propria vita viene limitato, regolato, negato. Ma è luogo del 'mal-essere' con cui chi ha compito di lenire, guarire, si deve misurare in termini efficaci ma reattivi rispetto a sintomi già manifestati o deve essere luogo di recupero di un possibile 'ben-essere', quantunque

limitato, difficile in un ambiente segregativo, che almeno possa rendere il serpente non più espressione degli Inferi ma promessa del mutamento della propria pelle?

Parto da qui per parlare di tutela della salute in un luogo così negativamente caratterizzato, quale è il carcere, abitato da una popolazione segnata non solo dal proprio stato contingente, ma spesso da un 'prima' di tale stato e dal rischio di un 'poi' che a esso troppo assomigli. Come ogni luogo coabitato da molte persone, pur nelle contraddizioni della forzata presenza, non può tuttavia cessare di essere anche luogo di relazione e interazione. In fondo luogo di cura: a noi il compito di dare indirizzo a tale termine. Innanzitutto perché ogni luogo denso di umanità è un luogo di relazioni in cui il benessere o il malessere degli uni interferisce fortemente con quello degli altri e compito di chi vuole avere cura delle persone ristrette è dare una possibile direzione a tali relazioni; in secondo luogo perché una collettività ristretta è caratterizzata da un bisogno assoluto di attenzione che precede anche ogni sintomo di difficoltà e instabilità che possa manifestarsi.

Cura è tuttavia una parola connotata da ambiguità, polisemica. Da un lato ha un significato terapeutico inteso sia come complesso di mezzi e prescrizioni in grado di guarire una malattia, da un altro è utilizzato dai giuristi per indicare un'attività di sorveglianza assistita (la cura nelle questioni fallimentari) o in senso metaforico-spirituale per indicare il ministero sacerdotale di cura delle anime. Da un altro ancor – e forse è il più importante ha un significato di attenzione, di presa in carico dell'altra persona, di provvedere alle sue necessità. Una funzione, questa, che non è relegato all'assistenza, ma che è complementare alla prima funzione, di tipo terapeutico, perché le scelte meramente tecniche di quest'ultima non hanno vero significato senza la dimensione della prima, in un contesto chiuso e limitato quale è la comunità ristretta.

La lingua italiana non rende conto sufficiente di questa polisemia del termine cura. La lingua inglese, con la lieve variazione di una vocale (cure e care) differenzia il trattamento, il rimedio, dall'attenzione, dalla premura; ma la sintesi linguistica nulla toglie alla duplicità della funzione che il termine racchiude e all'accentuazione diversa che in un ambiente ristretto deve avere una funzione sull'altra.

Cura e diritto

Il termine *cura* va inteso, quindi, non limitato alla sola dimensione terapeutica, bensì ampliato alla considerazione delle connessioni relazionali in cui il 'mal-essere' si inserisce e la malattia si sviluppa e alla predisposizione di tutti gli strumenti che possano ricostruire un effettivo lenitivo di tale situazione, al fine di ricostruire un nucleo di possibile 'ben-essere'. Così definito il suo significato e la sua dimensione vengono ad avere un'ampia area di intersezione con quella dell'esercizio di diritti.

Innanzitutto perché l'articolo 32 della Costituzione, prima ancora di riferirsi a "cure garantite" e a "trattamenti", in ciò declinandosi verso la dimensione strettamente di malattia, parla di "diritto alla salute", e, si riferisce necessariamente a un ambito più ampio, ricollegandosi ai doveri di "solidarietà politica, economica e sociale" e al compito di rimuovere gli ostacoli che "impediscono il pieno sviluppo della persona umana", quali impegni inderogabili per la Repubblica. In secondo luogo, perché la cura include le dimensioni di informazione, di prevenzione e di protezione.

Sull'informazione e la prevenzione si è molto scritto e anche discusso in Convegni e altre occasioni di dibattito. Esperienze positive sono realizzate in alcuni Istituti, mentre in altre la funzione medica resta tuttora ferma, anche in conseguenza di limitatezza dei numeri degli operatori e ripresa della crescita delle persone ristrette nonché accentuazioni di patologie espresse o latenti, alla prestazione medica di necessità. Questo aspetto della funzione medica di risposta appare particolarmente inefficace laddove sono frequenti le rotazioni dei sanitari, sulla base della

loro posizione contrattuale, e del tutto inaccettabile dove coinvolge la funzione degli psichiatri. La presenza di un servizio psichiatrico disconnesso dall'effettiva presa in carico della persona – spesso peraltro già precedentemente nota ai Servizi – e la molteplicità ricorrente degli psichiatri contrasta con la possibilità di un supporto psichiatrico che non si limiti a mere prescrizioni.

Esperienze, quindi, di informazione sanitaria e di prevenzione, di costruzione di una cultura del controllo dei propri comportamenti e di sistematico accesso a accertamenti e analisi soprattutto per malattie trasmissibili, sono realizzate in più Istituti e la loro diffusione va incoraggiata. Così declinando in modo più ampio la tutela del diritto costituzionale alla salute.

Va, infatti, sempre ricordato che il diritto alla salute non può essere ridotto, non solo all'interno ma anche all'esterno delle Istituzioni restrittive, alla mera opportunità per il singolo di vedere tutelata la propria salute. In sintesi, al diritto individuale ad acquistare sul mercato 'quote di servizi per la salute', secondo la propria disponibilità. Questa distorsione è alla base di molte ambiguità con cui viene dibattuta la crisi del modello di stato sociale nelle società occidentali e anche nel nostro Paese: si tende a una sorta di 'welfare individuale' e lo si propone come conquista di libertà, via via così scivolando verso forme regressive di democrazia censitaria. Lo Stato, per rendere esigibili i diritti, deve redistribuire risorse e tutelare l'effettivo e ugualitario esercizio dei diritti stessi, sottraendoli alle disparità, alle dinamiche del mercato, alle valutazioni di opportunità politica o alla capacità di singoli o gruppi. Questo fuori dalle mura carcerarie e ancor più all'interno di esse.

Si saldano così i due aspetti del diritto individuale alla tutela del proprio 'ben-essere' psico-fisico e del diritto sociale all'accesso alle forme di tutela della propria salute: si saldano i significati di cura come dimensione trattamentale e quello di cura come dimensione di complessiva educazione, gestione, consolidamento della possibilità di vivere in modo armonico anche le proprie difficoltà.

Tuttavia il diritto alla salute contiene anche altre due connotazioni. La prima riguarda quel terzo aspetto che affianca l'educazione e la prevenzione: la protezione. La seconda riguarda il diritto a vivere in un ambiente salubre.

La funzione del medico come attore della protezione della persona ristretta è, a mio parere, spesso carente. Mi riferisco a ciò che prescrive il Comitato europeo per la prevenzione della tortura quale strategia per prevenire maltrattamenti in carcere e per sanzionare quelli eventualmente accaduti. Scrive il Comitato: «Perché un'indagine su eventuali maltrattamenti sia efficace, è essenziale che le persone incaricate di condurla siano indipendenti da quelle implicate nei fatti». In questo il ruolo del medico è fondamentale per «contribuire alla prevenzione della violenza nei confronti delle persone detenute – continua il Comitato – attraverso la registrazione sistematica dei feriti e, se opportuno, fornendo informazioni generali alle autorità competenti», ribadendo più avanti che «Qualunque segno di violenza trovato durante uno screening medico svolto con il consenso del detenuto, deve essere appositamente registrato, con ogni dichiarazione relativa del detenuto e con le conclusioni del medico. Inoltre, questa informazione, deve essere resa disponibile al detenuto. Lo stesso approccio deve essere seguito ogni qual volta un detenuto venga esaminato da un medico in seguito a un episodio di violenza nel carcere o al suo rientro in carcere dopo essere tornato temporaneamente in custodia di Polizia per motivi legati all'indagine».

Sono principi che il Comitato ha espresso già nel suo *Secondo Rapporto Generale del 1992*. Sono principi che si saldano al nostro dettato costituzionale dell'articolo 13 il cui terzo comma stabilisce che «È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà», unica prescrizione penale inclusa dai Costituenti nella nostra Carta.

Ma, a fronte di tale absolutezza e di quella ribadita dall'articolo 3 della Convenzione europea per i diritti umani che vieta inderogabilmente ogni maltrattamento o tortura e, quindi, impone agli Stati l'obbligo di prevenire, indagare e perseguire gli autori, poco il Garante nazionale ha potuto

riscontrare in rapporti medici sommari, a volte acquiescenti con presunte ‘cadute per le scale o in doccia’, non rigorosi nella sistematica refertazione di quanto osservato, di quanto riportato dalla persona come causa di segni sul proprio corpo e della compatibilità tra quanto osservato e le cause addotte (1-3).

Credo che su questo aspetto ci sia ancora da fare molto nell’accentuazione dell’indipendenza del medico rispetto alle compatibilità e le criticità complessive dell’ambiente in cui opera. L’aver escluso il medico dal Consiglio di disciplina – così come ormai previsto anche dal più recente decreto adottato dal Governo – va nella direzione del rafforzamento della sua indipendenza e, quindi, potrà avere un effetto positivo anche nell’accentuare il suo contributo alla riduzione dell’impunità di chi commette maltrattamenti nei confronti di persone private della libertà e affidate, quindi, alla responsabilità dello Stato (4, 5).

La seconda connotazione riguarda il diritto a vivere in ambienti salubri. E anche a lavorare in ambienti salubri e dignitosi. Come ho avuto modo altre volte di osservare, riprendendo peraltro alcune puntuali osservazioni del costituzionalista Marco Ruotolo (6), la Costituzione indica tra le dimensioni del diritto alla salute l’autodeterminazione sanitaria, disponendo che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge» e che «la legge non può comunque violare i limiti disposti dal rispetto della persona umana». L’unico limite di tale autodeterminazione è dato dall’incidenza che le condizioni di salute della persona possono avere sul diritto alla salute degli altri. Ma, tale limite è fortemente dipendente dalle condizioni complessive e, quindi, il diritto all’autodeterminazione non può essere superato laddove l’incidenza sulla salute altrui non dipende dal soggetto, ma dalle insalubri condizioni degli ambienti. Quando cioè è la situazione detentiva in sé il veicolo di potenziali pericoli per le altre persone: in tali casi non possono essere poste restrizioni ai singoli bensì vanno rimosse le cause che rendono la situazione detentiva pericolosa. Ciò vale per ogni trattamento sanitario, inclusi quelli che attengono al disagio mentale.

Da qui discende innanzitutto l’ulteriore dimensione del diritto alla salute che è costituita dal diritto a un ambiente salubre. Sempre gli Organi internazionali ci ricordano come si articola tale concetto di salubrità. Leggiamo, infatti, che esso riguarda «le condizioni igieniche (pulizia dei vestiti e dei letti; accesso all’acqua corrente; installazioni sanitarie) il riscaldamento, l’illuminazione e l’aerazione delle celle [da noi camere di pernottamento]». Riguardano la necessità che siano «prese in considerazione le disposizioni sul lavoro e sull’esercizio all’aria aperta. Insalubrità, sovraffollamento, isolamento prolungato e inattività possono richiedere sia assistenza medica verso il singolo detenuto, sia un’azione più generale del servizio medico nei confronti delle autorità responsabili».

In questo caso la connotazione di indipendenza diviene condizione essenziale poiché impone di aprire a volte un dialogo costruttivo, ma franco con le Amministrazioni: mi chiedo quale controllo per esempio venga fatto sull’illuminazione e circa la capacità di potenzialità visiva in alcune sezioni di regime speciale previste dal nostro ordinamento.

Così ricomposte, le dimensioni del diritto alla salute, divengono contenuti di quel concetto olistico di cura che dovrebbe connotare l’intera funzione sanitaria all’interno di strutture fortemente connotate per essere privative della libertà, per ospitare persone molto spesso di intrinseca vulnerabilità, per essere vista e a volte proporsi come luogo del ‘mal-essere’.

Attuale situazione del disagio psichiatrico

Non è possibile tuttavia tracciare oggi delle linee su cura e tutela della salute in carcere senza soffermarsi – seppure brevemente – sul disagio psichico che attualmente abita corridoi e stanze delle strutture penitenziarie. Il rischio dell’enfasi è evidente: i detrattori dell’analogia rilevanza da

assegnare agli strumenti da mettere in campo per prevenire e affrontare patologie fisiche e quelli da predisporre per le patologie psichiche spesso amplificano un dato che è sempre stato ed è presente laddove si è chiusi all'interno di un microcosmo denso di complessità. Analoghi sono enfasi e stupore di chi intendeva e intende racchiudere il disagio psichico all'interno di un falsamente rassicurante vaso di Pandora, quale è stato – e per troppo tempo – l'Ospedale psichiatrico giudiziario che accoglieva in un indistinto luogo 'altro' internati, imputati e condannati, uniti dal proprio destino nel moderno lazzaretto. Ancora, si aggiunge a questi clamori chi non vuole leggere il disagio psichico all'interno del contesto socio-relazionale in cui esso si sviluppa e entro cui la patologia deve essere ricondotta, non certo per negarla quanto piuttosto per costruire percorsi possibili lungo i quali affrontarla: sempre con il principio cardine che l'esclusione non è mai una soluzione.

Questi scenari di difficoltà sono resi visibili in modo esasperato, spesso nella speranza di prevedere nuovi "luoghi", migliori di quelli del passato, diffusi nel territorio, ma pur sempre indifferenziati nella tipologia degli ospiti, uniti dall'insostenibilità comportamentale delle persone che non possono essere gestite secondo i normali canoni regolamentari e che richiedono un'attenzione, psicologica, farmacologica, trattamentale diversa. Uniti da uno status di disagio o di manifesta patologia che richiede altre cure rispetto a quelle previste per il disagio o le patologie fisiche. Del resto, la proposta di equiparare normativamente patologie fisiche e psichiche, abolendo l'articolo 148 del codice penale e ampliando la previsione di sospensione facoltativa dell'esecuzione penale, di cui tratta l'articolo precedente, per includere anche le 'infermità psichiche', non è stata accolta nel decreto sull'Ordinamento penitenziario approvato in base ad alcuni aspetti della legge di delega 23 giugno 2017 n. 103. Così i piani terapeutici predisposti da chi ha in carico il paziente e che prevedano al loro interno esperienze di sistemazione extra-muraria non possono essere implementati, se non attraverso l'adozione di una misura alternativa, nei limiti normativi per essa previsti.

Così il problema di coloro che, imputati e condannati, hanno sviluppato successivamente alla commissione del reato disagio e problemi di natura psichica, rimane all'interno delle mura del carcere. Rimane nelle 'Articolazioni per la tutela della salute mentale' (ATSM), a volte sedicenti tali, che accolgono un po' di tutto ciò che non è gestibile, inclusi i disturbi comportamentali, le patologie acclamate, le situazioni *border-line*. Vengono del resto assegnati a esse dall'Amministrazione penitenziaria, in molti casi senza la consultazione effettiva di chi ha la responsabilità di gestire il piano terapeutico; peraltro in un contesto di emarginazione dal resto della vita collettiva, salvo a volte ripetuti invii in strutture per l'osservazione che potrebbero in alcuni casi essere lette come mere possibilità di allentamento di tensioni all'interno della struttura che li ospita in modo continuativo.

Invece il concetto di disagio psichico richiede differenziazioni, analisi puntuali e contestualizzazione della sua origine, del suo svilupparsi e del suo futuro. Richiede risorse e continuità degli operatori di riferimento; richiede il riconoscimento della prevalenza dell'opinione medica sull'opinione amministrativa. Tutti terreni che sono ancora da conquistare.

Infine richiede la connessione territoriale, intesa anche come connessione terapeutica, ambientale e relazionale. Una connessione centrata su quella continuità che i Servizi psichiatrici di base dovrebbero garantire.

Non è possibile riproporre categorie di analisi e strumenti di intervento – ce lo ricorda l'insegnamento di Giulio Maccacaro – come elementi tecnici neutrali che prescindono dal soggetto a cui si applicano e dal contesto in cui egli è inserito. La cura è proprio nel comprendere i contesti e nel saper inserire la propria scienza medica – essenziale – all'interno di essi per modularla rispetto ai bisogni del paziente. Questo principio valido per ogni atto terapeutico e di attenzione direzionata verso il paziente, è ancora più necessario nel caso delle diverse patologie

che la psiche può presentare. Qui, i contesti sono elementi essi stessi del manifestarsi patologico e senza di essi non esiste intervento terapeutico. Tanto meno intervento di concreta presa in carico.

Può un'Articolazione ristretta all'interno di un universo claustrofilico assumere i contesti? Dobbiamo pensare che ciò sia impossibile e rassegnarci al mantenimento innocuo piuttosto che tendere a un minimo, ma significativo reinserimento per ciascuno, anche per chi sembra non poter accedere a reinserimenti di maggiore complessità?

Non rinunciamo in questo modo a quella funzione che il serpente di Asclepio indicava attraverso la sua muta?

Bibliografia

1. Palma M, de Robert D, Rossi E (Ed.). *Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale. Relazione al Parlamento, 2018.*
2. *Stati generali dell'esecuzione penale: documento finale. Rebibbia, 18-19 aprile 2016.* Roma: Ministero della Giustizia; 2016.
3. Murdoch J. *The Treatment of prisoners. European standards.* Strasbourg: Council of Europe; 2006.
4. Palma M. Epílogo. In: Rivera Beiras I (Ed.). *Descrcepción. Principios para una política pública de reducción de la cárcel.* Valencia: Tírant lo Blanch; 2017.
5. Palma M. Report on the Intramural Medicine in Italy. In: Tag B, Hillenkamp T (Ed.). *Intramurale Medizin im Internationalen Vergleich.* Berlin Heidelberg Springer-Verlag; 2008. p. 161-202.
6. Ruotolo M. *Dignità e carcere.* Roma: Editoriale scientifica; 2014.

ITALIA: MINISTERO DELLA SALUTE E RUOLO DELLE REGIONI

Carola Magni, Silvia Arcà

Ufficio 5°, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma

Introduzione

Come è noto, il ruolo del Ministero della Salute e delle Regioni nell'assistenza alla popolazione detenuta ha subito un decisivo consolidamento a partire dal 1° aprile 2008, data in cui la garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nell'istituzione carceraria è diventata pertinenza esclusiva del Servizio Sanitario Nazionale, e di conseguenza, materia concorrente secondo quanto disposto dal terzo comma dell'art. 117 della Costituzione. Pertanto, lo Stato (o il livello centrale) conserva esclusivamente competenza in ordine alla definizione dei principi di carattere generale, mentre le Regioni sono responsabili dell'organizzazione dei servizi e dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Ovviamente, a rendere ulteriormente complessa tale concorrenzialità è la circostanza che l'erogazione di prestazioni (in capo alle Regioni) garantite dai livelli essenziali di assistenza (in capo al Ministero della salute) si compie in spazi ristretti e "costretti" (in capo al Ministero della Giustizia), rigidamente disciplinati, tanto è che trovare la giusta mediazione tra i diversi "attori" è stato un impegno faticosamente perseguito dai diversi attori istituzionali a partire dalla riforma del 2008.

Infatti, fin dalla pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* del decreto, è stato necessario istituire tavoli tecnici dedicati nell'ambito della Conferenza Stato Regioni (CSR), con il coordinamento della Conferenza stessa, per trovare adeguate forme di collaborazione tra ordinamento sanitario e ordinamento penitenziario relativamente al trasferimento delle funzioni, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali. In altre parole, la Conferenza ha svolto il ruolo di facilitatore/mediatore della discussione e di promotore di iniziative e azioni tese a ricercare regole unitarie di gestione dell'assistenza sanitaria nel più ampio mondo penitenziario.

Stato dell'arte

Come è facile immaginare, è stato un percorso che ha avuto in alcune fasi importanti momenti di discussione, data la complessità di riprodurre il complesso universo del sistema sanitario negli spazi confinati del sistema penitenziario, anche tenendo conto della grande eterogeneità dei servizi sanitari regionali, e contestualmente garantire parità di diritto alla salute e dei livelli di assistenza anche alla popolazione carceraria.

Tuttavia, il volere comune, o piuttosto la necessità di definire con chiarezza ruoli, funzioni e azioni di ciascuna istituzione hanno indirizzato le iniziative prese che, in alcuni casi, si sono concretizzate nella adozione di alcuni importanti accordi, in materia di assistenza ai minori, di rilevazione delle prestazioni erogate attraverso i flussi informativi, di gestione e informatizzazione dei dati sanitari, piuttosto che di organizzazione dei servizi sanitari all'interno degli istituti penitenziari, oppure di prevenzione del rischio suicidario nella popolazione adulta o minorile oppure di gestione delle malattie infettive.

Alcuni dei documenti prodotti avevano effettivamente una natura prettamente programmatica, mentre altri indubbiamente si ponevano obiettivi alti di sistema, certamente condivisi e condivisibili, quasi universali che, in alcuni casi restano tuttora privi di una concreta applicazione nel mondo reale del carcere. Ma d'altronde fino al 2008 l'incontro tra mondo sanitario e mondo carcerario era impossibile.

E dunque, mi viene da dire che si è dovuto partire dalle questioni di base, richiamando, o in alcuni casi introducendo, alcuni principi centrali del funzionamento del servizio sanitario, a partire dalla compilazione della ricetta rossa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel carcere e dall'obbligatorietà di alimentazione del flusso informativo dedicato, gestito dal Ministero dell'economia e finanze; oppure, precisare le modalità di gestione delle emergenze sanitarie e di erogazione di prestazioni nelle strutture sanitarie extra-carcere, per evitare i ripetuti ricoveri o accessi al pronto soccorso di detenuti in assenza di una reale condizione di acuzie.

A mio parere tuttavia, una delle questioni più delicate che sono state affrontate dal Ministero e dalle Regioni, è stata l'esigenza di ripensare le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria nelle strutture carcerarie alla luce del trasferimento delle competenze; questa necessità è emersa anche in conseguenza del monitoraggio svolto dal tavolo tecnico costituito presso la Conferenza unificata, che aveva messo in luce criticità e disparità sulla gestione, condivisa o meno, delle problematiche sanitarie del detenuto, sia con riferimento alla difficoltà di inserire detenuti con patologie nelle strutture sanitarie appropriate, rispettando contemporaneamente le esigenze penitenziarie e di giustizia, sia infine, in merito a tematiche più prettamente organizzative e programmatiche dei servizi sanitari predisposti dalle Regioni.

Sulla base di tali criticità si è dunque deciso di stabilire indirizzi comuni su alcuni elementi costitutivi dell'assistenza sanitaria alle persone detenute.

In particolare, si è condivisa l'idea che l'organizzazione dei servizi sanitari penitenziari regionali dovesse sposare l'ottica della rete programmata e costruita secondo un gradiente di complessità organizzativa e funzionale crescente e dunque, seppure nel rispetto dell'autonomia regionale, sono state individuate le diverse tipologie di servizi sanitari penitenziari che le Regioni devono considerare nel programmare la propria offerta intra-penitenziaria, territoriale e ospedaliera tenuto conto dell'offerta di strutture e servizi già esistente, della capienza dell'istituti penitenziari sul territorio e del flusso di ingressi e di presenze, delle sedi penitenziarie con specifiche tipologie di detenuti (pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, con malattie infettive) o con specifiche strutture sanitarie interne che prevedono la continuità assistenziale medica e infermieristica sulle 24 ore, e infine della possibilità di realizzare Sezioni dedicate e specializzate di Assistenza Intensiva (SAI), dotate di equipe multi-professionale integrate.

Forse per molti, ragionare ancora oggi in termini di progettazione dell'offerta sanitaria assistenziale sul territorio in base al fabbisogno di cure rilevato, appare obsoleto e anacronistico, anche alla luce delle recenti richieste di maggiore autonomia da parte di alcune Regioni, ma si sa bene che la sanità penitenziaria è un'area che, a causa della sua nota complessità intrinseca, ha richiesto e richiede tempi di programmazione e realizzazione differenti da altre aree dell'assistenza sanitaria.

Ad ogni modo, queste indicazioni hanno trovato sistematizzazione formale nell'accordo del 2017, che prevede, tra le altre azioni, anche il monitoraggio da parte del tavolo tecnico presso la CSR dello stato di attuazione da parte delle Regioni e delle Pubbliche Amministrazioni.

Residenze per l'esecuzione delle misure alternative

A mio parere, una riflessione a parte deve essere dedicata alle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) che hanno richiesto specifici interventi da parte delle istituzioni

interessate, soprattutto considerando la loro nuova vocazione propriamente sanitaria, in luogo di quella mista o più tipicamente detentiva degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Le REMS sono una fattispecie nuova nel panorama delle tipologie di servizi sanitari, ed è stato necessario un lungo lavoro di raccordo e accordo tra le diverse istituzioni per rendere compatibili le esigenze di sicurezza e le funzioni sanitarie, tenuto conto dell'inevitabile impatto mediatico e sociale che avrebbero suscitato. Tuttavia, forse proprio per la loro peculiarità, sono le uniche strutture per le quali è stato possibile definire concretamente i requisiti tecnologici, strutturali e organizzativi minimi richiesti per poter assolvere le previste funzioni sanitarie e di sicurezza, e per le quali si è individuata chiaramente la dotazione organica minima di personale sanitario previsto per singolo nucleo assistenziale (dotato di 20 posti letto). È una evidente anomalia nella autonomia regionale in materia di accreditamento. Di fatto il lavoro congiunto dei Ministeri e delle Regioni ha consentito il raggiungimento di questo risultato. Ben diversa, tuttavia, appare la situazione circa i tempi di conclusione del programma di realizzazione di tali strutture, perché in molti casi il fabbisogno che ciascuna Regione ha stabilito come necessario per il proprio territorio non risulta ancora soddisfatto, nonostante risorse economiche stanziare e vincolate sia in conto capitale che per la parte corrente a partire dal 2012.

Più in generale, a distanza di 10 anni dalla riforma, dovremmo poter pensare che si sia conclusa la fase progettuale del sistema sanitario in ambito penitenziario e dovremmo poter cominciare a parlare di gestione e rilevazione delle prestazioni erogate; tuttavia, ancora oggi, sono evidenti i ritardi e le difficoltà di management della sanità penitenziaria da parte delle Regioni, per motivi talvolta intrinsecamente legati all'applicazione della normativa sanitaria (es. utilizzo della ricetta rossa elettronica), o alla disponibilità di locali, strumenti o tecnologie aggiornate, oppure alla carenza di personale medico specialistico e infermieristico sanitario adeguato a rispondere alle problematiche sanitarie della popolazione detenuta.

Conclusioni

In realtà a tutt'oggi non è ancora possibile una analisi puntuale attraverso i flussi sanitari nazionali delle prestazioni erogate negli istituti carcerari, né tanto meno è possibile fare valutazioni in termini di appropriatezza dell'assistenza e di fabbisogno sanitario soddisfatto. In un futuro prossimo, però, sarà indispensabile sviluppare un'azione sistematica di monitoraggio e di confronto con le Regioni sulla assistenza sanitaria offerta.

COMUNICAZIONE SCIENTIFICA ED EQUITÀ PER LA SALUTE: UN RINNOVATO IMPEGNO DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Paola De Castro (a), Raffaella Bucciardini (b)

(a) Servizio Comunicazione Scientifica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Centro nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Nel contesto di questo volume dedicato alla salute nella polis penitenziaria desidero rappresentare con questa breve nota il duplice impegno dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nell'ambito della comunicazione scientifica e della equità per la salute con l'obiettivo di far emergere il valore che tale impegno può rivestire anche nell'evoluzione della medicina penitenziaria e nella progettazione di nuovi modelli operativi.

Il filo rosso che lega i due ambiti di attività è rappresentato dalla volontà di coniugare l'attività di comunicazione e disseminazione delle evidenze scientifiche – sulle quali si fonda il lavoro del ricercatore – con il concetto più nuovo di equità per la salute. Questo duplice impegno è preso in carico con piena consapevolezza dall'ISS con l'obiettivo di rendere fruibili i risultati della ricerca a tutti i portatori di interesse, a prescindere dalla loro classe di appartenenza o condizione sociale, perché la salute è un diritto di tutti e perché nessuno debba rimanere indietro.

La comunicazione della scienza di cui oggi tanto si parla, ahimè anche in assenza di evidenze scientifiche, è una grandissima responsabilità di chi fa ricerca: è un impegno verso la società che ogni ricercatore dovrebbe assumere e sentire al pari della responsabilità già assunta per le attività di ricerca. L'ISS che nasce, nel 1934, proprio per tutelare la salute di tutti, sin dalla sua istituzione ha riconosciuto l'importanza di diffondere i risultati delle proprie ricerche. Nel passato ciò avveniva principalmente attraverso la pubblicazione di articoli in riviste scientifiche nazionali e internazionali e attraverso una produzione editoriale propria (la prima rivista dell'ISS è 1938, e le prime serie di rapporti tecnici sono degli anni '70 del secolo scorso) ai quali si affiancavano comunicazioni a congressi e una importante attività di formazione; oggi alle attività di comunicazione più tradizionali si affiancano nuovi canali di comunicazione social e multimediale e la formazione a distanza, ambedue resi possibili dalle tecnologie digitali. L'impegno dell'ISS sul versante della comunicazione si va sempre più potenziando con una più chiara definizione delle strategie e delle politiche di disseminazione dei risultati della ricerca che poi devono trovare attuazione nella pratica quotidiana attraverso l'impegno di tutti i ricercatori, riconoscendo che l'informazione scientifica, in particolare quella che riguarda la salute, è un valore prezioso per ogni persona e che tutti dovrebbero essere in grado di cercare, comprendere e utilizzare le informazioni che riguardano la propria salute per effettuare poi scelte consapevoli, secondo le logiche dell'*Health information literacy* di cui oggi si riconosce pienamente l'importanza.

L'ISS, nella sua nuova mission e vision sancite con il Regolamento del 2016, è fortemente impegnato nella condivisione delle evidenze scientifiche a tutti gli stakeholder secondo un modello di scienza democratica, *open science*, che utilizza anche linguaggi diversi e innovativi per garantire a tutti un accesso all'informazione equo, gratuito e proporzionato ai bisogni.

Su un binario parallelo si sviluppa più recentemente l'impegno dell'ISS per il contrasto alle disuguaglianze sociali di salute che oggi rappresenta una grande sfida per il mondo civile.

Il tema delle disuguaglianze di salute richiede, anche in questo caso, piena consapevolezza e coinvolgimento di tutti gli stakeholder, *in primis* le istituzioni per poter avviare azioni di contrasto proporzionate ai bisogni dei diversi strati sociali e definite in base alle migliori pratiche

disponibili. A questo fine una Task force per le diseguaglianze di salute che ha riunito tutte le strutture ISS è stata appositamente istituita nel 2018, anche se la tematica era stata ed è affrontata trasversalmente in diversi progetti istituzionali già da prima dell'istituzione della task force.

Ambedue le attività sopra descritte, comunicazione della scienza e contrasto alle diseguaglianze di salute, rappresentano oggi per l'ISS una sfida certamente non facile che necessita di un approccio pluridisciplinare e dell'impegno sinergico di diverse professionalità, imprescindibili per il buon esito delle attività stesse.

In questo contesto, l'ISS può assumere un ruolo importante anche per contribuire a colmare carenze di informazione scientifica e diseguaglianze di salute nell'ambito della medicina penitenziaria con l'obiettivo di tutelare meglio una popolazione che presenta elementi diversi di vulnerabilità ivi inclusi i diritti dei pazienti, degli operatori e dei decisori, e di mettere a sistema le diverse competenze istituzionali.

L'auspicio è che questo volume possa rappresentare un utile strumento conoscitivo e soprattutto contribuisca ad innescare un meccanismo virtuoso per lo sviluppo di azioni concrete e sinergiche attraverso il coinvolgimento diretto dei ricercatori ISS e dei diversi attori del mondo carcerario, al fine di costruire insieme nuovi e più efficienti modelli organizzativi che potrebbero essere ben supportati dall'auspicabile sviluppo di iniziative di formazione, anche a distanza, in grado di raggiungere e coinvolgere il più possibile l'intera platea degli stakeholder.

SCIENZE MEDICHE PENITENZIARIE: VERSO UNA NUOVA DEFINIZIONE DI MEDICINA IN CARCERE?

Sandro Libianchi (a, b), Angelo Cospito (c), Rosanna Mancinelli (d)

(a) *Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane, Roma*

(b) *Unità Operativa "Salute penitenziaria", III Casa Circondariale, Complesso Polipenitenziario di Rebibbia - ASL Roma 2*

(c) *Azienda Socio Sanitaria Territoriale "San Paolo e Carlo", Milano*

(d) *Centro Nazionale Sostanze Chimiche, Prodotti Cosmetici e Protezione del Consumatore, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione

L'esercizio della medicina per l'assistenza alle persone detenute presenta significative peculiarità in quanto il compito di prevenzione, diagnosi, cura deve essere svolto in condizioni particolari dovuti alla situazione limitativa imposta al paziente e in una maniera compatibile con la sicurezza della struttura e del paziente detenuto. Il rapporto tra Medicina e detenzione è quindi particolarmente complesso e delicato e la situazione attuale parte prende avvio le mosse dal 1978 che è stato un anno determinante per la Sanità in Italia. Due provvedimenti legislativi promulgati allora, avrebbero condizionato i successivi 50 anni di assistenza sanitaria ai cittadini italiani. La Legge 13 maggio 1978, n. 180 ("Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori") e la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 ("Istituzione del servizio sanitario nazionale") sancivano due principi importantissimi: quello del cittadino di essere sempre assistito dallo Stato in maniera uguale per tutti, abolendo i vetusti "Enti assistenziali" e quello che la sua libertà non poteva essere condizionata rinchiudendolo in strutture manicomiali ancorché presentasse una malattia di mente. Eppure, stupisce ancora oggi come col trascinarsi di questa idea di parità e libertà non fossero stati neanche considerati una categoria particolare di cittadini, i detenuti, che la libertà non l'avevano per definizione. Così, per un malinteso senso di giustizia alcune leggi (Legge 740/1970, Legge 354/1975), di fatto esclusero dal sistema sanitario nazionale questo gruppo di persone che forse più di ogni altra avevano bisogno di cure e attenzioni. I vecchi medici di allora ancora raccontano di condizioni impietose in cui avrebbero dovute essere curate queste persone, quando malate. In quegli anni imperversavano le infezioni tubercolari, la sifilide, le polmoniti e la legge non prevedeva una sistematica fornitura di medicine in carcere, se non in maniera estremamente ridotta. Le sezioni dei 'Dispensari Antitubercolare Provinciali' non entravano in carcere se non rarissimamente, le altre medicine erano fornite dai medici di medicina di base su campionatura o contributo caritatevole e quando se ne trovava uno disposto a visitare in carcere, questi lo faceva per puro spirito umanitario od in virtù di un rapporto di amicizia con il direttore dell'istituto. Negli anni, molto lentamente, si è venuto a creare una sorta di servizio sanitario parallelo alla sanità del Paese, per lo più sganciato dall'evoluzione organizzativa e culturale del Servizio Sanitario Nazionale e discretamente insufficiente nel suo complesso. In questi contesti non esisteva il concetto di privacy che ancora oggi è difficile da ottenere sul campo, non era previsto alcun tipo di consenso informato od informative sulle proprie condizioni di salute e l'importante era solo di accertarsi della firma del detenuto sotto la dizione 'rifiuto di eseguire...' o 'rifiuto di assumere...', laddove c'era opposizione da parte sua. Non esisteva il concetto stesso di Educazione alla Salute, per cui l'informazione era sempre ridotta al minimo, anche forse per non fornire eventuali

elementi di rivalsa nei confronti dell'istituzione, qualora qualcosa non fosse andato a buon fine. Il rapporto fiduciario con i curanti resta un tema aperto e talvolta conflittuale.

Proposta

Queste disuguaglianze rispetto alla popolazione generale, sebbene ridotte, oggi ancora rappresentano un problema etico e morale in quanto differenze evitabili, non necessarie e inique (1) e pochi sono gli interventi di salute pubblica con un potenziale positivo maggiore della riduzione delle disuguaglianze che ogni anno causano 1,3-2,5 milioni di anni di vita persi (2). Anche le grandi organizzazioni della sanità (come la World Health Organization) hanno più volte sottolineato l'importanza della giusta presa in carico di questa 'key population': "... prisoners are the community. They come from the community, they return to it. Protection of prisoners is protection of our communities." (3). Il 2 febbraio 1997, sotto la pressione di decise istanze da parte degli operatori delle carceri nei confronti dei policy maker dell'allora governo, tre ministri della Repubblica (Giustizia, Sanità, Affari Sociali), per la prima volta, si riunirono presso la sala-teatro del carcere di Rebibbia per discutere del tema dell'assistenza sanitaria in carcere, concordando sull'esigenza di innovare profondamente il sistema. Il 30 novembre 1998, con Legge n. 419 (art. 5), il Governo ebbe la delega ad avviare la grande riforma che grazie all'incessante opera di sostegno e stimolo di Leda Colombini (ex parlamentare) e Bruno Benigni (ex assessore alla Sanità della Toscana), dei quali ci è grata l'occasione per ricordarne la figura e la grande opera svolta a favore della sanità in carcere. Negli anni seguenti numerosi sono state le norme che hanno segnato il percorso della 'Nuova Medicina Penitenziaria', ma solo nel 2008 con il DPCM del 1° aprile e i numerosi Accordi e intese sottoscritti in Conferenza Unificata, si sono ottenuti tutti gli strumenti per attuare una reale Riforma del settore. La definizione stessa e la cornice culturale entro la quale possa trovare una giusta e utile collocazione il concetto di medicina penitenziaria, rappresentano oggi tema di dibattito tra gli addetti ai lavori e ancora un obiettivo importante da raggiungere. Perciò viene qui di seguito proposta una definizione di Medicina penitenziaria elaborata sulla base di dati scientifici e di consolidate esperienze sul campo, quale risultato del lavoro congiunto di coloro che hanno aderito al gruppo di ricerca dell'Accordo di collaborazione scientifica inter-istituzionale dedicato alle problematiche di medicina penitenziaria.

Tale definizione ha l'obiettivo di fissare alcuni "concetti cardine" su cui poter adattare e integrare le modificazioni della realtà sociale e le esigenze che via via si paleseranno:

- La medicina penitenziaria e la tutela della salute in carcere sono il complesso di funzioni sanitarie svolte all'interno degli istituti di detenzione per adulti e minori e di una parte della Area Penale Esterna per alcuni specifici settori laddove siano applicate delle misure alternative (tossicodipendenza, salute mentale, ricovero ospedaliero, ecc.). Essa integra funzioni cliniche, di prevenzione, sociosanitarie in ragione di specifici vincoli ordinamentali.
- La specificità di tale sistema di assistenza è costituita dalle strutture fisiche di esecuzione penale, dagli utenti portatori di specifiche problematiche giudiziarie e fisiche, dal sistema giudiziario, da quello penitenziario, dall'Autorità Giudiziarie.
- La medicina penitenziaria e la tutela della salute in carcere, sebbene non riconosca specifiche patologie ad etiopatogenesi esclusivamente carceraria, anche in frequente concomitanza ambientale, mette in atto speciali interventi sanitari rispetto allo specifico contesto, coniugando finalità istituzionali di garanzia di salute e di sicurezza.

La proposta è un invito a stimolare e avviare un confronto ampio con gli operatori di settore al fine di arrivare ad una proficua condivisione della definizione di medicina penitenziaria e, di conseguenza, alla condivisione di nuove strategie di intervento.

Bibliografia

1. Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe; 2000;
2. World Health Organization. *Fair Society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England*. Geneva: WHO; 2010.
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): *Statement on HIV/AIDS in Prisons*. 2011;
4. Italia. DPCM 1° aprile 2008: “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. *Gazzetta Ufficiale* n. 126, 30 maggio 2008.
5. Italia. Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230. Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale* n. 165 Supplemento Ordinario n. 132, 16 luglio 1999.

Normativa

TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE E MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE INTRAMURARIA: STATO DELL'ARTE E PROBLEMI EMERGENTI

Marco Patarnello

Magistrato di Sorveglianza, Tribunale di Sorveglianza di Roma, Ministero della Giustizia, Roma

Introduzione

Il tema della tutela della salute in carcere è oggetto di trattazione sotto più profili in questo volume, innumerevoli essendo gli aspetti coinvolti e le discipline che li caratterizzano: mediche, etiche, organizzative, amministrative, economiche, giuridiche, financo tecnologiche.

Per gli aspetti più specificamente attinenti il ruolo e le competenze della magistratura di sorveglianza vengono in rilievo innanzitutto i profili giuridici e le connesse decisioni giurisdizionali.

Ma la magistratura di sorveglianza, oltre ai compiti propriamente giurisdizionali, ha anche un consistente ruolo di vigilanza che attiene a molteplici aspetti, fra i quali senza dubbio rientra anche il rispetto del diritto alla salute del detenuto e le soluzioni organizzative e normative poste a presidio di esso. Del resto, lo stesso concetto di "salute" è suscettibile di diverse declinazioni e per lo più non si ritiene circoscritto al risvolto opposto al concetto di "malattia", peraltro anch'esso non privo di insidie e di letture differenti, clamorosamente in materia psichiatrica, ma non solo. E proprio la complessità e in un certo senso la circolarità del concetto di salute che spinge molti ad avvicinarlo all'ancor più dilatato e scivoloso concetto di "benessere", la cui declinazione "penitenziaria" risulta particolarmente difficoltosa se non francamente velleitaria. Nondimeno è evidente che sulla concretezza della tutela della salute in carcere hanno diretta ricaduta tutta una serie di profili certamente lontani dalle specifiche problematiche sanitarie o patologiche, basti pensare alle condizioni igieniche, al grado di promiscuità, al sovraffollamento e, perché no, allo stesso "clima" proprio di ciascuna struttura, più o meno attenta al rispetto delle regole interne. Allo stesso modo anche le tematiche connesse alla gravidanza e alla maternità (o, più in generale, alla genitorialità) che caratterizzano parte rilevante della disciplina dell'esecuzione penale non possono certo dirsi aliene dal perimetro della tutela della salute.

La natura del committente e quella essenzialmente tecnica e operativa del presente lavoro mi spinge, tuttavia, a soffermarmi essenzialmente sulle problematiche spiccatamente sanitarie e su come esse possano avere ricadute sul regime e sul luogo di detenzione e in particolare sulle misure alternative alla detenzione.

Salute fisica e la salute psichica: una distinzione problematica

A fronte di un cammino sociale e culturale sempre più orientato verso una visione specialistica e settoriale delle problematiche e delle discipline tecniche (fra cui senza dubbio rientra la scienza medica), è sempre più visibile un'acquisizione di consapevolezza della natura unitaria dell'uomo, poco conciliabile con distinzioni anche meno difficoltose di quella in esame. Pur senza proporre

una visione “olistica” delle problematiche sanitarie e patologiche, che particolarmente nel settore in esame ci condurrebbe fuori strada, non v’è dubbio che la distinzione fra questi due versanti della salute è foriera di problemi e tradisce un bisogno di linearità e di sicurezza, più che esigenze propriamente mediche.

Come si vedrà più compiutamente nei paragrafi successivi, la distinzione menzionata è codificata normativamente innanzitutto negli articoli 147 e 148 del codice penale ed è alla base di percorsi detentivi assai differenti. In particolare, mentre il Legislatore ha previsto il differimento facoltativo della pena per il condannato che versi in condizioni di “grave infermità fisica”, ben altra disciplina ha previsto per il condannato affetto da infermità psichica, il cui destino resta intramurario. Non è conseguenza da poco ed è dubitabile che essa sottenda l’esigenza di dare risposte il più possibili aderenti ai problemi dei pazienti detenuti.

Non c’è dubbio che soppesare la sofferenza che comporta la detenzione in condizioni di grave infermità psichica o le possibilità di cura (intramurarie o extramurarie) della malattia psichiatrica è attività quanto meno fallace, se non velleitaria, ma questo non significa che vi siano concrete differenze, dal punto di vista della salute del detenuto, rispetto alla sofferenza o al bisogno di cura e assistenza che gli derivino da una grave infermità fisica.

Per queste ragioni la distinzione proposta dal codice penale – e ancor più le conseguenze così diverse ad essa riconducibili – sono state sempre oggetto di dibattito e di critica, fra gli operatori del settore, tanto che la recente “bozza” di riforma del diritto penitenziario, nella versione proposta dal Ministro Orlando, aveva proposto di eliminarla, abolendo l’art. 148 del codice penale e estendendo alla grave infermità psichica la medesima possibilità di differimento facoltativo della pena previsto dall’art. 147 del codice penale per la grave infermità fisica. Ma tale ipotesi di riforma è abortita con il cambio di Legislatura e sembra improbabile che a breve essa ritorni all’ordine del giorno del dibattito politico e culturale.

Del resto, in una materia così delicata e scivolosa come il governo della libertà personale delle persone condannate anche per gravissimi reati, le insidie di una disciplina che consente di fondare sulla controversa e difficile valutazione della malattia psichica l’ipotesi del conseguimento della libertà mette in crisi ogni bisogno di certezza e di affidabilità dell’esecuzione della pena e – in definitiva – di sicurezza sociale percepita. E con questo è necessario confrontarsi. Come vedremo più avanti, la giurisprudenza ha già da tempo fornito una propria parziale risposta alla stridente rigidità della distinzione segnalata e alle gravi conseguenze che la caratterizzano, recuperando alla disciplina della grave infermità fisica anche le conseguenze su di essa eventualmente prodotte dalla infermità psichica. Ma la più gran parte dei problemi derivanti da questa distinzione restano sul tappeto e allo stato attuale non hanno risposta.

C’è, però, da chiedersi se la soluzione del problema non debba essere cercata in una direzione differente da quella che miri alla semplice equiparazione di queste diverse forme di infermità. L’equiparazione normativa della disciplina sulla grave infermità psichica a quella della grave infermità fisica scioglierebbe con un taglio netto un nodo gordiano e lo farebbe senza costi economici, semplicemente consentendo il differimento della pena e, in definitiva, la possibilità di ottenere la libertà o quanto meno la detenzione domiciliare. Ma non sempre ci sono soluzioni semplici a problemi complessi. Soprattutto non sempre i problemi complessi possono essere risolti senza investimenti di risorse.

Differimento obbligatorio della pena

Con riferimento ai profili sanitari di interesse, l’art. 146 del codice penale dispone innanzitutto il differimento obbligatorio della pena per coloro che siano affetti da AIDS conclamata o da grave immunodeficienza, accertate secondo quanto definito con Decreto del Ministro della salute (di

concerto con quello della Giustizia). Allo stesso modo prevede il differimento obbligatorio anche per coloro che siano affetti da “altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione, quando la persona si trova in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario [...], ai trattamenti disponibili e alle terapie curative”.

Esso pone una disciplina di strettissima applicazione, che attualmente non occupa con particolare ricorrenza le aule di udienza della magistratura di sorveglianza, diversamente da quanto è avvenuto nel recente passato.

La ragione di ciò è da ricondurre ad una disciplina sufficientemente precisa, ad una giurisprudenza oramai consolidata e, per quanto attiene all’AIDS, ad una conoscenza medica oramai evoluta e attrezzata. Oggi l’AIDS è una malattia ben conosciuta e fronteggiabile, non vi sono problemi emergenti o aperti che non siano stati adeguatamente disciplinati e soppesati sulla base delle migliori conoscenze mediche; infatti le oramai poche domande di differimento per AIDS conclamata o grave immunodeficienza pervengono alla magistratura di sorveglianza per lo più già corredate degli elementi necessari alla decisione mediante un’idonea relazione sanitaria, documentata con quanto necessario per decidere.

Qualche problema concreto si pone ancora con riferimento alle altre malattie particolarmente gravi che non consentano in nessun modo la permanenza in carcere senza un pregiudizio irrimediabile, a causa della fase particolarmente avanzata della malattia, tale da non rispondere più alle cure o ai trattamenti sanitari. Ma la giurisprudenza ha chiarito la portata rigorosa della norma e la sua concreta applicazione è circoscritta a casi eccezionali, propri di uno stadio finale di una malattia incurabile. In questo senso basti citare Cassazione Sez. 1, n. 41580 del 1.10.09, Rv245054, o, ancora, Cassazione Sez. 1, n. 42276 del 27.10.10, Rv. 249019, che costituiscono i punti di riferimento più maturi e richiamati.

Differimento facoltativo della pena

Più delicato il fronte del differimento facoltativo per grave infermità fisica, in relazione al quale vi sono maggiori problematiche applicative – soprattutto di natura più strettamente sanitaria o medica – di cui alcune ancora aperte.

A fronte della norma – art. 147 del codice penale – che stabilisce che “L’esecuzione di una pena può essere differita [...] se [...] deve essere eseguita contro chi si trova in condizioni di grave infermità fisica”, la giurisprudenza di legittimità ha ripetutamente chiarito che per il differimento facoltativo per gravi motivi di salute, pur non richiedendosi necessariamente un’incompatibilità assoluta fra la patologia accertata e lo stato di detenzione carceraria del soggetto, è necessario che l’infermità o la malattia da cui è affetto il condannato sia tale da comportare un serio pericolo di vita o da non poter assicurare la prestazione delle adeguate cure mediche nell’ambito carcerario, neppure facendo ricorso alle strutture sanitarie esterne ex art. 11 dell’Ordinamento Penitenziario (O.P.), o comunque tale da far sì che l’espiazione della pena, per le sofferenze aggiuntive concrete, eccessive e ingiustificate e di entità non tollerabile che ne derivano, avvenga in spregio del diritto alla salute o più esattamente al senso di umanità che deve improntare il trattamento dei detenuti, ledendone il nucleo essenziale della dignità umana (Cass. Sez. 1, n. 5732 del 8.1.13, Rv 254509; Cass. Sez. 1, n. 972 del 14.10.11, Rv 251674, ecc.). Compete, poi, all’Autorità Giudiziaria di valutare, soppesare e temperare l’esigenza di tutela della collettività con l’eventuale sottoposizione alla detenzione domiciliare o in luogo di cura idoneo, evitando un’abnorme afflittività della pena, secondo il canone applicativo previsto dall’art. 47ter, c. 1ter, O.P., per il tempo necessario.

Com'è evidente, sebbene possa consentire la collocazione in detenzione domiciliare, non si tratta di una misura alternativa, bensì di un differimento della pena, vale a dire la presa d'atto che non vi sono le condizioni di salute che possano consentire quella che è considerata l'ordinaria esecuzione penale: non si valuta, dunque il percorso di risocializzazione e rieducazione del condannato, ma le sue condizioni di salute.

Questa è una delle disposizioni a tutela della salute più invocate e reclamate dai detenuti e che maggiormente affollano le aule di udienza del Tribunale di Sorveglianza, anche perché essa consente di superare ogni ostacolo normativo proprio delle misure alternative e dunque anche l'ostatività per determinate tipologie di reato prevista dall'art. 4bis O.P.: se le condizioni di salute sono incompatibili con il regime carcerario lo sono a prescindere dalla tipologia di reato posta in essere dal condannato.

Tuttavia è bene ricordare che si tratta pur sempre di un differimento facoltativo della pena, come recita la stessa rubrica. Ciò vuol dire che, pur non trattandosi di una misura alternativa, il giudice ha comunque l'onere di porre in comparazione con le condizioni di salute del condannato anche la sua pericolosità sociale e le esigenze di tutela della collettività.

Si tratta di un istituto che per quanto attiene alla tutela della sola salute fisica e pur con le difficoltà applicative proprie di una disciplina fondata su concetti astratti e scivolosi come quello di grave infermità, risponde bene alle esigenze per le quali è stato pensato, completando il quadro dei presidi di tutela della salute dei detenuti. Se, infatti, in linea di principio potrebbe apparire difficile immaginare ricorrenti e serie situazioni di incompatibilità nell'ambito di un regime carcerario che consente, addirittura, di fare ricorso senza limiti all'utilizzazione di strutture sanitarie esterne (per esami o ricoveri) in ogni occasione in cui ciò risulti necessario o opportuno, in linea pratica non è affatto così: non è affatto detto che tale ricorso venga concretamente praticato, che sia concretamente possibile, che sia risolutivo o che costituisca semplicemente la soluzione idonea del caso, mille essendo le concrete ipotesi di inadeguatezza o impraticabilità di tale soluzione; soprattutto quando sotto il concetto di tutela della salute sia sussunto quello di integrità del nucleo incompressibile della dignità umana, come ha stabilito la giurisprudenza sopra richiamata.

Su questo terreno il ruolo del sistema sanitario intramurario e del suo dirigente è decisivo, non solo perché ha il compito delicatissimo di "monitorare" e proteggere la salute del condannato, se del caso predisponendo e rendendo operativi i ricorsi alle strutture esterne secondo la migliore valutazione delle esigenze del caso concreto, ma anche perché ha il delicatissimo compito di interfacciarsi con la direzione dell'Istituto e con il magistrato di sorveglianza su tutti tali aspetti, mettendo prontamente e compiutamente in evidenza i casi che potrebbero trovarsi nella necessità di ottenere un'apertura all'esterno o comunque versare in una situazione di incompatibilità, fermo restando che il servizio sanitario, anche intramurario, ha il compito – anche deontologico – di occuparsi e tutelare la salute del paziente e non di soppesarne gli aspetti medico legali.

Infermità psichica sopravvenuta al condannato

Come si è già anticipato, attualmente è probabilmente questo il fronte di maggiore debolezza della tutela della salute in carcere. Lo era già nel passato, allorquando si decise di separarne le sorti da quelle della salute fisica, ponendo in essere la disciplina descritta nell'art. 148 del codice penale, lo è particolarmente oggi, che lo stesso art. 148 è stato svuotato di buona parte dei contenuti, fino a dubitarsi della sua vigenza. Ma procediamo con ordine.

L'art. 148 del codice penale stabilisce che "Se, prima dell'esecuzione di una pena [...] o durante l'esecuzione, sopravviene al condannato una infermità psichica, il giudice, qualora ritenga che l'infermità sia tale da impedire l'esecuzione della pena, ordina che questa sia differita o

sospesa e che il condannato sia ricoverato in un manicomio giudiziario, ovvero in una casa di cura e custodia...”.

Dalla lettura della norma già balza agli occhi la diversa sorte del condannato malato di una infermità psichica rispetto a quello malato di una infermità fisica, sia pure grave: il differimento della pena in libertà o in detenzione domiciliare, per quest’ultimo, il manicomio giudiziario – o Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) – per il primo.

La constatazione di cosa fossero diventati i cosiddetti OPG ha giustamente indotto il Legislatore a cancellarli.

L’intervento riformatore è stato complesso e si è articolato attraverso numerosi passaggi legislativi succedutisi nel tempo: il DL 211 del 22.12.11, convertito nella Legge 9 del 17.2.2012; il DL 24 del 25.3.13, convertito nella Legge 57 del 23.5.13; il DL 52 del 31.3.14, convertito nella Legge n. 81 del 30.5.14. Si tratta della riforma che ha introdotto le cosiddette REMS (Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza).

Il risultato di tale intervento sarà meglio soppesato nel prossimo paragrafo, poiché le sue ricadute principali attengono al tema della tutela della salute psichica insorta precedentemente alla condanna. Infatti, secondo l’indirizzo giurisprudenziale più affermato e ragionevole deve ritenersi che, mentre in tema di misure di sicurezza detentive applicabili a chi è stato assolto per vizio totale di mente o riconosciuto affetto da vizio parziale di mente la nuova normativa ha previsto che la collocazione negli OPG – soppressi – avvenga nelle REMS, strutture moderne e – di regola – adeguate alle problematiche dei pazienti in questione, per coloro i quali affrontino da condannati una infermità psichiatrica non vi sia più altro spazio che quello penitenziario, al più presso sezioni specializzate per malati psichiatrici.

Questa fetta di detenuti, pur sempre affetti da infermità, magari anche grave, a seguito della soppressione degli OPG, è rimasta priva di qualsiasi prospettiva di cura e di spazio extracarcerario. E questo ha indotto la Corte di Cassazione a sottoporre alla Corte costituzionale un dubbio di costituzionalità della disciplina emersa a seguito degli interventi della normativa sanitaria sopra citata e che di fatto esclude la grave infermità psichica dall’accesso, per ciò solo, alla detenzione domiciliare (come vedremo a breve l’accesso è consentito con la diversa prospettiva della misura alternativa) e a qualsiasi prospettiva concreta di apertura.

Non è un caso, infatti, che il procedimento di cui all’art. 148 del codice penale non ricorra più nelle aule di udienza della magistratura di sorveglianza: la prospettiva di una collocazione, al più, in un altro carcere, nell’ambito di una sezione specializzata per i soggetti in grave sofferenza psichiatrica è un rimedio peggiore del male, a cui nessuno aspira di sottoporsi e anzi, quando è avviato d’ufficio dal magistrato di sorveglianza arriva puntualmente la “supplica” del detenuto (o almeno di quello che è ancora in condizione di formularne) di soprassedere dall’iniziativa.

Infermità psichica “precedente” alla condanna

Poiché l’argomento inerisce strettamente il tema delle REMS, cui è specificamente dedicata la trattazione di un segmento autonomo della presente pubblicazione, mi limiterò in questo paragrafo ad accennare ad alcune questioni più propriamente giuridiche e a mettere in evidenza alcuni dei problemi emersi in questi primissimi anni di applicazione della riforma.

In realtà il titolo del paragrafo, come tutti avranno colto, è improprio ed è stato utilizzato solo per “vivacizzare” l’approccio, contrapponendolo all’espressione utilizzata dal Legislatore nell’art. 148 del codice penale. Più propriamente l’espressione corretta dovrebbe essere legata all’infermità psichica senza la condanna. In definitiva si tratta del tema delle misure di sicurezza, provvisorie o definitive, dunque di un tema che non ha propriamente a che fare con la pena e in tanto appartiene, anche, al magistrato di sorveglianza, in quanto questa è l’autorità giudiziaria cui

è assegnato il governo delle misure di sicurezza divenute definitive. Ma prima di dire qualcosa sull'argomento è giusto osservare che, dal punto di vista del paziente e della sua cura, la circostanza che l'infermità psichiatrica sia sopravvenuta alla condanna o sia intervenuta prima di essa o addirittura ne abbia determinato le ragioni dell'assoluzione non cambia davvero nulla. Il suo bisogno di essere curato è identico. E a parità di patologia è identica anche la cura di cui necessita. Invece, come osserviamo, la sorte concreta è totalmente differente, tanto più differente a seguito dell'eliminazione degli OPG.

Le strutture realizzate per prendere il posto degli OPG, le REMS, sono strutture che si stanno rivelando di elevato standard medico, capaci di affrontare in modo qualificato e più che dignitoso la sfida della cura e custodia dei pazienti psichiatrici socialmente pericolosi che vi sono collocati, pur con qualche difficoltà operativa soprattutto in termini di sicurezza di chi vi è ricoverato e di chi vi opera -ma anche della collettività in generale- riconducibile alla natura essenzialmente sanitaria della struttura, difficoltà che tuttavia sinora non risulta aver prodotto eventi eccezionali. L'eliminazione degli OPG ha fatto fare senza dubbio un grosso passo di civiltà al nostro Paese, cancellando un'istituzione – salvo qualche, anzi una, isolata eccezione – rivelatasi del tutto inidonea a tutelare la salute dei malati psichiatrici in condizioni dignitose.

Tuttavia lo spostamento del segmento giudiziario delle misure di sicurezza detentive nell'ambito del sistema sanitario sta creando una situazione di grande difficoltà, potenzialmente dirompente. Infatti accade che, tanto se disposta in via provvisoria, quanto se disposta in via definitiva, la misura di sicurezza della collocazione in REMS disposta dall'Autorità Giudiziaria resta oramai lettera morta, con liste di attesa che in buona parte d'Italia sfiorano l'anno, a fronte di soggetti stimati come decisamente pericolosi, tanto da giustificare la misura di sicurezza di massimo rigore, lasciati, invece, in totale libertà.

La difficoltà operativa si risolve in due fronti, entrambi potenzialmente esplosivi, a seconda che la misura di sicurezza in questione venga disposta durante la già disposta esecuzione di una misura di custodia cautelare in carcere o, invece, a prescindere da essa.

Se, infatti, la constatazione di un quadro di infermità psichiatrica tale da poter incidere sulla capacità di intendere e di volere al momento del fatto-reato commesso emerge quando il soggetto autore del fatto è stato già attinto dall'ordine di custodia in carcere e ivi si trova ristretto, si verifica l'inaccettabile conseguenza che il soggetto, già valutato come necessitante cure psichiatriche, resta detenuto in carcere per tutta la durata dello scorrimento della lista di attesa (oggi nel Lazio prossimo all'anno di attesa), con enorme pregiudizio per il paziente e con dubitabile legittimità giuridica: per legge è un soggetto al quale non può essere applicata la reclusione. Se, invece, l'insorgenza della patologia psichiatrica – e quindi l'applicazione della misura di sicurezza in questione – emerge prima che intervenga l'ordine di custodia cautelare, mentre l'autore del fatto si trovava in libertà, il soggetto trascorrerà il lunghissimo tempo di attesa in libertà, nonostante l'Autorità Giudiziaria lo abbia ritenuto socialmente pericoloso al massimo grado, tanto da applicargli la misura di sicurezza detentiva.

Non vi è chi non veda come così strutturato il sistema non possa reggere a lungo senza assurgere tragicamente agli onori della cronaca. Cosa, invero, già avvenuta, allorquando un soggetto psichiatrico destinato ad una collocazione in REMS, ma invece ristretto in carcere in custodia cautelare in attesa che si liberasse un posto, si è suicidato. Solo che un detenuto psichiatrico autore di reato che si suicida in carcere non fa abbastanza notizia. Farebbe certamente più notizia il soggetto psichiatrico pericoloso che dalla libertà ponesse in essere qualche evento tragico in danno della collettività.

L'attuale normativa non consente di gestire questa criticità e non appena questa situazione diventerà una consapevolezza collettiva dovrà essere affrontata legislativamente: o rendendo obbligatoria la collocazione in REMS anche in sovrannumero, stravolgendo, così, la natura di

queste strutture; o aumentandone in modo molto significativo il numero dei posti letto; o entrambe le cose.

Misure alternative fondate sulla salute: detenzione domiciliare e affidamento in prova in casi particolari

A ricomporre lo scomposto mosaico di strumenti a tutela della salute emerso finora, la detenzione domiciliare (o in luogo di cura, assistenza o accoglienza) prevista dall'art. 47ter, c. 1, lett. c), O.P. Si tratta di uno strumento dotato di un buon grado di efficienza e utilizzabilità, il cui uso ricorre con una certa frequenza nelle aule di giustizia. Essa è prevista quando – a fronte di una pena detentiva da espiare non superiore ai quattro anni – il condannato versi in condizioni di salute particolarmente gravi, che richiedano costanti contatti con i presidi sanitari territoriali. Come è agevole constatare, fortunatamente la norma non distingue fra malattia fisica o psichica e in concreto viene utilizzata anche per trovare soluzioni diverse dal carcere per malati psichici che, come abbiamo visto, non possono ottenere per ciò solo il differimento della pena. Ovviamente essa implica una valutazione di sussistenza dei presupposti per la concessione di una misura alternativa: un buon percorso di rivisitazione critica del passato, un buon impegno rieducativo o risocializzante, una pericolosità e un pericolo di fuga contenuto, un titolo di reato non ostativo. La pena da espiare che consente l'accesso a tale misura è ragionevolmente ampia, ma ben lontana dal consentirne l'utilizzazione per pene importanti. Per l'accesso alla misura è importante l'acquisizione – o la trasmissione d'impulso – di una relazione sanitaria capace di mettere in evidenza la gravità della malattia e la necessità di costanti contatti coi presidi sanitari esterni, vuoi per esami o accertamenti, vuoi per cure o trattamenti, anche psichiatrici o psicologici.

Poiché l'istituto si presta ad un uso strumentale, è indispensabile un approccio sufficientemente rigoroso da parte del servizio sanitario intramurario preposto a fornire le indicazioni necessarie. Non è codificato in cosa consista la particolare gravità delle condizioni di salute legittimanti, nulla, tuttavia, autorizza anche solo a ipotizzare che debba trattarsi di un vero e proprio pericolo *quoad vitam*, previsto per altre norme e proprio di strumenti diversi. In questo istituto la tutela della salute viene in rilievo non quale unica ragione fondante l'apertura delle porte del carcere, bensì quale ragione accessoria di un istituto che è propriamente una misura alternativa, un beneficio che trova il suo prevalente fondamento in una valutazione di "meritevolezza" del soggetto e secondariamente in un quadro di salute grave che giustifica una tutela specifica. Per questa ragione, le gravi condizioni di salute vedono irrobustire la propria consistenza all'accrescersi della frequenza della necessità di contatti con i presidi sanitari esterni: si tratta, al contempo, di uno strumento di favore verso i detenuti affetti da importanti patologie e di uno strumento che tutela l'amministrazione (sanitaria e penitenziaria) dalle rilevanti difficoltà operative e organizzative connesse con le ricorrenti esigenze di contatti coi presidi sanitari sul territorio, rispetto a detenuti con scarsa pericolosità sociale e buona prospettiva risocializzante.

Due parole, poi, merita l'istituto descritto nell'art. 47quater O.P., laddove apre a misura alternative (detentive domiciliari o anche in affidamento) in deroga ai limiti di pena previsti dagli istituti "ordinari", per coloro che sono affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria e che hanno in corso o intendano sottoporsi ad una programma di cura e assistenza. Si tratta di un istituto sostanzialmente desueto, schiacciato fra il differimento obbligatorio (o caso mai anche facoltativo) della pena e gli istituti previsti a tutela della tossicodipendenza. La sua introduzione, risalente al 1999, è legata a fasi della medicina in cui l'AIDS costituiva un'emergenza straordinaria e che oggi possono considerarsi superate, quanto meno nelle loro ricadute giudiziarie.

Un fronte significativo, anche sotto il profilo numerico, è quello che inerisce la tutela della condizione di tossicodipendenza. Si tratta di un fronte ben presidiato dagli istituti vigenti, di cui agli articoli da 90 a 94 del DPR 309/1990.

D'altro canto si tratta di uno dei settori più esposti ad un uso strumentale e distorto delle forme di tutela previste. Ciò a causa del fatto che la disciplina è di estremo favore e consente addirittura la sospensione per cinque anni della pena o comunque l'affidamento "terapeutico" in prova al servizio sociale per seguire l'idoneo programma, utilizzabile laddove la pena da espiare non superi i ben sei anni, o i quattro anni se si tratta di condannati per reati di cui al catalogo previsto dall'art. 4bis O.P. Al di là delle problematiche giuridiche che ne governano l'applicazione distinguendola da altri istituti contigui, ciò che costituisce il "cuore" della disciplina e il suo principale punto di debolezza è costituito dalle ancora attuali difficoltà inerenti l'accertamento della condizione di tossicodipendenza (o alcoldipendenza) e della sua attualità. Non a caso è importante che la certificazione sanitaria espliciti i criteri utilizzati per l'accertamento di tale condizione, consentendo all'Autorità Giudiziaria di soppesarne il fondamento e l'affidabilità.

Ma non si tratta dell'unico punto di debolezza. È decisivo che le strutture private solitamente utilizzate per lo svolgimento del programma terapeutico rientranti nella tipologia di cui all'art. 116 del DPR citato siano sottoposte a monte ad una verifica rigorosa ed effettiva di affidabilità e di rispondenza ai criteri e requisiti necessari per l'autorizzazione e lo svolgimento di tale attività. Così come è indispensabile che la valutazione di idoneità del programma non sia formale, ma implichi una specifica valutazione delle esigenze terapeutiche di quel preciso paziente e della concreta ed effettiva possibilità di risolverle con il programma proposto.

Conclusioni

Sotto tutti tali profili il ruolo del servizio sanitario pubblico appare centrale e la maggiore o minore fortuna e utilizzazione di questi strumenti per lo più dipende proprio dalla qualità del controllo del circuito sanitario di provenienza.

RUOLO DEL GIUDICE DELLE INDAGINI PRELIMINARI NEL TRIBUNALE ORDINARIO

Paola Della Vecchia

Giudice Sezione Penale, Tribunale di Roma, Ministero della Giustizia, Roma

Ruolo del giudice per le indagini preliminari nel Tribunale ordinario

Al Giudice per le Indagini Preliminari (GIP), quale giudice della fase anteriore all'esercizio dell'azione penale, è demandata nel sistema delineato dal codice di procedura penale (c.p.p.), l'applicazione di misure cautelari personali (v. artt. 272 e 279 c.p.p.). Tale applicazione può aver luogo a seguito di arresto in flagranza di reato (artt. 380, 381 c.p.p.) ovvero di fermo di indiziato di delitto (art. 384 c.p.p.), oppure in conseguenza dell'emissione di una ordinanza cautelare (art. 292 c.p.p.). Il Giudice procede sulla base di richiesta del Pubblico Ministero, accertata la sussistenza dei presupposti della gravità indiziaria di colpevolezza (art. 273 c.p.p.) e di specifiche esigenze cautelari (274 c.p.p., pericolo di inquinamento probatorio, pericolo di fuga, pericolo di commissione di altri delitti), individuando fra quelle previste dal codice (artt. 280 e segg. c.p.p.) la misura più idonea a soddisfare le ragioni di cautela ravvisate nel caso specifico (in considerazione della loro natura e del loro grado, ai sensi dell'art. 275 c.p.p.).

Alle stesse condizioni sopra indicate, in caso di arresto in flagranza di reato e di successiva presentazione per il giudizio direttissimo¹, provvede all'applicazione di misure cautelari di tipo personale il Tribunale in composizione monocratica (art. 558 c.p.p.) ovvero in composizione collegiale (art. 449 c.p.p.). La custodia cautelare in carcere rappresenta, secondo le previsioni del codice, l'*extrema ratio*, e va quindi disposta solo quando altre misure, anche se applicate cumulativamente, risultino inadeguate (v. art. 275, comma 3, c.p.p.).

Il primo contatto fra indagato e giudice avviene per lo più in esito ad un arresto ovvero in esito all'emissione di una ordinanza restrittiva; prima di quel momento il Giudice nulla sa di quella persona, al di là di quanto emerge dalle carte processuali. Questo primo momento di contatto si realizza in occasione dell'interrogatorio dell'arrestato da parte del Giudice (interrogatorio di convalida ex art. 391 c.p.p. nei casi di arresto o fermo, ovvero interrogatorio c.d. di "garanzia" nel caso di emissione di una ordinanza cautelare, ex art. 294 c.p.p.). È proprio in questa occasione che il Giudice potrà rilevare o sospettare un disagio psichico ovvero apprezzare, anche sulla base della documentazione fornita dalla difesa, la condizione di tossicodipendenza dell'autore del reato.

Appare opportuno esaminare separatamente la questione della gestione delle emergenze psichiatriche del soggetto autore di reato e quella del trattamento dell'arrestato tossicodipendente autore di reato, tematiche che sono regolate da disposizioni diverse e che prevedono tipologie di intervento altrettanto differenziate, con l'unica precisazione che lo stato di infermità mentale può essere ricollegato alla cronica intossicazione da sostanze stupefacenti o da alcol (v. art. 95 codice

¹ in questo caso, alla fase cautelare della convalida, segue il giudizio sulla base dell'imputazione formulata dal Pubblico Ministero.

penale) e che non rileva invece ai fini dell'imputabilità², la circostanza che il reato sia stato commesso sotto "l'azione di sostanze stupefacenti" (v. art. 93 codice penale).

Gestione emergenze psichiatriche

La gestione delle emergenze psichiatriche (1, 2), nella fase di indagine come nella fase processuale, passa necessariamente attraverso una valutazione di tipo tecnico, solitamente demandata ad uno specialista in psichiatria, al quale viene conferito incarico peritale per l'accertamento della capacità di intendere e volere dell'imputato al momento del fatto³ e della sua pericolosità sociale (nonché eventualmente della sua capacità processuale, cfr. art. 70 c.p.p.).

L'ipotesi della persona in stato di infermità mentale che debba essere sottoposta a cautela è contemplata dagli articoli 73, comma terzo, e 286 c.p.p.

Tali disposizioni stabiliscono che, nel caso in cui la persona da sottoporre a misure cautelari personali, si trovi in stato di infermità di mente tale da escludere o limitare grandemente la sua capacità di intendere e di volere il Giudice, in luogo della custodia cautelare in carcere, può disporre il ricovero provvisorio in idonea struttura del Servizio Psichiatrico Ospedaliero, adottando i provvedimenti necessari per prevenire il pericolo di fuga (c.d. piantonamento), ovvero disporre ai sensi dell'art. 111, comma quinto, del DPR 230/2000 (Regolamento attuativo dell'Ordinamento Penitenziario), l'assegnazione ad un istituto o sezione speciale per infermi di mente (cfr. Cass. Pen. Sez. III, sentenza n. 47335 del 16 novembre 2007, RV. 238288).

Se il predetto soggetto è altresì socialmente pericoloso, poiché potrebbe delinquere nuovamente (art. 203 codice penale), il Giudice può applicare in via provvisoria nei suoi confronti una misura di sicurezza (art. 206 codice penale e art. 312 c.p.p.)⁴.

Nella prima fase di gestione dell'emergenza psichiatrica, ove non sia stato ancora compiuto l'accertamento peritale circa l'infermità psichica e la pericolosità sociale del soggetto autore di reato, appare fondamentale, al fine di definire la patologia psichiatrica e individuarne le possibili cure, l'apporto conoscitivo fornito dai Responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale ovvero delle Sezioni speciali per infermi e minorati psichici all'interno degli istituti penitenziali (art. 111 e 112 DPR 230/2000 Regolamento attuativo dell'Ordinamento Penitenziario).

Il soggetto infermo di mente, che sia stato giudicato socialmente pericoloso, deve essere sottoposto, per fronteggiare e superare questa sua condizione, a misura di sicurezza.

² art. 85 codice penale: "nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere".

³ gli articoli 88 e 89 del codice penale definiscono, rispettivamente, i concetti di vizio totale e di vizio parziale di mente: secondo l'art. 88 codice penale, "vizio totale di mente": "non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere"; l'art. 89, "vizio parziale di mente", stabilisce: "Chi nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere grandemente, senza escluderla la capacità di intendere e di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita". All'accertamento della non imputabilità per vizio totale di mente, consegue l'assoluzione dell'imputato per questa causa e l'eventuale applicazione di misure di sicurezza, v. art. 530, commi primo e quarto c.p.p.; nei confronti del condannato per delitto non colposo ad una pena diminuita per cagione di infermità psichica, può parimenti essere applicata, in presenza dei presupposti di legge, una misura di sicurezza.

⁴ l'applicazione della misura di sicurezza definitiva consegue alla irrevocabilità della sentenza di proscioglimento ovvero di condanna a pena diminuita per vizio parziale *ex* art. 89 c.p.

In tema di misure di sicurezza, tracciato il quadro generale – misure di sicurezza detentive e non detentive – vanno esposti i principi e le linee guida tracciate dalla Legge 81/2014 (legge istitutiva delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, REMS) e, infine, appare utile dare conto di quanto recentemente stabilito sul piano attuativo dal Protocollo di Intesa tra Ministero della Giustizia e Regione Lazio “per l'esecuzione delle misure applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente” (protocollo n. 646946 del 19 dicembre 2017) (3-4).

Misure di sicurezza detentive e non detentive: REMS e libertà vigilata

Le misure di sicurezza personali si distinguono in detentive e non detentive (v. art. 215 codice penale).

Per quel che qui interessa, vanno considerate fra quelle detentive il ricovero in casa di cura e custodia (artt. 219-221 cod. pen., il ricovero in casa di cura è custodia è misura applicabile nei casi di vizio parziale di mente) e il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 codice penale) e fra quelle non detentive, la misura della libertà vigilata (artt. 228-232 codice penale).

La Corte Costituzionale, con le proprie pronunce, ha inciso profondamente nella materia ridefinendo, in senso restrittivo, i confini della misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario.

In particolare, con sentenza 18 luglio 2003 n. 253, la Corte ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 222 codice penale nella parte in cui non consente al Giudice, nei casi ivi previsti, di adottare in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale.

Con la successiva sentenza n. 367 del 29 novembre 2004, la Corte Costituzionale ha esteso il principio alla fase cautelare, dichiarando l'illegittimità costituzionale dell'art. 206 codice penale nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva, prevista dalla legge, idonea ad assicurare all'infermo di mente cure adeguate e a contenere la sua pericolosità sociale.

I principi dettati dalla Corte Costituzionale sono stati recepiti dalla Legge 30 maggio 2014, n. 81: a seguito della sua entrata in vigore, a decorrere dal 1° aprile 2015, le misure di sicurezza del ricovero in casa di cura e custodia e del ricovero negli ospedali psichiatrici giudiziari sono eseguite nelle REMS.

La Legge 81/2014 ha stabilito, in armonia con i principi costituzionali, il principio di sussidiarietà nella applicazione della misura del ricovero in REMS, prevedendo che tale misura possa essere disposta solo quando ogni altra misura risulti inadeguata in rapporto alle esigenze di cura e controllo della pericolosità sociale.

Secondo le disposizioni della Legge n. 81 del 2014, la pericolosità sociale va poi accertata in base alle qualità soggettive della persona e non in base alle sue condizioni di vita individuale, familiare e sociale (v. art. 133 comma 2 n. 4 codice penale).

Vale a dire che le situazioni di “marginalità sociale” e di abbandono anche familiare non possono venire in gioco quali indici sui quali fondare il giudizio di pericolosità sociale dell'agente.

Ancora, la legge ha previsto che “non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali”, e ciò ha rilievo soprattutto per i soggetti sconosciuti ai Servizi psichiatrici territoriali, rispetto ai quali l'internamento nelle REMS non può dipendere da disfunzioni organizzative.

La Delibera del Consiglio Superiore della Magistratura del 19 aprile 2017 recita:

“La riforma ha posto al centro del nuovo sistema i dipartimenti di salute mentale, divenuti titolari dei programmi terapeutici riabilitativi allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali. Le REMS sono, pertanto, soltanto un elemento del complesso sistema di cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato. L’internamento in REMS ha assunto non solo, come si è anticipato, il carattere dell’eccezionalità, ma anche della transitorietà: il Dipartimento di salute mentale competente infatti, per ogni internato deve predisporre, entro tempi stringenti, un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, poi inviato al giudice competente, in modo da rendere residuale e transitorio il ricovero in struttura ... Corollario rilevante della nuova direzione terapeutica e riabilitativa attribuita all’istituto dal legislatore è il principio della territorialità del ricovero”.

Il principio della priorità della cura sanitaria necessaria, il principio di territorialità, che stabilisce che la presa in carico dei servizi di salute mentale deve essere effettuata presso il territorio di residenza o comunque di provenienza dell’interessato; la centralità del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) sono le linee guida dettate dal legislatore.

Il carattere della transitorietà va ricollegato del resto anche a quella che costituisce forse la novità più rilevante della Legge 81/2014 ovvero il principio secondo cui la durata delle misure di sicurezza detentive non può superare la durata massima della pena detentiva comminata per il reato commesso (la durata massima della misura di sicurezza non è più dunque, come nel passato, indeterminata e ancorata al perdurare della pericolosità sociale del soggetto).

Il criterio secondo cui il ricovero in REMS deve essere uno strumento sussidiario e residuale postula che l’attivazione del contatto fra l’Autorità Giudiziaria e il Dipartimento di Salute Mentale competente sia la più tempestiva possibile, al fine di determinare l’immediata presa in carico e la formulazione del PTRI e la predisposizione delle soluzioni più adeguate al caso concreto.

La misura della libertà vigilata attuata mediante il ricovero presso strutture terapeutiche residenziali territoriali accreditate dalla Regione rappresenta, ove compatibile con le specifiche esigenze terapeutiche, un valido strumento alternativo al ricovero in REMS (misura che, d’altro canto, non può invece essere disposta in maniera standardizzata solo per l’assenza di alternative concrete).

Secondo l’art. 228, comma secondo, codice penale, il Giudice nell’applicare la libertà vigilata deve imporre prescrizioni idonee ad evitare occasioni di nuovi reati; il ricovero presso strutture terapeutiche residenziali territoriali come pure la sottoposizione ai piani terapeutici predisposti dai competenti Dipartimenti di Salute Mentale possono essere indicati quali prescrizioni funzionali ad evitare il pericolo di recidiva.

Deve, tuttavia, segnalarsi che, nell’applicare la misura di sicurezza della libertà vigilata, il giudice non può imporre, stante il principio di legalità, prescrizioni che ne snaturino il carattere non detentivo (cfr. Cass, pen., Sez. II, sent. n. 49497 dell’11 novembre 2014, RV. 260999) e dunque il ricovero non può essere imposto in maniera coatta.

È poi da considerare che la persona in stato di infermità psichica non può essere posta in libertà vigilata, se non quando “sia possibile affidarla ai genitori, o a coloro che abbiano obbligo di provvedere alla sua educazione o assistenza, ovvero a istituti di assistenza sociale” (art. 232, comma primo, codice penale).

Ai fini della effettiva operatività dell’istituto della libertà vigilata può quindi assumere concreta rilevanza, in quei casi nei quali manchino i soggetti istituzionali previsti nella norma (si pensi alle persone senza fissa dimora sul territorio nazionale), la figura dell’amministratore di sostegno, la cui procedura di nomina ad opera del Tribunale Civile in funzione di Giudice Tutelare può essere attivata su istanza della Azienda Sanitaria Locale (ASL) territorialmente competente, previa autorizzazione del Giudice che procede.

Deve, infine, rammentarsi che in ipotesi di violazioni della misura di sicurezza della libertà vigilata che integrino ulteriore manifestazione di pericolosità deve essere disposta la misura del ricovero nella REMS, ai sensi dell'art. 232, ultimo comma, codice penale.

È quindi importante, per evitare eventi critici nell'applicazione della libertà vigilata, che la scelta della struttura o del percorso terapeutico sia il più possibile oculata e legata alle specifiche esigenze di cura e trattamento del soggetto.

Come sopra accennato è stato recentemente siglato tra il Ministero della Giustizia e la Regione Lazio un protocollo (n. 646946 del 19 dicembre 2017), "per l'esecuzione delle misure applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente" (3).

Nel protocollo, oltre a prevedere un immediato e costante collegamento e scambio di informazioni tra le varie autorità coinvolte nella gestione (v. artt. 5, 6 e 10: nelle disposizioni citate si prevede, ad esempio, la comunicazione dei recapiti telefonici tanto dei sanitari dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) quanto degli uffici competenti in ordine ai singoli soggetti nei confronti dei quali è disposta una misura di sicurezza), sono state stabilite una serie di indicazioni e soluzioni tecnico operative.

È stato suggerito, quale buona prassi, uno schema prefissato di quesito da sottoporre al perito psichiatra (art. 8), stabilendo che il perito (ovvero il consulente) debba avvalersi della collaborazione del DSM territorialmente competente, comprendendo nella sua relazione le valutazioni formulate dal Dipartimento.

È stato poi stabilito (art. 9), in funzione del carattere residuale del ricovero in REMS, che le misure di sicurezza non detentive, quali la libertà vigilata, indichino specifiche prescrizioni idonee ad evitare nuovi reati, con la specificazione che è considerata prescrizione "anche la sottoposizione ai piani terapeutici disposti dai competenti DSM ovvero il ricovero presso strutture terapeutiche residenziali territoriali"; infine, è stato previsto che, in prossimità della scadenza della misura di sicurezza", il magistrato di sorveglianza possa autorizzare un periodo di Licenza Finale di Esperimento (LFE) ex art. 53 ordinamento penitenziario, della durata di mesi sei – eventualmente rinnovabile – durante il quale il paziente, sottoposto al regime della libertà vigilata, può essere inserito in una struttura terapeutica residenziale o presso la famiglia al fine di proseguire la fase di riabilitazione e reinserimento nel territorio con opportuno Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI)".

Il successo del ricorso alla misura di sicurezza della libertà vigilata come pure delle altre misure alternative previste dalla Legge 81/2014, per le forme di necessità terapeutica attenuata, è – come già si è osservato – strettamente legato alla individuazione di una misura adeguata allo specifico caso concreto mentre, per la gestione delle misure di sicurezza "psichiatriche" è, d'altro canto, imprescindibile – come indicato dai vari Protocolli Operativi – una costante integrazione funzionale tra Tribunale, Ufficio di Sorveglianza, Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (UEPE), Dipartimenti di Salute Mentale e sue unità operative complesse, Direzione delle REMS.

Il Tribunale di Sorveglianza e l'Ufficio per l'esecuzione Penale Esterna intervengono nella fase esecutiva della misura di sicurezza (v. artt. 658 e 659 c.p.p.), curando detta fase sotto i suoi vari aspetti; al Tribunale di Sorveglianza è in particolare, demandata la verifica circa l'attuale pericolosità sociale del soggetto e le sue possibilità di riabilitazione e reinserimento.

Il pericolo di recidiva, spesso registrato in passato rispetto a soggetti in condizioni di marginalità sociale, in situazioni di indigenza, disagio ovvero abbandono familiare, è oggi legato all'efficacia del progetto terapeutico individualizzato e alle prospettive concrete di recupero e socializzazione.

Cenni sulle modifiche introdotte dalla riforma dell'ordinamento penitenziario

Nella *Gazzetta Ufficiale* del 26 ottobre 2018 sono stati pubblicati i decreti legislativi 123 e 124 del 2 ottobre 2018, che hanno dato parziale attuazione alla legge delega 23 giugno 2017 n. 103 (c.d. riforma Orlando) in materia di assistenza sanitaria, vita detentiva e lavoro penitenziario. Tra le novità introdotte devono essere segnalate:

- la modifica dell'art. 147 del codice penale, con la possibilità di disporre il rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena nei confronti di chi si trova in condizioni di grave infermità psichica e non soltanto di infermità fisica (art. 147, primo comma, numero 2, codice penale);
- l'art. 11 bis in tema di accertamento delle infermità psichiche (secondo cui, comma primo: “l'accertamento delle condizioni psichiche degli imputati, dei condannati e degli internati, ai fini dell'adozione dei provvedimenti previsti dagli art. 147, primo comma, numero 2, 206, 212, secondo comma, codice penale, dagli artt. 70,71 e 72 c.p.p. è disposta, anche d'ufficio nei confronti degli imputati dal giudice che procede e nei confronti dei condannati e degli internati dal magistrato di sorveglianza. L'accertamento è espletato presso le Sezioni di cui all'art. 65. Il Giudice può altresì disporre che l'accertamento sia svolto presso idonea struttura indicata dal competente Dipartimento di Salute Mentale [...]”);
- l'art. 65: l'istituzione in luogo degli Istituti per infermi e minorati di “Sezioni per detenuti con infermità” (“Quando non sia applicabile una misura alternativa alla detenzione che consenta un adeguato trattamento terapeutico – riabilitativo, nei confronti dei condannati a pena diminuita ai sensi degli art. 89 e 95 e nei confronti dei soggetti affetti da infermità psichica sopravvenuta o per i quali non sia stato possibile disporre il rinvio dell'esecuzione ai sensi dell'art. 147 codice penale, le pene detentive sono eseguite in sezioni specializzate finalizzate a favorire il trattamento terapeutico e il superamento delle dette condizioni”);
- art. 47 septies prevede – in analogia con l'istituto previsto dall'art. 94 T.U. Legge Stupefacenti per i soggetti tossicodipendenti – l'affidamento in prova dei condannati con infermità psichica, misura alla quale può accedere il condannato a pena diminuita ai sensi dell'art. 89 o 95 codice penale;
- art. 20 DL.vo n. 124, in tema di lavoro penitenziario stabilisce che debbano essere ammessi a fruire al lavoro non solo i soggetti ospitati negli istituti penitenziari, ma anche coloro che si trovano nelle altre strutture dove si eseguono misure privative della libertà personale (es. le REMS).

Tossicodipendente autore di reato

Nel sistema della fase processuale

Per il trattamento del tossicodipendente autore di reato nel sistema della fase processuale (5), il testo unico in materia di sostanze stupefacenti – DPR 9 ottobre 1990 n. 309 e successive modificazioni – contiene diverse disposizioni dedicate.

Si tratta in generale di misure alternative alla detenzione carceraria e finalizzate a favorire il trattamento terapeutico.

L'art. 89 DPR 309/1990, comma secondo prevede il caso dell'indagato ovvero imputato tossicodipendente (o alcolodipendente) già sottoposto alla misura della custodia cautelare in carcere che intenda sottoporsi ad un programma di recupero presso i servizi pubblici per

l'assistenza ai tossicodipendenti ovvero presso una struttura privata autorizzata ai sensi dell'art. 116 dello stesso DPR.

In questo caso il Giudice può disporre nei suoi confronti gli arresti domiciliari, al fine di consentirgli di sottoporsi al programma, fatta salva l'ipotesi in cui sussistano "esigenze cautelari di eccezionale rilevanza".

La norma prevede che la sostituzione sia concessa su istanza dell'interessato – il quale deve altresì sottoscrivere il relativo programma di recupero, accettandolo – e che all'istanza stessa siano allegati certificazione attestante lo stato di tossicodipendenza nonché la procedura con la quale lo stesso stato è stato accertato, rilasciata dal servizio pubblico per le tossicodipendenze (Ser.T) ovvero da una struttura privata accreditata ex art. 116 (ove la struttura sia accreditata per l'attività di diagnosi), nonché – nel caso di struttura privata – la dichiarazione di disponibilità all'accoglimento.

Quando si procede per i delitti di rapina o estorsione aggravata e ricorrano particolari esigenze cautelari, condizione per l'accoglimento dell'istanza è lo svolgimento del programma presso una struttura residenziale.

La previsione del comma primo dell'art. 89 riguarda, in maniera speculare, la possibilità di disporre gli arresti domiciliari nel caso dell'imputato (o indagato) che abbia invece in corso un programma terapeutico di recupero, al fine di evitarne l'interruzione e le possibilità di reinserimento ad esse connesso.

L'ipotesi nella prassi è certamente meno frequente di quella contemplata al comma secondo, della quale si è detto.

In entrambi i casi l'interruzione del programma ovvero un contegno incompatibile con la corretta esecuzione o definizione del programma⁵ costituisce causa di applicazione ovvero di ripristino della custodia cautelare in carcere.

Le previsioni di cui all'art. 89 non si applicano nel caso di persona indagata o imputata di delitto di criminalità organizzata (reati previsti dall'art. 4 bis ordinamento penitenziario, Legge 26 luglio 1975 n. 354 e reati di rapina o estorsione aggravata per i quali siano comunque ravvisabili elementi di collegamento con la criminalità organizzata), casi nei quali operano invece gli ordinari parametri cautelari.

Appare opportuno segnalare due ulteriori percorsi processuali per il tossicodipendente autore di reato, nelle ipotesi in cui questi sia imputato del reato previsto dall'art. 73 comma quinto DPR 309/1990 (fatto di lieve entità).

Il primo percorso, evidentemente riservato ai soggetti alla prima esperienza processuale, è quello della sospensione del procedimento per messa alla prova (art. 168 bis codice penale e 464 bis e segg. c.p.p.), subordinato alla prestazione di lavoro di pubblica utilità e all'osservanza di ulteriori prescrizioni imposte dal Giudice, il cui rispetto conduce a declaratoria di estinzione del reato.

Lo svolgimento del lavoro di pubblica utilità quale sanzione sostitutiva (ai sensi dell'art. 54 DL.vo 28 agosto 2000, n. 274) è invece previsto dall'art. 73, comma quinto bis, laddove il reato qualificato come fatto lieve sia commesso da persona tossicodipendente o da assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope e non debba essere concesso il beneficio della sospensione condizionale della pena (il lavoro di pubblica utilità, in questi casi, ha durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata).

L'art. 73 comma 5 ter (introdotto dall'art. 3 DL 1° luglio 2013, n. 78, convertito in Legge n. 94 del 2013) ha esteso la disposizione del comma 5 bis anche al caso di reato diverso da quelli in materia di sostanze stupefacenti di cui all'art. 73 comma quinto, purché si tratti di reato commesso per una sola volta da persona tossicodipendente o assuntore abituale, in qualche modo connesso a tale condizione, e la pena inflitta dal Giudice per tale reato non sia superiore ad un anno (con

⁵ L'art. 89, comma 5 bis, pone a carico del responsabile della struttura privata accreditata specifici obblighi di segnalazione.

esclusione dei reati di criminalità organizzata, previsti dall'art. 407 comma 2 lettera a), c.p.p., e dei reati contro la persona).

Nella fase esecutiva

Anche per la fase esecutiva il DPR 309/1990 prevede misure alternative alla detenzione carceraria, la cui concessione è di competenza del Tribunale di Sorveglianza: la sospensione dell'esecuzione della pena (art. 90) e l'affidamento in prova in casi particolari (art. 94).

Nella ipotesi in cui non sia possibile accedere a questi due percorsi, la legge prevede comunque che l'esecuzione della pena detentiva inflitta per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza avvenga in istituti idonei allo svolgimento di programmi terapeutici e socio riabilitativi (art. 95).

Conclusioni

È estremamente importante, ai fini della prevenzione della recidiva, la tempestività dell'intervento di recupero, soprattutto in quei casi nei quali non è presente un sostegno di tipo familiare adeguato.

Quello che l'esperienza, purtroppo, fa infatti registrare è che ad una prima occasione di reato se ne susseguono altre, per la mancanza di serie ed efficaci prospettive di reinserimento sociale, tanto che lo stesso legislatore contempla lo stato di tossicodipendenza quale elemento che incide sull'applicazione della disciplina del reato continuato in fase esecutiva, prevedendo appunto un trattamento favorevole sul piano della rideterminazione delle pene inflitte per i diversi reati commessi dal condannato tossicodipendente che siano in qualche modo ricollegabili al suo stato di tossicodipendenza (art. 671 c.p.p.).

Bibliografia

1. Mori A. Infermità di mente, pericolosità sociale e misure di sicurezza. *Questione Giustizia* 2013.
2. Gatta GL. Aprite le porte agli internati! *Diritto Penale Contemporaneo* 2014.
3. Delibera C.S.M. 19 aprile 2017, Protocollo di Intesa tra Ministero della Giustizia e Regione Lazio “per l'esecuzione delle misure applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente” (protocollo n. 646946 del 19 dicembre 2017).
4. Risoluzione C.S.M. 26 settembre 2018, Protocolli Operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche.
5. Scarcella B. Trattamento e cura del tossicodipendente autore di reato. *Giurisprudenza penale Web* 2017, 2

PROCEDIMENTO PENALE MINORILE E PROVVEDIMENTI GIURISDIZIONALI COINVOLGENTI MINORI CON PROBLEMI PSICOPATOLOGICI E/O PSICHIATRICI E/O DIPENDENZE PATOLOGICHE

Paola Manfredonia

Giudice del Tribunale per i Minorenni di Roma, Ministero della Giustizia, Roma

Principi generali processo penale minorile

Il DPR 448/1988, istitutivo del processo penale minorile, ha una finalità prevalentemente educativa del soggetto, autore di reati, il quale, poiché minorenni, presenta una personalità non ancora strutturata e in evoluzione. Si ritiene, infatti, che la commissione di un reato da parte di un soggetto minore di età costituisca una sorta di inciampo nel corso del proprio cammino educativo e di crescita. Il processo penale minorile non è pertanto lo strumento giurisdizionale volto esclusivamente all'accertamento di un fatto previsto dalla legge come reato addebitabile ad un soggetto minorenni e alla applicazione della eventuale condanna, ma comprende una serie di istituti concepiti in modo da assicurare una rapida fuoriuscita del minore dal circuito penale e a garantire un avvio o una ripresa del percorso educativo che la commissione del reato ha interrotto. È dunque strutturato ben al di là della stessa funzione rieducativa della pena già sancita dall'art. 27 comma III della Costituzione: "le pene...devono tendere alla rieducazione del condannato". Il fine educativo, nell'ambito del quale si colloca anche una funzione responsabilizzante del minore, deve esplicarsi, infatti, non soltanto attraverso la definizione del processo e, in caso di condanna, la conseguente applicazione della pena (come per i soggetti maggiorenni), ma anche durante tutto il corso del procedimento e anche a prescindere dall'applicazione di una pena. Pertanto, per realizzare tale fine educativo, cui si affianca anche una finalità protettiva (cfr art. 31 comma 2 Costituzione) del minore dal processo penale, è previsto (art. 1 comma II DPR 448/1988) che il giudice illustri all'imputato il significato delle attività processuali che si svolgono in sua presenza nonché il contenuto e le ragioni anche etico-sociali delle decisioni; che il genitore sia messo in grado di partecipare al processo, attraverso la notifica, a pena di nullità, dell'informazione di garanzia e del decreto di fissazione dell'udienza (art. 7 DPR 448/1988); che l'assistenza affettiva e psicologica all'imputato minorenni sia assicurata in ogni fase e grado del procedimento dalla presenza dei genitori o di altra persona idonea indicata dal minorenni e ammessa dall'autorità giudiziaria che procede. In ogni caso, è assicurata l'assistenza dei servizi minorili centrali e locali (art. 12 DPR 448/1988).

Sono previste particolari forme processuali che devono favorire l'indagine sulla personalità del minore, ma anche evitare che la partecipazione al processo penale ne turbi la psiche, facendo anzi sì che essa possa risolversi in un momento di educazione per il minore.

Le peculiarità, dunque del processo penale minorile si sostanziano in una spiccata esigenza di proporzione rispetto alla effettiva entità oggettiva e soggettiva del reato e nell'utilizzo dell'impianto procedurale come occasione di intervento educativo che possa favorire lo sviluppo della personalità dell'autore del reato. Tali peculiarità possono riassumersi nel principio di individualizzazione che ha come indispensabile corollario quello della conoscenza del soggetto sottoposto a procedimento penale.

L'art. 9 DPR 448/1988 (Accertamenti sulla personalità del minore), considerato il cardine dell'intero processo minorile, è espressione di questa esigenza cognitiva tenuto conto che la commissione di un reato da parte di un soggetto minore può essere espressione di una problematica multifattoriale cui deve accompagnarsi una valutazione multidisciplinare e multidimensionale.

È proprio la preminenza della funzione educativa che necessita di tali indagini allo scopo di accertare la capacità di intendere e di volere e di individuare la risposta più adeguata alle difficoltà personali e familiari del minore manifestatesi attraverso la commissione del fatto reato e di adottare eventuali provvedimenti civili. Tali indagini, dunque, devono essere espletate in una prospettiva sia strutturale che dinamica.

La funzione altresì protettiva dall'impatto con il circuito penale, ma anche responsabilizzante per il minore autore del reato, rendono ulteriormente fondamentali tali indagini. Lo strumento privilegiato per lo svolgimento di tali indagini è costituito dai servizi minorili dell'amministrazione della giustizia e dai servizi di assistenza dipendenti dagli enti locali.

L'art. 9 prevede altresì che il p.m. e il giudice possano sentire il parere di esperti anche senza alcuna formalità. Tali esperti possono essere costituiti dagli operatori dei servizi specialistici delle aziende sanitarie locali, i quali non assumono, tuttavia, il rango di consulenti/periti con conseguente esclusione dell'applicazione della disciplina del codice di procedura penale ordinario (1-3).

Intervento del Giudice delle Indagini Preliminari

Misure cautelari

Le esigenze e le finalità sopra menzionate possono accompagnarsi a finalità terapeutiche e/o preventive quando il minore, entrato nel circuito penale, presenti problematiche personali, determinanti per la commissione del reato, che evidenziano anche specifiche necessità di tutela e di cura.

Nella prassi applicativa, tali problematiche possono emergere nel momento in cui il minore, sottoposto ad arresto e/ o a fermo, condotto in Centro di Prima Accoglienza (CPA), evidenzia disagi con necessità di interventi terapeutici.

A seconda dei casi e, ricorrendo i presupposti di legge, il giudice può svolgere una funzione rafforzativa degli interventi necessari a fornire al minore supporti terapeutici.

In particolare, il Giudice delle Indagini Preliminari (GIP), nella fase delle indagini preliminari, sempre che vi sia richiesta del Pubblico Ministero (PM) di applicazione di misura cautelare, può, nell'ambito della misura inserire indicazioni per la cura e la tendenziale riabilitazione del minore anche sotto il profilo della salute psico-fisica.

Nel contenuto delle misure cautelari previste dal DPR 448/1988, fondate sui principi di specialità, tassatività, facoltatività e assoluta residualità della custodia cautelare in carcere, possono essere inserite indicazioni che possono riguardare l'inizio di un trattamento di cura ovvero la prosecuzione di un trattamento già in atto o interrotto.

Tali misure sono le prescrizioni, la permanenza in casa, il collocamento in comunità e la custodia cautelare in carcere; le prime tre possono essere applicate solo quando si procede per un delitto per il quale la legge stabilisce la pena della reclusione non inferiore nel massimo a cinque anni. La custodia cautelare può essere applicata quando si procede per un delitto per il quale la legge stabilisce la pena della reclusione non inferiore nel massimo a nove anni.

Nell'ambito della misura delle prescrizioni, in caso di minori assuntori di sostanze stupefacenti, è inserita la prescrizione di astenersi dall'uso di sostanze stupefacenti e di

intraprendere o di riprendere, a seconda dei casi, idoneo percorso al Servizio Dipendenze (SER.D). Tale prescrizione non può considerarsi terapeutica in senso stretto rispondendo maggiormente ad una finalità educativa; spesso è applicata nei casi in cui agli atti non risulti ancora effettuata una diagnosi relativa ad una dipendenza patologica del minore dalle sostanze stupefacenti. Ha una durata di due mesi dall'emissione del provvedimento e può costituire una utile piattaforma dalla quale avviare un percorso terapeutico particolareggiato. Qualora ricorrano esigenze probatorie, il giudice può disporre la rinnovazione delle prescrizioni per non più di una volta.

Anche nell'ambito della misura della permanenza in casa, possono essere concesse autorizzazioni ad allontanarsi dalla abitazione qualora sia necessario per l'inizio o la continuazione di terapie già in atto.

A livello intermedio tra la permanenza in casa e la custodia cautelare in carcere si colloca il collocamento in comunità, la quale è strutturata, di norma, come comunità di tipo educativo e viene applicata specie nei casi in cui l'assenza e/o l'inidoneità del nucleo familiare di appartenenza del minore non consenta l'applicazione e l'esecuzione di una misura graduata. Tale misura viene in considerazione anche quando i reati siano stati commessi all'interno dell'abitazione e ai danni dei familiari del minore.

Il minore che presenti problematiche gravi e una personalità violenta con concreto rischio di agiti etero e autoaggressivi, che verosimilmente necessitano di cure sanitarie può, durante il tempo necessario per l'espletamento della diagnosi a cura dei servizi sanitari regionali, essere inserito in una comunità di tipo educativo in attesa di essere trasferito in una comunità terapeutica. In tali casi, il GIP, nell'applicare la misura del collocamento in comunità, autorizza il collocamento temporaneo in una comunità di tipo educativo, qualora vi sia una assoluta indisponibilità di idonea comunità terapeutica e per un tempo limitato in attesa della diagnosi. A tale proposito, è indispensabile che i servizi sanitari procedano con rapidità, tenuto conto della scadenza dei termini di durata della misura in atto, il cui termine decorre dal momento del fermo e/o dell'arresto del minore ovvero dalla esecuzione della misura cautelare, qualora la stessa sia stata applicata al di fuori delle ipotesi di flagranza.

Si noti che per il caso tipico del minore indagato per maltrattamenti in famiglia che debba essere inserito in comunità terapeutica il termine di fase è di quarantacinque giorni per l'infradiciottenne e di trenta giorni per l'infrasedicenne, salvo richiesta da parte del PM di procedere con rito immediato nel qual caso i termini ridecorrono e sono rispettivamente di e di . È dunque indispensabile la tempestività dell'intervento dei servizi oltre che necessaria la collaborazione del minore e dei suoi familiari, ove presenti.

Il GIP minorile, nello scegliere la misura da applicare dovrà bilanciare non soltanto le ragioni cautelari e quelle educative, ma anche quelle derivanti da necessità terapeutiche delle quali abbia avuto conoscenza in ragione delle funzioni svolte.

Disposta la misura cautelare, il minore è affidato ai servizi minorili dell'amministrazione della giustizia individuati nei servizi sociali facenti parte dei centri per la giustizia minorile affinché gli stessi svolgano, in collaborazione con i servizi di assistenza istituiti dagli enti locali, attività di sostegno e controllo per tutta la durata della misura cautelare.

È importante ribadire che per potere applicare la misura cautelare è indispensabile che sia stato commesso un fatto previsto dalla legge come reato, per il quale, in questa fase, sono sufficienti i gravi indizi di colpevolezza e che questo fatto sia addebitabile al minore, sempre che vi sia richiesta del PM. In nessun caso il GIP può d'ufficio applicare le misure cautelari.

Pertanto, anche in presenza di un minore con problematiche psicopatologiche e/o psichiatriche e/o dipendenze patologiche gravi, conosciute nell'ambito processuale, l'intervento giurisdizionale penale deve rispettare i limiti imposti dalla legge e non può essere in nessun caso attuato al di

fuori di essi. Non può dunque essere applicata una misura cautelare al solo fine di avviare e/o riprendere un percorso terapeutico, pur in concreto necessario e urgente.

Le esigenze terapeutiche sono di norma evidenziate al GIP nella relazione scritta che gli operatori del CPA redigono nei tempi, molto brevi, di permanenza del minore all'interno del CPA in caso di arresto o di fermo.

Ulteriore documentazione può essere depositata dal difensore qualora il minore abbia una storia pregressa di necessità di terapia derivante da problematiche psicologiche, psichiatriche e/o derivante da dipendenze patologiche. Talvolta, i genitori o il tutore, se presenti in udienza, forniscono ulteriori informazioni e documentazione ad integrazione di quanto gli operatori del CPA abbiano già raccolto.

È frequente, specie nei casi di minori con problematiche personali ictu oculi evidenti, riscontrare la piena collaborazione sia dei genitori che degli stessi difensori con l'Autorità Giudiziaria che procede nel senso che raramente vi sono opposizioni o reclami contro l'ordinanza applicativa della misura, pur avendo il minore e il suo difensore il diritto di farlo.

Se l'esigenza terapeutica non è ancora delineata in quanto manca una diagnosi ovvero la stessa debba essere aggiornata, il GIP può applicare la misura e incaricare i servizi sanitari per la valutazione. In tal caso, ferma restando la sussistenza dei gravi indizi di colpevolezza e le esigenze cautelari, la misura, se necessario, potrà essere integrata con eventuali modifiche.

Anche in tal caso, però, le eventuali modifiche potranno essere adottate nel rispetto dei limiti di legge. Il rifiuto del minore a seguire le terapie necessarie potrebbe costituire elemento per disporre l'aggravamento della misura cautelare: la questione è molto delicata e la soluzione va individuata a seconda dei casi, specie quando si tratti di violazione attuata nell'ambito della misura del collocamento in comunità e si tratti, pertanto, di decidere se applicare la più grave misura della custodia cautelare in carcere.

La esigenza terapeutica, qualora individuata e recepita all'interno di una misura cautelare, segue i termini di durata della misura stabiliti dalla legge che sono quelli previsti dall'art. 303 cpp ridotti della metà se il minore ha compiuto sedici anni e di due terzi se il minore ha un'età inferiore.

Terminata la fase processuale delle indagini preliminari, il controllo sulla misura in atto spetta al Giudice che procede che, a seconda dei casi, sarà il Giudice dell'Udienza Preliminare (GUP) ovvero il Giudice del Dibattimento, entrambi giudici collegiali, dove al componente togato si affianca la componente onoraria dotata di specifiche competenze professionali attinenti alla valutazione della personalità del minore (4).

Intervento del Magistrato di Sorveglianza

Misure di sicurezza.

La misura di sicurezza si applica quando un minorenne, sia infraquattordicenne che ultraquattordicenne, è giudicato socialmente pericoloso. Ciò pone immediatamente una problematica derivante dalla sostanziale differenza tra il sistema del processo penale minorile e il sistema delle misure di sicurezza.

Come già sopra evidenziato, il processo penale minorile è costituito da strumenti aventi una spiccata finalità educativa ed è un "luogo" in cui il minore è al centro di un sistema di servizi deputati al sostegno e al controllo del minore medesimo.

Con riferimento al sistema delle misure di sicurezza, invece, vengono in considerazione categorie pensate per soggetti adulti: soltanto infatti le forme esecutive delle misure di sicurezza

sono espressamente disciplinate dal DPR 448/1988, mentre per tutti gli altri aspetti si applica la normativa prevista per gli adulti che non prevede nessun tipo di valutazione della personalità.

Presupposto per l'applicazione della misura di sicurezza è l'accertamento della pericolosità sociale del soggetto che, al momento della commissione del fatto, era minorenne e che sia valutato pericoloso socialmente al momento in cui deve essere applicata la misura di sicurezza.

L'art. 203 cp definisce la pericolosità sociale quale probabilità che il soggetto, anche non imputabile o punibile, che ha commesso un reato, commetta nuovi fatti previsti dalla legge come reato: può essere dunque formulato un giudizio probabilistico in merito alla futura reiterazione di condotte criminose. Tale definizione non è applicabile ai minori in quanto il DPR 448/1988 contiene una disciplina più restrittiva sia del concetto di pericolosità sociale che dei presupposti per l'applicazione delle misure di sicurezza.

L'art. 37 II comma DPR 448/1988 prevede infatti una definizione di pericolosità sociale specifica circoscritta soltanto a determinati delitti, commessi con uso di armi o di altri mezzi di violenza personale o diretti contro la sicurezza collettiva o l'ordine costituzionale ovvero gravi delitti di criminalità organizzata.

La ratio di tale ambito applicativo circoscritto è ispirata al principio costituzionale di protezione del minore (art. 31 II comma Cost) e dalle convenzioni internazionali da cui discende l'interesse di contenere i casi in cui si debba intervenire con una limitazione della libertà personale di un soggetto minorenne.

I criteri per l'accertamento della pericolosità sociale del minore sono desumibili dallo stesso art. 37 II comma DPR 448/1988.

In primo luogo occorre che il minore si sia reso responsabile di un delitto: il Giudice procederà a valutarne la pericolosità sociale, nell'accezione ristretta sopra richiamata, considerando le modalità e le circostanze del fatto, la personalità dell'autore (anche in tal caso, viene in considerazione la relazione ex art. 9 DPR 448/1988 già descritta nei principi generali del processo penale minorile), nonché la gravità del fatto e le condizioni morali e materiali in cui il minore è vissuto.

Il giudizio di pericolosità deve essere attuale, cioè riferibile al momento in cui il giudice ordina l'applicazione della misura di sicurezza. Per questo motivo, si riconosce rilevanza anche ai comportamenti successivi alla consumazione del reato.

Le misure di sicurezza applicabili ai minorenni sono il riformatorio giudiziario, nelle forme del collocamento in comunità, e la libertà vigilata, applicata nelle forme delle prescrizioni o della permanenza in casa, vale a dire nella forma delle misure cautelari sopra esaminate.

Il riformatorio giudiziario può essere applicato solo nei casi in cui il reato consenta l'applicazione della custodia cautelare in carcere.

Si pongono indubbiamente problemi concreti applicativi in quanto la comunità è tipicamente una comunità aperta di tipo educativo. Qualora il minore sia stato giudicato pericoloso socialmente, è evidente che è necessario un collocamento in una comunità di tipo più strutturato e in grado di fornire le terapie anche farmacologiche qualora necessarie.

Perplessità vengono in rilievo per quanto concerne la misura di sicurezza applicata secondo le forme della permanenza in casa soprattutto in quei casi in cui l'ambiente domestico e le difficoltà relazionali con la famiglia di origine hanno costituito un importante fattore determinante sia la devianza del minore sia le problematiche psicopatologiche confluite in comportamenti di dipendenza patologica.

In caso di trasgressione alla esecuzione delle misure di sicurezza del riformatorio giudiziario si applica l'art. 214 cp, norma pensata e prevista per gli adulti, secondo la quale, in caso di inosservanza, ridecorre il periodo minimo di durata della misura stessa, vale a dire un anno. Qualora sia violata la misura della libertà vigilata, può applicarsi la misura più grave del

riformatorio giudiziario, ma solo se il reato per il quale è stata applicata lo consente, altrimenti non sono previste reazioni dell'ordinamento.

Le misure di sicurezza possono essere applicate anche ai minori di quattordici anni, non imputabili e non processabili per presunzione assoluta, purché dichiarati socialmente pericolosi. In concreto, le applicazioni di tale previsione sono assai remote e suscitano ulteriori e maggiori perplessità trattandosi, come detto, di un sistema pensato per gli adulti che porta con sé un indubbio carattere coercitivo e, nel caso di soggetti infraquattordicenni dichiarati socialmente pericolosi, le contraddizioni e le forzature con la finalità educativa sono nettamente prevalenti.

Competente per l'esecuzione delle misure di sicurezza è il magistrato di sorveglianza per i minorenni del luogo dove la misura deve essere eseguita.

Con riguardo alla competenza del magistrato di sorveglianza rilevano sia l'art. 24 disp. att. (come modificato dall'art. 5 comma 1 DL n. 92/2014, conv. con modif. nella Legge 117/2014, il quale dispone che le misure di sicurezza si eseguono secondo la disciplina prevista per i minorenni anche quando costoro abbiano compiuto il diciottesimo anno di età, ma non il venticinquesimo – sempre che non ricorrano ragioni di sicurezza valutate dal giudice – prima dell'inizio o nel corso dell'esecuzione), sia l'art. 3 comma 2 DPR 448/1988, secondo il quale la competenza del magistrato di sorveglianza per i minorenni nei confronti di dell'infradiciottenne autore di reato cessa al compimento del venticinquesimo anno di età.(5-10).

Magistrato di Sorveglianza

Il Magistrato di Sorveglianza (MdS) ha competenza esclusiva su determinati provvedimenti che non richiedono conferma da parte del Tribunale. In particolare, si evidenziano i permessi premio ex art. 30 ter Ordinamento Penitenziario (O.P.) n. 354/75, l'espiazione pena presso il domicilio ai sensi della legge n. 199/10 e l'approvazione di provvedimenti di ammissione all'art. 21 O.P. n. 354/75.

In presenza di soggetti che presentino necessità terapeutiche, tali istituti, specie i permessi premio e il lavoro all'esterno possono essere utilizzati anche come basi per potere avviare terapie idonee al di fuori del circuito carcerario in vista della concessione delle misure alternative. In tali casi, le istanze provengono dall'IPM e sono accompagnate dalla relazione dell'equipe socio-educativa e dal parere del direttore dell'IPM medesimo. Spesso sono preventivamente concordati in occasione delle riunioni periodiche del magistrato di sorveglianza in IPM e preceduti dai colloqui con i detenuti. È necessario il parere del PM e sono decisi con decreto in tempo utile per la fruizione del permesso.

Di norma, il primo permesso è di dodici ore e si svolge nelle forme degli arresti domiciliari. Successivamente, in caso positivo, potranno essere via via aumentate le ore con inserimento di eventuali prescrizioni (ad esempio, di prendere contatti conoscitivi con comunità anche di tipo terapeutica in prospettiva di una futura applicazione di misura alternativa.

Misure alternative alla detenzione

L'applicazione delle misure alternative alla detenzione per i soggetti che hanno commesso il reato da minorenni è, di norma, preceduta, per i soggetti detenuti in IPM per il titolo esecutivo per il quale viene richiesta, da una valutazione approfondita da parte dell'equipe, valutazione a sua volta preceduta da un percorso, come sopra evidenziato, fatto di permessi premio e in alcuni

casi di lavoro all'esterno oltre che da colloqui con il magistrato di sorveglianza richiesti dagli stessi detenuti.

Nel caso di richiesta di affidamento in prova al servizio sociale e/o di detenzione domiciliare da svolgersi presso una comunità, questa è individuata preliminarmente dal Centro Giustizia Minorile (CGM) e l'inserimento è preceduto da colloqui, sia in Istituto Penale per i Minorenni (IPM) che durante i permessi tra il detenuto e il responsabile della comunità in modo da consentire una conoscenza reciproca. Qualora siano necessarie terapie, l'ASL di competenza effettua la necessaria diagnosi, ovvero l'aggiornamento della stessa qualora necessario. Tali provvedimenti, ricorrendone i presupposti, sono applicati in via urgente dal magistrato di sorveglianza e comunicati al Tribunale di Sorveglianza per la conferma o la revoca entro sessanta giorni dalla pronuncia in apposita udienza cui può partecipare anche il richiedente la misura.

Se il progetto è in corso di elaborazione, può essere intanto applicata la detenzione domiciliare in attesa della decisione del Tribunale cui il servizio sociale invia una relazione di aggiornamento in tempo utile per l'udienza.

L'esigenza terapeutica può entrare a far parte del programma riabilitativo e rieducativo che il condannato deve seguire durante il corso della misura alternativa specie nei casi in cui il disagio psichico è connesso alla commissione del reato ovvero determinato da comportamenti di abuso di alcol e/o sostanze stupefacenti che, a loro volta, possono ulteriormente spingere il giovane a commettere nuovamente reati.

Qualora i punti del progetto relativi al programma terapeutico non vengano rispettati, il magistrato di sorveglianza può sospendere provvisoriamente la misura con ripristino della detenzione in carcere e trasmissione degli atti al Tribunale di Sorveglianza che deve decidere entro trenta giorni dalla ricezione degli atti, pena la decadenza del provvedimento di sospensione.

È evidente che la sospensione della misura sarà valutata dal magistrato di sorveglianza con la cautela che il caso concreto richiede e al di fuori di meri automatismi applicativi, tenuto conto del comportamento complessivo tenuto dal soggetto nel corso dell'esecuzione della misura e con possibilità di una previa convocazione dello stesso innanzi al magistrato di sorveglianza per l'assunzione di tutte le informazioni utili ai fini del decidere.

L'esigenza terapeutica sia essa di tipo psicologico ovvero psichiatrico può, dunque, entrare nel procedimento penale minorile sin dalla sua fase iniziale e costituire un punto importante, anche se non il solo, per l'avvio di un progetto educativo e riabilitativo e per il controllo dello stesso.

Tuttavia, come già detto, tale esigenza deve fare i conti non soltanto con la struttura e i tempi del procedimento penale, ma anche con la necessaria collaborazione del minore autore di reati, il quale deve essere disponibile e motivato a ricevere gli interventi terapeutici man mano proposti.

Da ultimo, ma non meno importante, sono pregiudiziali ad un intervento efficace e funzionale la disponibilità e la validità delle strutture, in particolare delle comunità terapeutiche, nelle quali i minori e i giovani adulti verranno inseriti per realizzare il percorso di recupero.

A tale proposito, il Tribunale per i Minorenni di Roma ha istituito nel 2017 un Tavolo interistituzionale con la partecipazione della Regione Lazio per la individuazione delle modalità più consone di interazione del Tribunale predetto con i servizi minorili dell'Amministrazione della Giustizia e con i servizi socio-sanitari del territorio essendosi evidenziata negli ultimi anni una grave carenza di posti nelle comunità terapeutiche idonee sia per la cura delle patologie psichiatriche sia per il recupero della tossicodipendenza, problematiche che, peraltro, talvolta si sovrappongono nello stesso soggetto.

Infine, la Legge 103/2017 (cd riforma Orlando) ha previsto una delega al Governo per la riforma dell'ordinamento penitenziario con particolare riguardo alla disciplina da applicare ai minorenni, tenuto conto che la disciplina penitenziaria è stata concepita per i soggetti maggiorenni: l'art. 79 comma 1 della legge n. 354/75, infatti, prevede, che, in assenza di un'apposita legge, si applichino ai minori le norme e gli istituti previsti per gli adulti.

Tale riforma costituisce il naturale sbocco di una giurisprudenza della Corte Costituzionale che ha ribadito la necessità di un adattamento dell'ordinamento penitenziario alle specifiche e individuali esigenze del minore. Tale adattamento deve essere guidato dalla necessità di evitare ogni forma di automatismo sanzionatorio che imponga soluzioni obbligate, incompatibili con la necessità di valutazioni flessibili dirette a perseguire il recupero del minore attraverso l'esecuzione della pena.

Il Legislatore nel decreto legislativo relativo alla disciplina dell'esecuzione delle pene nei confronti di condannati minorenni ha dunque recepito i principi enucleati dalla Corte Costituzionale, già presenti nel DPR 448/1988, arricchendo le regole e le finalità dell'esecuzione con la previsione della necessità di valutare il minore, il contesto familiare, i suoi bisogni anche rapportati alle esigenze di difesa sociale e con significative ed espresse indicazioni a favore della giustizia riparativa e della mediazione con le vittime del reato.

Conclusioni

In attesa della pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* di tali decreti e in vista della conseguente prossima applicazione in concreto degli stessi, deve essere evidenziata la improrogabile necessità di potenziare le risorse esistenti al fine di rendere concretamente operativa la riforma, che rischia, allo stato attuale delle strutture e dei rispettivi operatori a tutti i livelli di intervento (uffici giudiziari; servizi sociali; ASL; polizia penitenziaria; istituti penali minorili), di rimanere effettiva soltanto sulla carta (11).

Bibliografia

1. Conso G, Grevi V, Bargis M. *Compendio di procedura penale*. Padova: CEDAM; 2016.
2. Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta, 4 agosto 2015. Criteri, requisiti e procedure per la costituzione dell'Elenco Regionale di fornitori di protesi, ortesi e ausili dicui elenchi 1 e 2 del DM 332/99 (dispositivi su misura e/o predisposti, di serie) e linee guida per l'uniformità delle attività di verifica da parte delle AA.SS.LL. nonché per il monitoraggio delle attività delle imprese inserite nell'elenco. *Bollettino Ufficiale della Regione Lazio* n. 65, 13/8/2015.
3. Fadiga L. *Una nuova cultura dell'infanzia e dell'adolescenza*. Milano: Franco Angeli; 2006.
4. Fadiga L. *Il giudice dei minori*. Bologna: Il Mulino; 2010.
5. Forza A, Michelin P, Sergio G. *Difendere, valutare e giudicare il minore*. Milano: Giuffrè Editore; 2001.
6. Bianchi A, Gulotta G, Sartori G. *Manuale di neuroscienze forensi*. Milano: Giuffrè Editore; 2009.
7. Patrizi P. *Manuale di psicologia giuridica minorile*. Roma: Carocci editore; 2012.
8. Minori Giustizia: Rivista interdisciplinare di Studi giuridici, psicologici, pedagogici e sociali sulla relazione fra minorenni e giustizia, Vol. n. 2, 2003.. Milano Ed. Franco Angeli,
9. Nappi A. *Guida al codice di procedura penale*. Napoli: Giuffrè Editore; 2007.
10. Giostra G. *Il processo penale minorile, Commento al DPR448/1988*. Quarta edizione. Milano: Giuffrè Editore; 2016.
11. Ferracuti S, Biondi M. La riforma dell'ordinamento penitenziario. Una rivoluzione che investe i Servizi di Salute Mentale. [Editoriale] *Riv Psichiatr* 2018;53(1):1-4.

PENA E CURA. LE RISPOSTE ATTUALI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE ALLA LUCE DELLA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

Roberto Mezzina

Dipartimento di Salute Mentale, Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Formazione, ASUI Trieste

Introduzione

Sin dall'inizio del processo di deistituzionalizzazione, a livello internazionale, si è determinato uno spostamento a valle dei vecchi manicomi delle istanze di controllo e di contenimento dei comportamenti devianti connessi alla sofferenza psicopatologica, specie quando accompagnati da aspetti di disturbo sociale. Ciò ha portato, soprattutto nei Paesi ad alto reddito, alla creazione di un circuito istituzionale nuovo, caratterizzato da un ventaglio di istituzioni e di servizi in connessione tra loro e che si dispongono in una sorta di continuum. Vi si comprendono le varie forme attraverso cui si declinano oggi gli ospedali psichiatrici giudiziari, come le unità "forensi" di alta, media e bassa sicurezza, i reparti chiusi, le unità chiuse a valle di essi (*step-down*) e tutte le svariate forme più attenuate di obbligatorietà alle cure, fino agli interventi territoriali. Ne fa parte lo stesso carcere, spesso come luogo di scarico di contraddizioni, dove la detenzione viene integrata da trattamenti psichiatrici di varia natura (1). Vi è stata una corrispettiva differenziazione degli strumenti legislativi, sia in ambito sanitario che penale, sviluppata con finalità di gestione e controllo dei comportamenti, laddove la definizione di pericolosità evolve nel concetto di rischio (2). A volte questi fenomeni sono stati messi in diretta relazione alla deistituzionalizzazione e alle controtendenze che sembrano innescarsi in reazione ad essa (3).

In Italia, le prime e precoci critiche alla legge di riforma psichiatrica n. 180, poi incorporata nella 833 del 1978, rilevavano che nei primi anni vi era stato un aumento del 15% circa del numero di internati nei 6 Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) italiani, ma successivamente questo dato è rimasto stabile fino al 2011. Al contempo il DPCM 2008, con l'introduzione di un servizio di sanità penitenziaria gestito dai SSR, ha iniziato il processo di regionalizzazione, partendo da oltre 1400 presenze.

Le disposizioni legislative e i provvedimenti correlati al superamento degli OPG, che si sono succeduti a partire dall'ottobre 2011 (decreto legge 211/2011, convertito nella Legge 9/2012) fino al febbraio 2016, e culminati nella Legge 81 del 30/5/2014 «Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari», hanno portato all'uscita definitiva di tutte le persone in essi internate nel maggio 2017 e alla loro chiusura. Tale legge, incluso il percorso che l'ha preceduta, determinando il completamento della deistituzionalizzazione psichiatrica iniziata in Italia negli anni '70 e sancita dalla legge di riforma del 1978, ha favorito quella che è stata comunque definita, nonostante le contraddizioni evidenti e le problematiche ancora irrisolte (4), una vera e propria "rivoluzione gentile" (5), che ha profondamente trasformato il terreno difficile e incerto tra la cura e la sanzione.

Con la Conferenza Unificata Accordo Stato – Regioni del 26 febbraio 2015 è stato confermato e sancito il principio della territorialità, che tuttavia ancora deve essere realizzato completamente per il sistema delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), nato su una scala e in una prospettiva di regionalizzazione. Circa 50 persone sono attualmente fuori regione

delle circa 600 ristrette nelle 26 REMS italiane. Estremamente variabili sono le caratteristiche strutturali e organizzative adottate per le REMS, a partire dalle dimensioni, che variano da 2 fino a 20 posti-letto, mentre va rilevata la grossa contraddizione di aver creato nell'ex-OPG lombardo di Castiglione delle Stiviere un insieme "polimodulare" per circa 200 posti, inizialmente proposto per servire tutto il Nord Italia, esclusa l'Emilia-Romagna e il Friuli Venezia Giulia. Insieme ad esse, il loro rapporto coi servizi territoriali, con i quali risultano più o meno integrati, fino ad essere una componente dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), testimonia dell'estrema diversità delle culture psichiatriche e psichiatrico-forensi nonché giudiziarie in questo Paese.

Il nuovo assetto istituzionale non ha peraltro modificato il quadro normativo di riferimento, in particolare il Codice Penale relativamente alle questioni dell'imputabilità (artt 88 e 89), e dell'applicazione delle misure di sicurezza ai rei non imputabili o parzialmente imputabili (artt 219, 221, 222). Il nesso incapacità-pericolosità permane, e questo sostiene una visione della "pericolosità" legata o perfino attribuita al disturbo mentale, che si riflette nella persistenza dei vecchi quesiti posti dal GIP (Giudice delle Indagini Preliminari) (o dal Pubblico Ministero, PM) al Consulente Tecnico di Ufficio (CTU) in sede di assegnazione di perizia psichiatrica. Tale insieme conferma la vecchia impostazione di "doppio binario", ossia l'uso di misure di sicurezza che vengono quindi comminate al reo non imputabile o parzialmente imputabile, invece della condanna alla sanzione penale ordinaria. Inoltre è ancora possibile, come per i vecchi OPG, l'invio di persone in "misura di sicurezza provvisoria" anche in fase preliminare o di incidente probatorio e senza necessaria perizia psichiatrica (6).

Dal punto di vista penale le persone dichiarate totalmente incapaci di intendere e di volere, e pertanto non imputabili, vengono quindi espropriate del diritto di difendersi dalle accuse formulate nei loro confronti, e private delle loro stesse responsabilità, compresa quella di rispondere del reato commesso (e di risarcire il danno compiuto). Riteniamo invece che, nonostante il fatto che gli impulsi ad agire comportamenti-reato possano essere certamente condizionati da un grave disturbo mentale, la persona continui a mantenere, se pur in modo ridotto, la capacità di comprendere il significato del proprio comportamento e di rendersi conto del valore sociale dell'atto compiuto.

All'interno di questo a dir poco "variegato" panorama, il presente contributo si prefigge lo scopo principale di rappresentare le pratiche che si occupano del nesso tra la pena e la cura, all'interno di un'esperienza come quella di Trieste, che, per il ruolo di avanguardia svolto nella riforma psichiatrica, da oltre 40 anni ha costruito in modo coerente modalità di intervento che non invalidano il soggetto autore di reato portatore di problemi psichiatrici, ma provano a garantire un percorso di cura che entra all'interno di questa antinomia, nella contraddizione che essa rappresenta. Ciò si esplica in luoghi, come il carcere, e una volta l'OPG - oggi le REMS, deputati a contenere il disturbo e a riservare ad esso un trattamento per loro stessa natura differente.

Per molto tempo una delle sfide principali della deistituzionalizzazione, e della stessa riforma psichiatrica, è stata dimostrare che sarebbe stato possibile curare le persone con disturbo mentale senza utilizzare l'OPG o il carcere come scarico di fallimenti terapeutici e difficoltà di gestione, ma provando a restituire alle persone l'integrità della loro esperienza, la continuità della loro esistenza, mantenendo loro il supporto e la cura necessarie. Questa catena, altrove spezzata e sconnessa, di interventi, di servizi, di scelte e di strategie, che oggi ha infine compreso il delicato tema delle REMS, va a nostro avviso concepita e assunta come un tutto, come un circuito le cui parti interagiscono (7), e quindi come un ambito integrale di azione anti-istituzionale di rinnovata coerenza.

Parità dei diritti

La nostra esperienza parte dal principio fondamentale che non vi debba essere un percorso, uno statuto, un istituto speciale per i rei che presentano disturbi psichiatrici, i quali devono essere considerati responsabili e, come tali, aver diritto al processo. In questa ottica i DSM devono essere rafforzati e responsabilizzati rispetto ai percorsi di cura anche nella pena, sia in condizioni di normale detenzione sia attraverso alternative (che comportino pure la modulazione della pena). La responsabilizzazione resta principio cardine, che coinvolge in prima istanza il soggetto giuridico, ovvero il reo, ma anche le agenzie sanitarie implicate nel percorso di cura, ossia i servizi.

Nella Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità, all'art.12 (Uguale riconoscimento dinanzi alla legge) si legge (8):

Gli Stati Parti riaffermano che le persone con disabilità hanno il diritto al riconoscimento in ogni luogo della loro personalità giuridica.

Gli Stati Parti riconoscono che le persone con disabilità godono della capacità giuridica su base di uguaglianza con gli altri in tutti gli aspetti della vita. (...)

Gli Stati Parti assicurano che tutte le misure relative all'esercizio della capacità giuridica forniscano adeguate ed efficaci garanzie per prevenire abusi in conformità alle norme internazionali sui diritti umani. Tali garanzie devono assicurare che le misure relative all'esercizio della capacità giuridica rispettino i diritti, la volontà e le preferenze della persona, (...) che siano proporzionate e adatte alle condizioni della persona, che siano applicate per il più breve tempo possibile e siano soggette a periodica revisione da parte di una autorità competente, indipendente e imparziale o di un organo giudiziario. (...)

Ai sensi di tale Convenzione le persone con disturbo mentale hanno diritto a ricevere, anche in condizioni di detenzione, servizi adeguati. Ciò rispecchia quanto peraltro previsto nel nostro Paese dal DPCM 2008 sulla sanità penitenziaria, attraverso l'attività diretta delle equipe dei DSM presso gli istituti di prevenzione e pena. Questo principio, sostenuto da quarant'anni dall'esperienza triestina, è confortato dai recenti sviluppi dell'applicazione della stessa CRPD (Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle Persone con Disabilità) alla salute mentale e da quanto è contenuto in un importante programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (9). In particolare, il *Committee on the Rights of Persons with Disabilities*, nelle linee guida riguardanti l'articolo 14 della Convenzione (Diritto alla libertà e alla sicurezza della persona) stabilisce in modo netto e radicale(10) di non organizzare servizi speciali di tipo forense; di non attuare una diversione dalla giustizia (dalla pena) alla psichiatria (alla terapia), laddove, se il controllo sociale resta la guida e non il diritto alla salute, si impone il vecchio binomio manicomiale cura-custodia. Conseguentemente, sancisce il diritto alla difesa. Mentre esclude ogni forma di trattamento forzato, stabilisce che le forme di assunzione di decisioni non debbano sostituirsi al soggetto, ma solo essere di sostegno alla sua autodeterminazione.

Il Commento Generale sulla CRPD (2013) ha infatti definito la capacità mentale come le capacità decisionali di una persona e ha rifiutato le concezioni mediche prevalenti della capacità mentale, affermando che esse sono "altamente controverse" e che la capacità mentale "non è, come è comunemente presentato, un fenomeno oggettivo, scientifico e che si presenta in natura".

Il Comitato della CRPD ha sostenuto in tale occasione che la capacità mentale e la capacità giuridica non vanno confuse, e che le competenze compromesse nel processo decisionale della prima non dovrebbero essere una giustificazione per la sospensione della capacità giuridica, se consideriamo affermato il principio del consenso informato. Pertanto ha concluso che non sono più accettabili il processo decisionale sostitutivo in ogni sua forma, il trattamento obbligatorio e la esclusione dal processo penale, stabiliti sulla base di una disabilità mentale.

Di fatto, anche al di fuori del quadro del diritto internazionale, nessun supporto viene al concetto di “incapacità di intendere” il significato dei fatti di cui si fa esperienza, e “di volere” riferita alle azioni, da parte delle scienze cognitive, della neuropsicologia, della psicoanalisi (11), che escludono un meccanicismo deterministico di causalità e prevedibilità dei comportamenti. Non certo dalla filosofia, specie se si guardano i concetti di intenzionalità e di senso, e ci riferiamo qui agli atti e vissuti intenzionali di Husserl (12), alla critica radicale del determinismo con la riscoperta dell'intenzionalità degli atti di coscienza in Ricoeur (13), o al concetto di orizzonte di senso intersoggettivo in Apel e soprattutto in Habermas (14).

Affermare l'imputabilità del malato di mente non vuol dire negare la malattia e i suoi effetti, ma significa invece proporre la ricerca del senso del gesto-reato all'interno della storia di quel soggetto, e della continuità della sua esistenza, senza negarlo e invalidarlo attraverso presunti automatismi naturalistici attribuiti alla malattia.

Per quanto concerne la pericolosità, per le persone con disturbi psichiatrici, essa è stata correttamente riferita ad elementi di contesto, specie di natura relazionale, che si esplicano soprattutto all'interno delle relazioni familiari e comunque significative (15). Anche se guardiamo alla psichiatria forense italiana “storica”, nel concetto di pericolosità “il patologismo deterministico di derivazione lombrosiana” viene riconfermato, e si sostiene che risulta “impossibile dare un contenuto scientifico al risposta al quesito circa la pericolosità sociale psichiatrica”(16). Così, in una serie di passaggi logici assolutamente non esplicitati e chiariti, la qualifica “psichiatrica” viene aggiunta a quanto recita l'art. 133 codice penale sulla pericolosità sociale, per il cui accertamento in psichiatria forense vengono alla fine consigliati indicatori interni – clinici – ed esterni. Tutto ciò, si ammette, in netto contrasto ai principi della Legge 180/1978. Simili posizioni critiche sono state in passato espresse da altri studiosi: “la pericolosità sociale consiste nella sua essenza in un giudizio individualizzato di prognosi comportamentale, con il quale si ritiene concretamente prevedibile la reiterazione di atti delittuosi” (17). Il punto di vista tradizionale della psichiatria forense è dichiarato, da questi autori, avulso dalla realtà dei servizi e dalle prassi vigenti.

Contraddizioni della Legge 81/2014

Come già riferito, “de facto”, con la Legge 81, l'esecuzione della misure di sicurezza nelle case di cura e custodia o negli ospedali psichiatrici giudiziari è sostituita dall'invio nelle REMS. In questo senso, la più grande contraddizione è stata l'applicazione dell'ordinamento penitenziario in una struttura ad esclusiva gestione interna sanitaria, che ancora si trova in numerose REMS italiane, nonostante l'Accordo della Conferenza Stato Regioni e le successive prese di posizione dello stesso Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) a proposito (6).

Abbiamo peraltro riscontrato nella pratica come la dichiarata “pericolosità”, se legata ad una patologia cronica, o ad un disturbo di personalità, che non si può adeguatamente curare e soprattutto riabilitare in contesti reali, viene inserita in un circolo vizioso laddove il soggetto viene ristretto da una misura detentiva. Va invece stabilito il criterio del “reality testing”, della verifica nelle condizioni di realtà dell'esperienza. Se, come di solito viene stabilito un limite temporale per la sua rivalutazione, ai fini della misura di sicurezza, si genera il paradosso di una “condanna senza oggetto”, con un limite temporale.

Quando viene invece riscontrata una “pericolosità sociale attenuata” (nuova categoria priva di fondamento, come la semi-infermità, potremmo così parlare di semi-pericolosità), può invece essere proposto dal CTU al magistrato il passaggio da una misura di sicurezza detentiva ad una

non detentiva. Dunque gli effetti della pericolosità, una volta attribuita, sono assimilabili ad una sorta di pena, commisurata e modulata in relazione ad un giudizio che resta in partenza arbitrario.

A nostro parere va tenuto in considerazione il principio, più volte richiamato dalla Corte Costituzionale, per cui la misura di sicurezza di carattere detentivo deve essere considerata alla stregua di una soluzione residuale, estrema, da comminare soltanto nei casi in cui nessun'altra forma di trattamento possa ritenersi adeguata. Pertanto la stessa REMS è in sé una soluzione che deve essere intesa come residuale nella prassi e ad esaurimento, e non a caso inizialmente, nella legge 9 del 2012, era stata inizialmente denominata “struttura per il superamento dell’OPG”.

Si pongono immediatamente una serie di questioni di prospettiva: è possibile andare oltre le REMS? Ovvero superare la disciplina delle misure di sicurezza? È necessaria una riforma del codice penale in merito a incapacità e pericolosità?

Col DDL Giustizia n. 103/2017 si è presentato il rischio di un ritorno alla REMS, al pari dell’OPG, come contenitore indifferenziato. Esso infatti così disponeva:

“tenuto conto dell’effettivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e dell’assetto delle nuove REMS, previsione della destinazione alle residenze di esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) prioritariamente delle persone per le quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto, da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale, nonché dei soggetti per i quali l’infermità di mente sia sopravvenuta durante l’esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisoria e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati non siano idonee, di fatto, a garantire i trattamenti terapeutico - riabilitativi, con riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti e nel pieno rispetto dell’articolo 32 della Costituzione”.

Conseguentemente, si è iniziato l’iter che doveva portare alla realizzazione di decreti-delega applicativi di tale legge di riordino – affidati a due diverse Commissioni, che tuttavia non sono stati assunti dal nuovo governo insediatosi nel 2018¹.

Nel definire l’incompatibilità alla detenzione (che dovrebbe far scattare il 147 cp esteso alle patologie psichiatriche, o misure alternative) si sono chiamate in causa diagnosi, indici di psicopatologia, presenza di reti e supporti. Abbiamo visto nella pratica che tutto questo non influisce significativamente sull’adattamento alla detenzione. Dall’esperienza possiamo sostenere che non è possibile prescindere dalla verifica empirica ex-post, ovvero grazie all’osservazione che i servizi devono garantire.

Lo stare in carcere peraltro spesso tende a normalizzare, nel senso di contenere in un quadro di “normalità della pena”, le condizioni più devianti dalla norma in senso psicopatologico.²

¹ Tra i temi che si sono posti nella Commissione Pellissero, va sottolineata l’aporia incapacità / capacità senza alternative (e quindi un rafforzamento dell’art. 88, col superamento dell’art. 89); l’incapacità posta in rapporto a dimensioni categoriali diagnostiche, con l’ingresso del grave disturbo di personalità in tale ambito; la possibile abolizione dell’art. 148 e la riforma dell’art. 147 in modo da includere i disturbi psichici. Inoltre si è discusso l’uso delle misure di sicurezza provvisorie; e si è proposto di limitare quelle detentive solo ai casi gravi (ma con il rischio di incrementare l’aspetto custodialistico delle REMS). Si è invece proposta una libertà vigilata a fini terapeutici, che però comporta il rischio di condizionare, in senso appunto “terapeutico”, la stessa giustizia penale a tale riguardo.

² La Commissione Giostra ha fatto riferimento al testo della legge n. 354 del ‘75, e il DLgs n. 230/1999, in tema di riordino della medicina penitenziaria. Non ha invece considerato (né citato) l’atto fondante del passaggio della sanità penitenziaria all’SSN (Servizio Sanitario Nazionale), cioè il DPCM 1.4.2008. Esso poneva una visione globale, non solo in senso sanitario, ma anche integrata sia con l’area trattamentale, con le responsabilità e compiti degli Istituti stessi (es in materia di salute anche degli ambienti) che con l’esterno (coi servizi sociosanitari cui ci si deve raccordare). Equilibrata in questo senso vi appare anche la parte specificamente rivolta alla salute mentale, incluso la citazione delle famose sezioni che però non

I decreti-delega proposti nulla hanno detto su come le sezioni psichiatriche in carcere dovrebbero essere organizzate (18), con quali professionalità, con quale operatività e relative procedure, con quali limiti, con quali obiettivi e su invio di chi. Peraltro poco si conosce della pratica delle sezioni già esistenti in Italia, e delle potenziali violazioni di diritto che vi si possono attuare, a partire dalle misure di isolamento non giustificate da esigenze processuali, e tenuto conto che nella maggior parte dei normali servizi psichiatrici ospedalieri (i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, SPDC), fuori dalle carceri, si lega. Soprattutto, in che modo esse devono lavorare coi servizi del DSM? Che tipo di progettualità e di integrazione con la rete di tutti i servizi esterni di welfare esse devono mettere in campo?

Tuttavia il rischio maggiore è quello riproporre una cultura di esclusione delle persone con disturbo mentale, ossia la stessa cultura del doppio binario. Si va a creare in carcere un secondo luogo interno ad esso, governato da leggi proprie, che trasforma la pena detentiva in una specie di ricovero protratto, al quale una persona valutata “al momento del fatto” seminferma, automaticamente (e magari anni dopo) accede. Ciò sottrae l’aspetto rieducativo rispetto al reato, che solo nell’inserimento nelle prassi usuali di trattamento, e insieme con tutta la popolazione detenuta, si può realizzare. Non si comprende tra l’altro perché il citato “accertamento delle condizioni psichiche” debba avvenire in un luogo di ricovero (la sezione) prevedendo fino ad un mese di osservazione e non, come prevede la L. 833, in ambito extraospedaliero, nei luoghi di vita (come per noi del Friuli-Venezia Giulia la LR 79/80 cita espressamente), cioè in questo caso nello stesso carcere, intensificando i contatti e gli interventi e agendo in raccordo con il servizio sanitario in toto e l’area trattamentale.

Nodo dei servizi e presa in carico

Nel circuito che alla fine porta alle REMS, piuttosto che in carcere, persone con disturbo mentale autrici di reato, il ruolo dei DSM nella riforma introdotta dalla legge 81 risulta assolutamente centrale e strategico. In passato, il DSM non interveniva su quanto deciso dal magistrato a meno che non espressamente richiesto di un programma, anche a seguito di specifico quesito posto al CTU. Nella nuova normativa, il DSM è fondamentale nel valutare e proporre

vengono enfatizzate e solo definite “a sorveglianza attenuata” e con compiti di osservazione e riabilitazione. Insomma, uno dei grandi atti legislativi che ogni tanto l’Italia sa produrre. Nella bozza del DL.vo, al Capo 1, si trattano le sezioni psichiatriche in carcere (20 pl), da istituire a isorisorse. Ci si è chiesto: commisurate a quale bisogno? Il testo non prende in considerazione il DPCM 2008 in cui all’allegato è specificata tutta una serie di parametri rispetto ai servizi specialistici in carcere. Le persone cui è stato applicato l’ art. 89 cp e 95 cp al momento del fatto andrebbero nelle sezioni, senza che siano valutate le loro condizioni al momento dell’applicazione di tale misura. Peraltro la permanenza nella sezione non è legata a condizioni di acuzie o subacuzie ma al superamento dell’infermità (?). Quindi la sezione è un luogo dove scontare la pena o un ricovero dove ci si dovrebbe curare e perfino riabilitare? Con quali strumenti? Se deve esserci un provvedimento a isorisorse, come pare, prima di chiedere alle ASL e ai loro DSM di costruire dei reparti in carcere, stressando quindi dotazioni già esigue, va richiesta loro che assicurino la normale assistenza sanitaria, in questo caso specialistico-psichiatrica, che come da DPCM del 2008 è compito dell’SSN. Resta quindi da definire a chi e in quali condizioni vadano chiamate in campo altre risposte: se per situazioni acute o subacute, che segnalano ad esempio la riaccensione di patologia durante la detenzione, vale a dire una ricaduta o un peggioramento evidente, e utilizzando dapprima i normali servizi (con o anche senza piantonamento, come arresti domiciliari presso struttura sanitaria), in modo da alleviare la sofferenza e il disturbo, ricalibrare l’assistenza e il programma terapeutico che comunque tornerà a svolgersi in carcere, oppure proporre una soluzione diversa e alternativa, ivi compreso, come extrema ratio, l’art. 147 (sospensione della pena per motivi di salute).

alternative di presa in carico, attraverso protocolli specifici con la magistratura, in ogni grado di indagine e giudizio (come in Regione Friuli-Venezia Giulia), e nel sostenere il piano di trattamento in REMS e pure il PTRI (Percorso Terapeutico Riabilitativo Individuale) proposto in alternativa alla REMS.

L'accordo della Conferenza Stato-Regioni col DAP del 26 febbraio 2015 già ha previsto che venga formulato subito, entro 45 giorni dall'ingresso in REMS, un PTRI finalizzato all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS. Non occorre attendere la fine del periodo inizialmente definito dal magistrato per la misura di sicurezza. Ciò ne conferma quel carattere di "strutture residuali" rispetto al progetto di superamento degli OPG e non di luoghi d'elezione per l'esecuzione della misura di sicurezza (detentiva).

Quanto fin qui esposto ha trovato conforto nel parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (19), il quale ha sottolineato come questa riforma si muova intorno a principi generali che potrebbero svolgere un ruolo rilevante per il ripensamento generale del rapporto tra sistema penale e sistema psichiatrico, e in particolare:

- 1) il principio di residualità della misura di sicurezza
- 2) il principio di territorialità nella sua esecuzione
- 3) il principio di individualità del progetto terapeutico
- 4) il principio del primato della salute del paziente sulle esigenze di controllo sociale e della giustificazione delle misure adottate.

L'aspetto qualificante e centrale, secondo noi, è rappresentato dal modo, dalla pratica, con cui i DSM svolgono questo ruolo nella dinamica della riforma. Laddove i servizi territoriali di salute mentale intendono la loro operatività in chiave ambulatoriale, con ricorsi routinari al ricovero ospedaliero, con un uso "amministrativo" del trattamento sanitario obbligatorio, e sono attenti a mantenere tecniche e vocazioni terapeutiche senza considerare la domanda di controllo sociale e gli aspetti di sanzione penale, il rischio dell'abbandono o, inversamente, dell'induzione di istanze fortemente repressive e di contenimento diventa la norma. Diversamente, qualora si sia organizzata una rete organica di servizi capace di accogliere complessivamente il disagio, disposta ad assumersi il carico dei bisogni che lo accompagnano, di essere attraversabile e flessibile alla soggettività e all'unicità del cittadino portatore di tale disagio, si creano condizioni che permettono di affrontare in maniera articolata la complessità del percorso di cura, nell'intersezione con i circuiti della sanzione.

Tale pratica, che è stata storicamente definita di presa in carico da parte di servizi "forti", può agevolmente disporsi tra istanze di controllo, richieste di internamento, e induzione di abbandono e di rimando della risposta.

Prendendo ad esempio il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUIT), ci riferiamo ad un'organizzazione è basata sui seguenti criteri, o principi:

- Responsabilità sulla salute mentale dell'area territoriale;
- Presenza attiva del Servizio e mobilità verso la domanda;
- Accessibilità (e modello di riconoscimento non solo clinico);
- Continuità terapeutica;
- Centralità della crisi nel servizio territoriale;
- Globalità/integrazione;
- Lavoro d'equipe.

L'orizzonte è quello di un approccio di sistema, complessivo, alla vita intera della persona. Qui di seguito indichiamo i principali passaggi che nella nostra esperienza si sono rivelati fondamentali per la presa in carico delle persone con disturbo mentale a rischio di commissione di reati e di problemi con la giustizia. La prevenzione secondaria si realizza attraverso la pratica proattiva e assertiva dei sottogruppi di continuità terapeutica, operanti nei vari Centri di Salute

Mentale (CSM), aperti sulle 24 ore, ciascuno con 6 posti letto, finalizzati alle persone ad alta priorità sulla base di criteri (costante aggiornamento elenco e modulazione dell'intensità – circa 1/10 utenza del CSM) (20-22).

Gli interventi di crisi dei CSM, anche a domicilio, sono volti a prevenire il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), attraverso l'ingaggio attivo della persona, la negoziazione assertiva, a volte anche in collaborazione con le forze dell'ordine. È stato inoltre creato un team di crisi per rafforzare queste pratiche, a partenza dal SPDC. Lo stesso TSO è in questo quadro non già un accadimento esterno al sistema salute mentale, ma una decisione del servizio in caso di fallimento del programma e di rischio per la salute del soggetto. La presa in carico globale dei bisogni personali e sociali ("whole life") si pone in una prospettiva di abilitazione e recovery, articolandosi in progetti personalizzati (eventualmente con Budget Individuali di Salute), imperniati sugli assi casa-lavoro-socialità. Soluzioni abitative e abilitative transizionali sono disponibili: una "recovery house", le case per le donne, gli appartamenti di automutuo aiuto e di supporto. Se necessario, periodi di ospitalità prolungata nei CSM permettono una più adeguata progettualità per persone con bisogni complessi, che a volte può richiedere tempi più dilatati.

Sostenere i percorsi giudiziari: lavoro con la polizia, perizia, concertazione con la magistratura

Qualora si inizi un percorso giudiziario che riguarda una persona nota al servizio, o comunque portatrice di disturbo mentale, dall'interrogatorio alla relazione di supporto alla difesa legale, è immediata la presenza e l'offerta del servizio nei confronti di polizia e magistratura. Nei vari passaggi dell'accompagnamento, del sostegno, dell'informazione, della comunicazione, l'interazione con gli apparati dell'ordine pubblico e della giustizia è finalizzata non a giustificare ma a far comprendere il percorso della persona fino al gesto di rottura, al potenziale reato, e permette di riportare a ragioni "umane" il comportamento sintomatico o deviante (23). E inoltre, ad offrire garanzie a chi opera sul versante della sicurezza e alla magistratura inquirente, giudicante e di sorveglianza, attraverso la formulazione di un progetto, di un percorso di cura e di reinclusione sociale.

Per quanto concerne la pratica della perizia psichiatrica, riteniamo che essa sia necessaria, attraversando criticamente la contraddizione del ruolo peritale come compito del servizio: che sia dal CTU o talora dal CTP (Consulente Tecnico di Parte), comunque in relazione col CTU in merito all'offerta di programma, esso rappresenta una maggiore "garanzia" per il giudice. Sottolineiamo che una visione prospettica della presa in carico deve essere tale da evitare i danni dei percorsi psichiatrico-giudiziari, dove il soggetto può venire coartato, traumatizzato, denegato. La capacità va riferita alla persona e al rapporto con la sanzione, ricercando il confronto con le conseguenze del proprio gesto, in un'ottica di normalità e di non discriminazione, richiamandosi all'"uguale diritto di fronte alla legge" (CRPD) di cui si è parlato.

Tale pratica vede l'atto peritale come una necessaria ricostruzione di storia, soggettività e continuità di senso ("l'ininterrotto rapporto di senso" di cui ha scritto Klaus Doerner) (24). Da un lato, scrostato dall'involucro/malattia, un senso soggettivo, interno al soggetto, una verità personale, vi è sempre intellegibile, sia pure nello scarto dell'interpretazione dello osservante (25). Questo senso è dunque depositato non solo nei vissuti di quegli atti, nel senso interno o "soggettivo", ma anche nel loro valore comunicativo, nel loro senso "percepito" dagli altri, e tradotto anche nel senso comune. Esiste poi il problema del significato sociale di un reato o di un gesto trasgressivo e deviante. Questa faccia esterna, sociale, del senso, è relativa a livelli istituzionali di contraddizione che possono via via farlo considerare come atto da sanzionare o da

comprendere in quanto vi traspare e vi si trasmette la sofferenza; evento/esperienza da cancellare o da recuperare alla solidarietà.

La perizia dunque indaga su alcune domande chiave, che attengono alla relazione tra la soggettività e il disturbo, la malattia: come questo viene direzionato e gestito dal soggetto (26), che senso ha il sintomo per il soggetto, che senso ha l'esperienza stessa di malattia in quanto fatto anche interpersonale e sociale.

La questione centrale del determinismo biomedico è che esso non rende ragione del senso (27), che invece può essere un tramite per riconoscere un livello di capacità giuridica rispetto al reato.

Com'è noto negli studi sulla "recovery", trovare un senso allo star male è essenziale alla riappropriazione di sé, e dunque esso sarà centrale anche nella riabilitazione connessa alla pena, alla sanzione (28, 29). La questione principale diventa allora comprendere come un gesto-reato si inquadra in una storia, che significato particolare può rivestire, e come da esso ripartire.

Assistere in carcere

Col DPCM 1° aprile 2008 in materia di sanità penitenziaria, che disciplina il passaggio delle funzioni sanitarie dall'amministrazione penitenziaria alle Regioni, applicato ormai da tempo in tutte le regioni italiane, il servizio sanitario negli istituti di prevenzione e pena è gestito dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tramite le Aziende Sanitarie Locali (ASL). Esso comprende le funzioni ex-OPG, ora svolte dalle REMS.

Lo scenario generalmente auspicato per l'assistenza psichiatrica in carcere è quello delle sezioni, o articolazioni psichiatriche, già realizzate in molte regioni (vedi Campania). Col DPCM 1° aprile 2008, e nei successivi Accordi della conferenza Stato-Regioni, emerge la chiara indicazione che i soggetti con patologie psichiatriche ma non sottoposti a misura di sicurezza siano reclusi negli istituti penitenziari, rendendo questi idonei a soddisfare le esigenze di cura, attraverso la realizzazione di sezioni specializzate, gestite con criteri sanitari. In essi "gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli specialisti del Servizio" (Accordo n. 3/CU del 22/01/2015). Tuttavia il nostro punto di vista a Trieste è quello di privilegiare l'entrata dei servizi in carcere (l'esemplificazione di questa scelta è ritenere che "il carcere è territorio") per mantenere la continuità di cura e di relazione e per affrontare le nuove domande in un luogo ad alta concentrazione di sofferenza, mettendole immediatamente in contatto con le risorse e i programmi disponibili soprattutto "nel fuori".

A Trieste dal 1980 il DSM entra in carcere dapprima con un numero ristretto di consulenti, poi attraverso una convenzione con tutti i CSM attraverso operatori autorizzati (anche 7-8 per CSM), capaci anche di supportare con visite intensive le situazioni critiche, e comunque di garantire la dovuta continuità dei programmi terapeutici, riabilitativi e di reinserimento sociale. Questo sia a vantaggio di coloro che sono già noti al servizio, che di altri che manifestano il loro star male, o si ammalano, all'interno del carcere (30). Al di là della risposta basata sul colloquio e sul farmaco, l'intenzione è sempre quella di costruire un progetto individuale di recovery, che si proietti all'esterno, fuori dall'orizzonte ristretto della detenzione, per preconizzare un futuro possibile di vita. Circa 45 persone all'anno, di cui una ventina già note, vengono attualmente seguite o quantomeno valutate quando presentino sospetti disturbi psichici e/o comportamentali di dubbia natura.

La pratica dei CSM nel carcere (coordinata a livello dipartimentale in un "gruppo carcere") ha permesso di azzerare già dagli anni '80 gli invii in OPG dal carcere, dato che è stato sempre assunto come importante successo anche dalla direzione della Casa Circondariale. Attualmente il

servizio è diventato pressoché giornaliero e si integra strettamente con il servizio sanitario generale gestito dall'ASUIT che include anche il Dipartimento per le Dipendenze.

Sono possibili, in casi e situazioni particolari, delle alternative offerte dai servizi del DSM. Si può concordare col magistrato il ricovero in SPDC in persone in condizioni acute di scompenso (anche per TSO), o più lunghe permanenze in CSM 24 ore (ex art. 286 cpp), ad esempio in attesa o in corso di perizia, con finalità più prettamente riabilitative, proponendo detenzione o arresti domiciliari presso il servizio. Alternative al percorso psichiatrico-forense sono state più facilmente attuate proprio nel corso di periodi lunghi di ospitalità nel CSM, qualora non utili o non disponibili altre soluzioni. Ciò corrisponde a “porre la persona al centro dell'attenzione del servizio”, ripartendo con programmi abilitativi sia residenziali che nelle diverse aree e ambiti garantiti oggi dal Centro Diurno “diffuso”, per un complessivo progetto di vita.

I PTRI sostenuti da Budget di Salute (BdS), con specifico uso del FAP (Fondo per l'Autonomia Possibile), in co-progettazione con i servizi sociali dell'ente locale, sono strumenti utili in tal senso, anche al fine di evitare percorsi di deriva sociale e istituzionalizzazione. Ne è elemento chiave il coinvolgimento del privato sociale in funzione di supporto quotidiano, accompagnamento, gestione di programmi di inserimento socio-lavorativo e di abitare assistito (31, 32).

Per ripartire: REMS diffuse e a rete nel Friuli-Venezia Giulia

In continuità con questo approccio, che vede il territorio, la prevenzione, l'intervento precoce, la continuità della presa in carico, l'attenzione alle situazioni a rischio, la risposta alla crisi, la collaborazione con la polizia nell'affrontare i comportamenti al limite della sanzione, la presa in carico personalizzata, c'è la modalità di concepire il ruolo delle REMS. Non ultimo anello che chiude un circuito, ma luogo di accoglienza di condizioni limite, da dove ripartire con progetti territoriali, fondati sulla comunità e sostenuti dai servizi.

All'inizio del percorso di superamento degli OPG, la Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia aveva previsto il dimezzamento del modello organizzativo dell'unica REMS regionale allora prevista da 20 a 10 posti letto, secondo il fabbisogno “storico” rispetto all'OPG (per Trieste pari a zero dal 2006). Successivamente, vi è stato lo “spacchettamento” del modello di 10 posti in tre sub-unità territoriali (attualmente, come REMS provvisorie, tutte tre di 2 posti ciascuno). La REMS “diffusa” regionale che ne risulta è quindi collocata nei servizi di tre DSM (nel caso di Aurisina, a Trieste, all'interno di una sede di Centro Diurno) e opera a rete e in rete con tutti i servizi regionali coinvolti, con ciò evitando la costituzione di un luogo o servizio dedicato, dunque “speciale”, la creazione di una struttura carceraria, di detenzione, operando invece di fatto a porta aperta.

Altro cardine è l'affermazione nella pratica della responsabilità territoriale dei servizi prima descritta, che, nel rispondere alle necessità di una presa in carico che garantisca i percorsi delle persone, si attiva per evitare un “altrove” dove accada di recludere, escludere, relegare, segregare, delegare, detenere. La responsabilità è condivisa tra la stessa persona, la REMS e il CSM di riferimento. Il principio della piccola scala ha permesso di inserire “una persona alla volta”, e uno “stare con” essa, permettendo la ricostruzione della storia e della rete sociale insieme, tenuto conto che la storia si attualizza in una rete di relazioni (ad esempio, per un ospite, l'accompagnamento dalla famiglia d'origine in Sicilia; per una coppia milanese il raccordo col padre a Milano).

L'entrata della comunità nella REMS si è realizzata con attività culturali, mercato, concerti, presenza di scolaresche. Strumenti utili in senso evolutivo sono stati i permessi per l'inserimento lavorativo e per la partecipazione alle attività del CSM di provenienza.

Il confronto con gli aspetti di sanzione da assumere direttamente con la REMS è stato un lavoro difficile e duro per servizi che operano a porta aperta e senza contenzione (33). La sanzione costituita dall'internamento, che si fonda sul principio dell'esclusione, è stata in un certo senso rovesciata nel suo opposto: nell'inclusione in una relazione stretta, nell'umanità di questa relazione, nell'accogliere l'ospite, lo straniero. È stata realizzata la continua decostruzione e ricostruzione, cioè lo sminuzzamento nella pratica del modello REMS in quanto potenziale nuovo mini-OPG. Se ciò da un lato ha significato la destituzionalizzazione della struttura per come essa è concepita, nei suoi aspetti reclusivi, dall'altro ha permesso la costruzione di una piccola "istituzione inventata", per dirla con Franco Rotelli (34), che aveva lo scopo di smentire, di superare sé stessa per trovare nuove soluzioni, più utili alle persone.

Questo è possibile solo nel quadro di servizi forti e capaci di presa in carico, e orientati a chiari principi. Si lavora dunque per prevenire anche l'invio in REMS, offrendo alla magistratura opportunità e alternative, tra cui la più semplice e spesso la più efficace è la stessa sede del CSM 24 ore di riferimento.

Se la mini-REMS è chiusa per mancanza di utenti, come è a volte avvenuto per alcuni periodi, anche lunghi, il personale è reimpiegato, in modo flessibile, nei programmi intensivi di presa in carico e nei PTRI di una serie di situazioni a rischio (ca. 12 persone, 3-4 per CSM) su cui focalizzare l'attenzione. I criteri per la definizione del target sono:

- rischio imminente di grave rottura sociale e/o reato;
- uso e abuso di sostanze in presenza di disturbo mentale severo ed elevata problematicità sociale;
- presenza di misure alternative alla detenzione a rischio di esecuzione delle misure di sicurezza presso l'OPG e/o l'attuale REMS.

Ciò inverte il principio del rafforzamento dei DSM come principale strumento del superamento degli OPG, insieme col sistema di welfare mix. Si è così costituito il gruppo multiprofessionale "progetti terapeutico-riabilitativi individuali / funzione rems", sia per la gestione diretta della REMS, che per la prevenzione e il fronteggiamento delle situazioni a rischio di internamento in REMS, in supporto ai CSM territorialmente competenti. Esso si collega anche all'attività dei CSM in carcere. In sintesi, i processi accaduti in FVG sono stati caratterizzati da:

- REMS a porte aperte;
- decentralizzazione della REMS come funzione, su piccola scala;
- co-progettazione tra gli attori istituzionali sia rispetto alla struttura che ai protocolli e alle procedure;
- rielaborazione del mandato di controllo e riduzione al minimo degli aspetti reclusivi;
- personalizzazione dell'assistenza e progettazione personalizzata (PTRI) con i servizi e le risorse del territorio;
- non delega ma condivisione della responsabilità tra utente, sanitari (REMS e servizi), ordine pubblico, magistratura.

I risultati principali sono riassumibili come segue:

- 19 persone sono state accolte nella "REMS diffusa" in poco più di tre anni (tra maggio 2015 e dicembre 2018, di cui una sola proveniva originariamente dall'OPG);
- alcuni allontanamenti sono subito rientrati;
- solo un ospite ha richiesto un ricovero in SPDC;
- il reinserimento dei dimessi è avvenuto sempre in collaborazione e con il concorso attivo dei CSM;
- non è stata impiegata nessuna pratica di contenzione.

Coordinamento Nazionale delle REMS

A partire dal maggio 2016 si è costituito il Coordinamento Nazionale delle REMS, che ha prodotto un documento programmatico, a partire dalla premessa che la chiusura degli OPG è avvenuta attraverso il sistema di welfare di comunità e in particolare i Dipartimenti di salute mentale (DSM) all'interno dei quali operano le REMS. Sono i DSM i principali gestori dei servizi e i titolari dei percorsi di cura e abilitazione, e quindi l'accordo con il sistema giudiziario e penitenziario deve trovare momenti di formalità di integrazione e nuove prassi operative, come per altro auspicato anche dal Consiglio Superiore della Magistratura.

Il Coordinamento si è rivolto al Governo e al Parlamento, alla Magistratura, al DAP offrendo la propria piena collaborazione, affinché nell'ambito delle specifiche competenze, venga completata la riforma (35).³

Pertanto sono previste:

- 1) Azioni culturali e formative volte ad affermare i valori di riferimento della riforma, che si colloca in continuità con la legge 180/1978.
- 2) Azioni di confronto per il completo superamento della visione custodiale/carceraria e del relativo regolamento, evitando in ogni modo che vengano assunti dal personale sanitario compiti di tipo custodiale e tanto meno di reclusione in quanto in contrasto con il mandato di cura e abilitazione. In questo quadro: prevedere il completo abbandono della pratica della contenzione e di sviluppare i programmi di cura nella libertà, nel consenso e con la

³ (a) Attraverso le azioni di armonizzazione legislativa e normativa volte a superare le contraddizioni più evidenti del c.p. e c.p.p.; al contempo ritiene che sia necessaria un'azione di riforma dell'imputabilità, il superamento del c.d. "doppio binario" e della "pericolosità sociale", delle misure di sicurezza e giudiziarie per l'autore di reato che risulti affetto da disturbi mentali;

(b) il completo superamento del regolamento penitenziario, non applicabile nelle REMS, sviluppando regolamenti sanitari volti a valorizzare i percorsi terapeutico riabilitativi individualizzati fondati sui diritti e l'inclusione nella comunità; rivedere l'Accordo Stato-Regioni del 25 febbraio 2015 per ridefinire completamente sistema degli accessi, trasferimenti, piantonamenti e altri aspetti gestionali che si sono rivelati critici;

(c) evitando normative che prevedano l'utilizzo delle REMS per tutte le tipologie di situazioni che in passato venivano collocate in OPG;

(d) istituendo, d'intesa fra i ministeri della Giustizia e della Salute e la Conferenza delle Regioni un Coordinamento nazionale che coordini i diversi attori e monitori l'andamento della riforma;

(e) istituendo in ogni Regione Gruppi di Lavoro Interistituzionali in grado di comunicare in modo continuativo, concertare, definire programmi, protocolli e "buone pratiche", gestire tramite un Cruscotto regionale i percorsi con particolare attenzione alla prevenzione e all'appropriatezza degli accessi alle REMS, facilitando le dimissioni e i percorsi di inclusione sociale valorizzando la centralità dei PRTI nel sistema di comunità, e risolvendo in questo ambito anche il delicato problema delle "liste d'attesa" (cancellando le persone già seguite secondo quanto previsto dalla legge 81/2014); prevedere il coinvolgimento dell'Avvocatura al fine di migliorare la difesa delle persone, dare piena garanzia dei diritti anche tramite specifici Garanti e diffondere la cultura della riforma;

(f) promuovendo la partecipazione degli Enti locali e dei Comuni per facilitare l'inclusione sociale delle persone anche mediante la sensibilizzazione dei contesti sociali;

(g) prevedendo finanziamenti dedicati permanenti al fine di sostenere e rinforzare gli organici dei DSM, l'organizzazione e le strutture nonché i programmi terapeutico riabilitativi con budget di salute;

(h) dando impulso all'ingresso dei Centri di Salute Mentale in carcere e alla costituzione delle Articolazioni per la salute mentale negli istituti penitenziari, prevedendo anche lo sviluppo di opportune soluzioni alternative per le persone affette da disturbi mentali secondo il principio della territorialità, compreso il c.d. "residua ex OPG";

(i) promuovendo azioni di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, onde superare totalmente terminologie inadatte quali "internato", "minorato" e le pratiche che ne discendono, al fine di ridurre lo "stigma".

partecipazione attiva della persona, resa responsabile e protagonista del suo programma di cura e del progetto di vita; rendere assolutamente residuale l'utilizzo delle REMS e, in caso di accesso, facilitare la rapida dimissione mediante pratiche di inclusione nel territorio e reintegrazione sociale, con proiezione all'esterno fin dall'inizio del programma di cura da svilupparsi in un rapporto organico con i DSM.

- 3) Verifica della qualità di ambienti e cure e il rispetto dei diritti fondamentali con riferimento alla CRPD in relazione a cui è stato pensato il *WHO Quality Rights Toolkit*. In questo quadro: promuovere regolamenti specifici; dare sicurezza alle cure, anche attraverso il sostegno agli operatori sanitari e la definizione dei profili di responsabilità (l'inapplicabilità della posizione di garanzia), la condivisione dei rischi.
- 4) Azioni per sviluppare modelli operativi e metodologie per la valutazione e la realizzazione dei percorsi terapeutico riabilitativi in sintonia con la normativa e l'impianto dei servizi di salute mentale italiani, al fine anche di creare una nuova cultura di psichiatria forense "di comunità". In questo quadro: promuovere modelli operativi che prevedano anche approcci di tipo riparativo e conciliativo.
- 5) Prassi psichiatrico forense e prassi giuridica: favorire la consultazione e il confronto. L'attuale normativa prevede concetti (imputabilità, pericolosità sociale) carenti sotto il profilo tecnico scientifico, superati e di difficile e dubbia valutazione compresa la c.d. "pericolosità sociale psichiatrica" che in quanto tale non è presente nel testo del c.p.. Pur con queste premesse occorre un aggiornamento delle pratiche peritali che prevedano come obbligatorio il raccordo con il DSM competente per territorio e siano in armonia con lo spirito della riforma. Vanno previsti protocolli tra Magistratura e Servizio Sanitario Regionale (DSM) anche in relazione alle nuove funzioni della medicina penitenziaria assunte dalle ASL per valutazione e presa in carico di persone in fase di indagine o di giudizio da parte dei DSM, e perizie collegiali e valutazioni congiunte psichiatri-magistrati per i casi più complessi.
- 6) Attività di formazione e di ricerca. Occorre diffondere le buone pratiche e i diversi modelli adatti ai diversi contesti, prevenendo scambi di esperienze e formazione congiunta, anche coi DSM e le magistrature, attraverso reti regionali o di macroregione. Vanno sviluppate attività di sperimentazione di modelli innovativi e vanno documentate, mediante la ricerca scientifica, le esperienze in atto e il loro impatto di sistema.

Conclusioni: ricostituire la cura attraversando la sanzione e tutelando i diritti

Da quanto esposto, è possibile ora raccogliere alcune sensate raccomandazioni per una buona pratica che si muova con attenzione e tensione critica nello spazio di relazione tra psichiatria e giustizia, tra cura e sanzione penale:

- 1) Potenziare il lavoro dei servizi: non solo utilizzare residenze e comunità, ma mettere a disposizione risorse, attività utili alla presa in carico, progetti, il che implica affrontare e prendere in carico la crisi sul territorio a partire dai CSM, lavorando con le forze dell'ordine evitando deleghe e facendone il motore del percorso di cura successivo.
- 2) "Ridurre" l'enfasi sulla pericolosità, destigmatizzare attraverso pratiche concrete l'immagine sociale della persona con disturbo.
- 3) Realizzare progetti personalizzati ad ampio respiro ("whole life"), coinvolgendo le risorse del territorio e il privato sociale – strumento suggerito il BdS ma anche le pratiche e le sottosequenze di continuità delle cure territoriali (che utilizzano i principi organizzativi del

case management, dell'ACT-*Assertive Community Treatment*, del FACT-*Flexible Assertive Community Treatment*, ecc.).

- 4) Offrire attivamente le risorse del sistema salute mentale inclusi CSM, SPDC, residenzialità e soluzioni abitative e riabilitative alla magistratura, offrire competenze per programmi e perizie in una logica di “concertazione”.
- 5) Realizzare protocolli di collaborazione inter-istituzionale con magistratura – e la loro diffusione e applicazione, il c.d. “cruscotto” integrato con la sanità penitenziaria.
- 6) Entrare nel carcere come normale pratica degli operatori dei CSM per garantire la continuità terapeutica, offrendo soluzioni in caso di “crisi dell’istituzione”, ora più frequente data la “sanitarizzazione” del carcere.
- 7) Evitare la deriva verso le misure di sicurezza, intercettare il rischio di REMS, proporre alternative.
- 8) Se c’è un invio in REMS, tentare di socializzare le conoscenze della e attorno alla persona, il supporto, la gestione e il percorso di cura congiuntamente col CSM di riferimento territoriale, e le risorse del territorio (il privato sociale innanzitutto).

In definitiva, ciò può consentire di riattraversare il campo della sanzione e trasformarlo, evitando al tempo stesso un’acritica psichiatrizzazione: la cura nella pena, non viceversa.

Per il superamento del doppio binario parrebbe sensato abolire l’art. 88 c.p. e modificare l’art. 89, oltre ad abrogare la richiesta della pericolosità sociale legata al disturbo mentale attraverso la perizia psichiatrica. In questo modo la pena e la cura si qualificano come due ambiti differenti pur nella loro possibile complementarità: una persona commette un reato – e per tale motivo è giusto che debba espriare la pena a lui inflitta con le aggravanti o attenuanti concesse; se poi ha bisogno di essere curata dal punto di vista mentale o fisico è corretto ed equo che i servizi sanitari, di competenza, se ne occupino attivamente.

Anche per quanto riguarda le persone con disturbo mentale va garantita la continuità terapeutica in carcere da parte dei servizi nei confronti di persone note, e valutate altre che si ritiene esprimano un disagio importante, con la possibilità, al bisogno, di poterle accogliere, per un periodo di tempo determinato, all’interno dei servizi. Questo al fine di rispondere all’imperativo di garantire la salute.

La cura deve porsi nella tutela dei diritti: riteniamo che l’attenzione e le risposte che noi operatori della salute mentale dobbiamo dare non siano solo farmaci e colloqui, ma anche sostegno e aiuto per tutelare i diritti all’interno dell’istituzione carceraria e del percorso giudiziario. Ciò vuol dire permettere alla persona di avere un legale preparato per la sua difesa, di confrontarsi con gli operatori penitenziari sulla sua collocazione all’interno di una sezione, facilitare i colloqui con i suoi familiari, permetterle di usufruire delle misure alternative alla detenzione, sempre che la posizione giudiziaria lo permetta.

Dovremmo in definitiva evitare che avvenga un semplice spostamento, nel quale alla nozione di pericolosità, come attributo dell’individuo, si sostituisce la cultura del rischio, che è contestuale, situazionale, e soprattutto contiene la promessa, purtroppo illusoria, di “governare l’avvenire”, di dominare l’incertezza (36).

Bibliografia

1. Mezzina R. La contaminazione tra psichiatria e giustizia in Gran Bretagna. *Aut-Aut* 2016;370:74-91.
2. Castel R. Dalla pericolosità al rischio. *Aut-Aut* 2016;370:147-66.
3. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, Turner T & Wiersma D. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330(7483):123-6.

4. Barbui C, Saraceno B. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins. *BJPsych* 2015;206:445-6.
5. Corleone F (Ed.). *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*. Pisa: Pacini Editore; 2018. (Quaderni del Circolo Rosselli n.1/2018).
6. Pellegrini P. Liberarsi della necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quasi un manuale. Merano: Edizioni Alfabeta Verlag; 2017.
7. Stedman H, Monahan J. The movement of offenders population between mental health and correctional facilities. *National Institute of Justice*, 1982
8. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Eleventh session, 31 March–11 April 2014. *General comment No. 1 (2014) Article 12: equal recognition before the law*. United Nations; 2014. (CRPD/C/GC/1).
9. WHO QualityRights Initiative: Act, unite and empower. QRs_flyer_eng_2017.pdf. World Health Organization, 2017. *Quality Rights Programme: www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en* . ultima consultazione 14 giugno 2019.
10. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. *Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities Adopted during the Committee's 14th session, held in September 2015*. United Nations; 2015.
11. Colucci M. Individui pericolosi, società a rischio. *Aut-Aut* 2016;370:3-20.
12. Husserl R. *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Libro primo: Introduzione generale alla fenomenologia pura*. Torino: Einaudi; 1981
13. Ricoeur P. *Filosofia della volontà I. Il volontario e l'involontario*. Genova: Marietti; 1990
14. Habermas J. *Teoria dell'agire comunicativo*. Bologna: Il Mulino; 1986
15. Dell'Acqua G, Cogliati MG, Mezzina R. Servizi psichiatrici e nodi della sanzione. In: Dell'Acqua G, Mezzina R (Ed.). *Il folle gesto. Perizia psichiatrica, manicomio giudiziario, carcere nella pratica dei servizi di salute mentale a Trieste (1978-88)*. Roma: Sapere 2000; 1988. p.10-20.
16. Fornari F. *Psicopatologia e psichiatria forense*. I ed. Torino: UTET; 1989.
17. Ponti GL. *Compendio di criminologia*. Milano: Raffaello Cortina; 1973.
18. Barone R, Mezzina R, Pellegrini P (Ed.). *Audizione del Coordinamento Nazionale REMS, 24 Novembre 2017. Commissione per la riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personali e dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico e per la revisione del sistema delle pene accessorie D.M. 19.7.2017 in attuazione della legge 103/2017*. Roma: Ministero della Giustizia; 2017.
19. Comitato Nazionale per la Bioetica. *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2017.
20. Mezzina R. Community mental healthcare in Trieste and beyond. An 'open door-no restraint' system of care for recovery and citizenship. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2014;202:440-5.
21. Mezzina R. Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors – Trieste, Italy. *L'Information Psychiatrique* 2016;92(9):747-54.
22. Mezzina R. Servizio «forte» e integrazione: organizzare le risorse. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* 2017;15.
23. Mezzina R. Appunti su pratica psichiatrica e “carcerario”. *Dei Delitti e Delle Pene* 1987:333-46.
24. Doerner K. *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*. Bari: Laterza; 1975.
25. Dell'Acqua G, Mezzina R. La storia, il soggetto, la capacità di intendere e di volere. In: De Leonardis O, Gallio G, Mauri D, Pitch T (Ed.). *Curare e punire - Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale*. Milano: UNICOPLI; 1988. p.1-10.

26. Strauss J. The person – key to understanding mental illness. Towards a new dynamic psychiatry. III *British Journal of Psychiatry* 1992; October (Suppl):19-26.
27. Augé M, Herzlich C. *Il senso del male. Antropologia, storia, sociologia della malattia*. Milano: Il Saggiatore; 1986.
28. Marin I, Mezzina R. Percorsi soggettivi di guarigione. Studio pilota sui fattori di recovery in salute mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2006;130(1):129-52.
29. Mezzina R. Che cos'è guarigione? L'oggetto oscuro della nostra (e vostra) ricerca. In: Marin I, Bon S (Ed.). *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*, 180 – Archivio Critico della Salute Mentale, Merano: Ed. Alfabeta Verlag; 2012. p. 7-23.
30. Oretti A, Castelpietra G. *Prevenire il suicidio in carcere. Le linee guida dell'OMS e la realtà italiana. Manuale per operatori penitenziari e sanitari*. Trieste: Dipartimento di Salute Mentale / WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, ASS n. 1 Triestina; 2012.
31. Mezzina R, Ridente G. La trasformazione della residenzialità a Trieste verso l'abitare supportato. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* 2015;12:6.
32. Ridente P, Mezzina R. From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction. *International Journal of Mental Health* 2016;45(1):59-70.
33. Mezzina R. Friuli-Venezia Giulia – Aurisina. In: *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Franco Corleone, 19 agosto 2016–19, febbraio 2017. All. B: Contributi delle Rems*. Roma: Senato della Repubblica; 2017. p. 104-111.
34. Rotelli F. *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*. 180 - Archivio Critico della Salute Mentale. Merano: Alfabeta Verlag; 2015.
35. Barone R, Mezzina R, Pellegrini P. Programma del Coordinamento Nazionale delle Rems. In: Corleone F (Ed.). *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*. Pisa: Pacini Editore; 2018. (Quaderni del Circolo Rosselli 1/2018). p. 137-140
36. Castel R. *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?* (tr. it. Di M. Galzigna e M. Mapelli). Torino: Einaudi; 2004.

APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA NAZIONALI AI PERCORSI DI CURA E ASSISTENZA IN AMBITO PENITENZIARIO

Alessandra Sinopoli, Alice Fauci, Daniela Coelite, Antonello Napoletano, Laura Iacorossi,
Daniela D'Alessandro, Fabio D'Agostino, Primiano Iannone
*Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e Sicurezza delle Cure, Istituto Superiore di Sanità,
Roma*

Introduzione

Le linee guida sono uno strumento di supporto decisionale finalizzato a consentire che, tra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un migliore bilancio tra benefici ed effetti indesiderati, tenendo conto dell'esplicita e sistematica valutazione delle prove disponibili. I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), invece, sono strumenti di governo clinico che permettono di delineare, rispetto a una patologia o a un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione e della rete in cui essa è inserita. Nel caso specifico, nell'ambito penitenziario, si configurano come particolarmente importanti in quanto permettono di strutturare bisogni assistenziali commisurati alle peculiari esigenze del detenuto. L'assistenza sanitaria in ambito penitenziario ha un rilievo etico particolare e offrire ai detenuti pari opportunità nell'accesso al bene salute è un dovere morale non solo del medico ma della collettività.

Contesto di riferimento

Dostoevskij riteneva che il grado di civilizzazione di una società si misura dalle qualità delle sue prigioni (1).

Definire la reale situazione negli istituti penitenziari in Italia è difficilissimo. Non disponiamo di alcuna informazione di fonte istituzionale in relazione alle fasce d'età di prima infezione, alle sopravvivenze, all'eccesso delle cure, ai servizi di screening e di terapia, ai farmaci, alla salute mentale, all'aderenza alla terapia, alla qualità della vita. Le patologie infettive, psichiatriche e gastroenteriche sono quelle maggiormente diffuse. In particolare malattie infettive come epatiti, tubercolosi, AIDS, sono motivo di grande impegno economico e per farvi fronte, finora, l'Amministrazione penitenziaria ha utilizzato circa il 40% del finanziamento per l'approvvigionamento dei farmaci (2).

Fino ad oggi la medicina penitenziaria ha sopperito, come meglio ha potuto, alle necessità di cura dei detenuti e alla mancanza di attenzione a questa problematica da parte delle politiche sanitarie statali ma sono necessari sforzi maggiori anche in considerazione dei cambiamenti che la Legge 24/2017 ha determinato.

Con l'introduzione di questa nuova normativa, la sicurezza delle cure diventa parte integrante del diritto alla salute come assunto dall'art. 1 e il medico non sarà più punito per imperizia qualora abbia rispettato le linee guida o si sia attenuto alle buone pratiche (3). È importante che queste novità siano recepite e contestualizzate dalla medicina penitenziaria cosicché possa essere fatto un po' di ordine nel caos che caratterizza la tematica carceraria.

Le linee guida sono diventate uno strumento di tutela della sicurezza delle cure ma anche uno strumento che permette la valutazione della responsabilità professionale ed è pertanto fondamentale produrre linee guida autorevoli ed *evidence-based*.

Il Servizio Sanitario Nazionale, con un robusto Sistema Nazionale di linee guida (SNLG) di riferimento prodotte con i migliori standard qualitativi, sarà sicuramente più facilitato nella gestione dei problemi legati all'efficienza e all'appropriatezza delle cure e fornirà anche un mezzo fondamentale ai pazienti per avere maggiore consapevolezza del proprio percorso terapeutico. Laddove le linee guida non siano disponibili, si deve ricorrere alle buone pratiche che offrono supporto scientifico ai professionisti sanitari su argomenti e questioni non coperte dalle linee guida presenti nell'SNLG, come previsto dalla Legge 24/2017.

Ma il riferimento alle linee guida in ambito penitenziario non è sufficiente. È necessario strutturare percorsi di cura e assistenza (PDTA) che tengano conto delle criticità dell'ambiente penitenziario quali il sovraffollamento, il disagio per la privazione della libertà, lo stress da reclusione, oltre alle particolari condizioni di salute dei detenuti stessi.

Linee guida

Le linee guida sono uno strumento culturale e di indirizzo per la pratica clinica, concetto che si è affievolito nel tempo anche per mancanza di linee guida qualitativamente valide.

Più in dettaglio secondo la presentazione del nuovo SNLG dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (<https://snlg.iss.it>), le linee guida di pratica clinica sono uno strumento di supporto decisionale finalizzato a consentire che, tra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un migliore bilancio tra benefici ed effetti indesiderati, tenendo conto dell'esplicita e sistematica valutazione delle prove disponibili, commisurandola alle circostanze peculiari del caso concreto e condividendola laddove possibile con il paziente o i *caregiver*.

Quindi, sono indispensabili per avere una sintesi della letteratura anche in considerazione del fatto che le evidenze, altrimenti, tarderebbero troppo ad essere trasferite nella pratica clinica quotidiana.

Il processo di produzione di una LG, dallo scoping alla pubblicazione, ha una durata variabile tra i 18 e i 24 mesi a seconda dell'ampiezza e della portata dell'argomento.

La definizione delle procedure per la definizione e approvazione delle linee guida è gestita dall'ISS tramite il Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la qualità e la sicurezza delle cure (CNEC). Le linee guida possono essere prodotte ex novo, possono essere adattate linee guida internazionali oppure possono essere aggiornate linee guida precedenti (tempo di obsolescenza >3 anni).

È necessario definire con chiarezza e precisione le diverse tipologie di linee guida affinché le raccomandazioni prodotte siano in linea con la prospettiva adottata. Le linee guida possono essere rivolte ad una prospettiva di popolazione, alla gestione di pazienti considerati in maniera individuale, alla risoluzione di problemi relativi all'*health policy* o a decisioni di *coverage* (4).

Il framework metodologico *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) è lo standard di riferimento internazionale raccomandato dal CNEC per la produzione di linee guida destinate all'SNLG. Nato nel 2000, è oggi diventato lo strumento di riferimento per la valutazione dell'affidabilità delle prove scientifiche e per la formulazione di raccomandazioni cliniche basate sulle evidenze.

Oggi questo metodo è utilizzato da oltre 100 Organizzazioni in almeno 19 Paesi del mondo (5).

Un altro concetto portante del nuovo SNLG è la composizione multiprofessionale e multidisciplinare dei proponenti, dei panel (gruppo consultivo indipendente composto da esperti

di contenuto) e dei gruppi operativi. In ogni panel devono essere presenti uno o due membri laici (pazienti, familiari o *caregiver*, cittadini con comprovata esperienza in materia). I pazienti in quest'ottica diventano i protagonisti del loro percorso di cura. È infatti auspicabile il passaggio a linee guida centrate sul paziente (*patient oriented*), in grado di affrontare in maniera sistematica i problemi legati alle comorbidità più delle linee guida “*disease oriented*”, molte volte inapplicabili. Inoltre, per completezza, una linea guida deve comprendere indicatori utili all'auditing delle performance e schemi di percorsi diagnostici terapeutici.

In ambito penitenziario, conoscere e adattare le raccomandazioni cliniche contenute nelle migliori linee guida rappresenta un obiettivo etico del singolo professionista e del servizio sanitario nel suo complesso. Ciò può contribuire a massimizzare la probabilità di esiti di salute favorevoli attraverso pratiche cliniche consistenti con le migliori evidenze disponibili e promuovere così la sicurezza, l'equità, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure anche in un settore di non facile gestione come quello della medicina penitenziaria.

Percorsi di cura e assistenza per la medicina penitenziaria

L'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta è di competenza del Servizio sanitario nazionale e dei Servizi sanitari regionali. Infatti, il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) del 1° aprile 2008 ha sancito il passaggio delle funzioni sanitarie dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute e pertanto il Servizio Sanitario Regionale (SSR) garantisce alle persone detenute nelle carceri di tutta la regione, al pari degli altri cittadini residenti, i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) che includono la medicina di base, l'assistenza medica specialistica, l'assistenza farmaceutica, la prevenzione e i servizi relativi agli interventi sulle tossicodipendenze (6).

Per esplicitare al meglio le esigenze sanitarie della struttura penitenziaria è necessario far riferimento a PDTA metodologicamente standardizzati, che migliorino l'operatività della struttura definendo:

- obiettivi singoli e comuni;
- ruoli;
- tempi di intervento;
- compiti degli operatori.

In particolare sarebbe necessario elaborare dei PDTA per ciascuna condizione clinica rilevante, tenendo in considerazione la frequenza, la gravità, i costi, la variabilità della pratica clinica e tutte le altre informazioni necessarie per un percorso strutturato specifico.

I PDTA, è opportuno ricordare, sono strumenti di governo clinico che permettono di delineare, rispetto a una patologia o a un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione e della rete in cui essa è inserita. Rappresentando la contestualizzazione delle linee guida, non solo devono basarsi sulle migliori evidenze scientifiche ma devono essere posti in relazione alle risorse disponibili e al contesto peculiare locale. Nel caso specifico della medicina penitenziaria, la situazione di reclusione è ovviamente un elemento importante che condiziona l'intero percorso di un PDTA (7).

È necessario definire presso ciascun istituto penitenziario, le modalità organizzative prevedendo modelli differenziati in rapporto alla tipologia dell'istituto, ma integrati nella rete dei servizi sanitari regionali per garantire continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità.

Per contestualizzare un PDTA si deve innanzitutto procedere effettuando un'indagine epidemiologica relativa alla popolazione di riferimento.

In Italia, secondo i dati forniti dal Ministero della giustizia nel novembre 2014, sono 54.207 i detenuti presenti all'interno delle 203 strutture penitenziarie (4,3% di genere femminile e 32,4% di nazionalità straniera). Particolare non di poco conto, lo stesso Ministero fa riferimento a come la capienza regolamentare totale sarebbe di 49.327 unità, calcolando i posti sulla base del criterio di 9 m² per singolo detenuto + 5 m² per gli altri, lo stesso per cui in Italia viene concessa l'abitabilità alle abitazioni.

Sulla base delle conoscenze epidemiologiche e delle condizioni di rischio, occorre attivare interventi "educativi" e di responsabilizzazione dei detenuti nei confronti della propria salute, mirati a contrastare tutti quei fattori di rischio che aggravano la condizione carceraria quali la sedentarietà, l'alimentazione scorretta e l'abitudine al fumo.

La popolazione immigrata detenuta e quella minorile sottoposta a provvedimenti penali, ha subito nell'ultimo decennio un incremento sostanziale (8). L'entità del fenomeno suggerisce di prevedere specifiche raccomandazioni e PDTA per gli immigrati detenuti oltre ad un impegno particolare dei servizi sanitari, delle direzioni degli istituti di pena e degli Enti locali per la messa a disposizione di mediatori culturali che consentano una facilitazione dell'esplicazione dei percorsi di cura.

Il vero problema della costruzione dei PDTA nell'ambito della medicina penitenziaria, consiste nella mancanza delle informazioni necessarie a delineare lo stato di salute dei detenuti. Come nel resto del mondo, anche nel nostro Paese le informazioni sono incomplete e gli strumenti informatizzati sono assenti o inadeguati (9). Attivare un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate, aiuterebbe indubbiamente a superare queste criticità.

Ad esempio, nel 2003 uno studio di prevalenza dell'HIV nelle carceri evidenziò come la bassa percentuale rilevata (2,6%) fosse dovuta più che altro all'incompletezza dei dati e a variazioni nell'offerta del test (10).

I report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità relativi al tema della salute dei detenuti evidenziano che la popolazione nelle carceri è costituita da persone affette prevalentemente da patologie di tipo psichico, infettivo e del cavo orale (11). Diversi studi in Italia confermano questo dato (12) e il 24% dei detenuti richiede di effettuare una visita psichiatrica (13).

In un'ottica di prioritizzazione delle tematiche di salute che dovrebbero essere oggetto di linee guida e nella strutturazione di un PDTA, non si può prescindere dal formulare delle considerazioni in relazione a questi dati.

In conclusione la presentazione di un PDTA che, per definizione, risulta dall'integrazione fra le raccomandazioni delle linee guida di riferimento e gli elementi di contesto locale, risulta essere negli istituti penitenziari, particolarmente complessa. La dotazione di risorse umane e tecnologiche e di spazi dedicati, valutata dall'Azienda Sanitaria di riferimento, influisce notevolmente sulla strutturazione del percorso. Inoltre, è importante la costruzione e diffusione di PDTA che mettano realmente al centro del proprio percorso di cura il detenuto.

Equità

L'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta è di competenza del Servizio sanitario nazionale e dei Servizi sanitari regionali. Il DPCM del 1° aprile 2008 ha sancito il passaggio delle funzioni sanitarie dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute e pertanto il Servizio Sanitario Regionale (SSR) garantisce alle persone detenute nelle carceri di tutta la regione, al pari degli altri cittadini residenti, i LEA che includono la medicina di base, l'assistenza medica specialistica, l'assistenza farmaceutica, la prevenzione e i servizi relativi agli interventi sulle tossicodipendenze (6).

Come evidenziato dal Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica “La salute dentro le mura” del 2013, il principio della pari opportunità (fra detenuti e popolazione generale) all’accesso al bene salute, incontra degli ostacoli nelle esigenze di sicurezza peculiari dell’ambito penitenziario ed entra in contraddizione con la stessa pratica di detenzione, che produce sofferenza e malattia (14).

Il tema dell’assistenza sanitaria in ambito penitenziario ha un rilievo etico particolare per molteplici ragioni e comporta una serie di considerazioni in merito a questioni di equità e di diritto alla salute dei detenuti.

In primo luogo, la popolazione detenuta rappresenta un gruppo ad alta vulnerabilità, il cui livello di salute, ancor prima dell’entrata in carcere, è mediamente inferiore a quello della popolazione generale, poiché la maggioranza dei detenuti proviene dagli strati socialmente ed economicamente più svantaggiati della società. Molti studi internazionali hanno dimostrato che la popolazione carceraria può essere considerata ad alto rischio a causa delle numerose circostanze che precedono o accompagnano la detenzione.

Uno studio condotto su dati nazionali conferma la differente distribuzione delle problematiche di salute fra detenuti e popolazione generale, evidenziando come sia a rischio il 13% della popolazione carceraria contro il 7% della popolazione generale (15). La sproporzione è particolarmente evidente per alcuni disturbi: la dipendenza da droghe (il 21,5% fra i detenuti contro il 2,1% della popolazione generale), i problemi dentali (il 15,3% dei detenuti contro il 4,5% fra la popolazione generale), le malattie osteoarticolari e post traumatiche (il 13,5% contro il 11,9%), l’infezione da HIV (il 2,08 contro lo 0,2). Nell’insieme, il carcere si conferma come ambiente patogeno: per i disturbi mentali, presenti in misura dieci volte maggiore fra i detenuti, a conferma dello stress da vita carceraria; per le malattie infettive, la cui possibilità di trasmissione è aggravata dalla promiscuità; per le patologie cardiovascolari e per il diabete, legate alla sedentarietà e alle cattive abitudini alimentari. La letteratura sull’argomento ormai da molti anni documenta le difficoltà che l’assistenza sanitaria ha all’interno delle strutture detentive, in particolare per la cura del disturbo psichiatrico.

D’altro canto, l’ingresso in carcere di questo tipo di popolazione può rappresentare la prima vera occasione per ricevere un livello di assistenza adeguato e la possibilità di ridurre la vulnerabilità dal punto di vista sanitario. Un servizio di assistenza medica carcerario deve essere in grado di fornire trattamento medico, cure infermieristiche, fisioterapia, riabilitazione o qualunque altra possibilità particolare, in condizioni paragonabili a quelle di cui usufruiscono i pazienti nelle società esterne. Devono essere adeguate di conseguenza le forniture di personale medico, infermieristico e tecnico, così come edifici, installazioni e apparecchiature.

Tuttavia, l’uguaglianza nel diritto alla salute fra detenuti e popolazione generale, non si può riferire solo all’uguaglianza nell’offerta di servizi sanitari. Si tratta piuttosto di offrire ai detenuti pari opportunità nell’accesso al bene salute tenendo conto delle differenze di partenza nei livelli di salute, nonché delle particolari condizioni di vita in regime di privazione della libertà, che di per sé rappresentano un ostacolo al conseguimento degli obiettivi di salute.

Di conseguenza, la condizione carceraria richiede un approccio che parta da una valutazione dei bisogni di salute della popolazione carceraria non limitata ai soli bisogni di servizi sanitari e in cui siano le variabili ambientali della salute e aspetti del regime carcerario e della quotidianità dentro il carcere. La conoscenza approfondita dei reali bisogni di salute della popolazione detenuta è tanto più importante in un contesto come quello italiano in cui la composizione socio-demografica dei detenuti all’interno delle carceri è molto differenziata da regione a regione, e in cui sono diversi anche i livelli di prestazione sanitaria fra le regioni.

Centrale per questo approccio globale alla salute nelle carceri, è il coinvolgimento dei detenuti nella costruzione dei percorsi di cura.

Conclusioni

Il quadro normativo iniziato con il trasferimento delle funzioni sanitarie nel 2008, porta con sé condizioni favorevoli all'insediamento di modelli di co-produzione tra dei servizi assistenziali, valorizzando il ruolo del paziente quale attore partecipe e co-responsabile della formulazione del percorso di cura. Nell'allegato contenente le linee di indirizzo, si raccomanda il protagonismo dei detenuti nei percorsi di costruzione della salute, sottolineando che l'efficacia degli interventi è favorita dalla "partecipazione diretta dei detenuti alle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e ai percorsi di preparazione all'uscita" (16).

Ricercatori e policymaker riconoscono un crescente interesse riguardo il coinvolgimento del paziente (*patient engagement*) nella costruzione dei percorsi di cura. Il concetto di patient engagement ha assunto crescente attenzione in sanità. Gli ultimi decenni, infatti, hanno visto un viraggio profondo dei modelli di cura verso una sempre maggiore valorizzazione del ruolo della persona, vista come soggetto attivo ed "esperto" all'interno del processo clinico-assistenziale. L'engagement del paziente è considerato il prerequisito fondamentale che consente di mettere in atto strategie per gestire il cambiamento a livello di stili di vita a fronte di un miglior adattamento psico-comportamentale alla malattia.

Il contesto penitenziario rappresenta un ambito particolarmente interessante per valutare il ruolo che il coinvolgimento del paziente nel percorso assistenziale può esprimere rispetto all'esito delle prestazioni di cura e per il conseguimento di migliori condizioni di efficienza operativa, in considerazione delle peculiarità che lo caratterizzano.

L'implementazione di modelli di co-produzione del servizio di assistenza richiede, tuttavia, condizioni strutturali e culturali favorevoli, in assenza delle quali, le iniziative per la valorizzazione del ruolo del paziente detenuto nel percorso di cura, individuali o istituzionali, potrebbero risultare inefficaci.

Come è stato messo in luce dalla prima Conferenza di Consenso Italiana sul Patient Engagement (CCIPE), l'engagement della persona è un processo complesso che implica un'attivazione e una combinazione di diverse dimensioni e fattori di natura individuale, relazionale, organizzativa, sociale, economica e politica e derivante dunque dalla creazione di un sistema di azioni di tipo multi componenziale e multi-livello (17).

Sarebbe interessante, quindi, analizzare quali possano essere i fattori agevolanti e i vincoli, di tipo strutturale e culturale, alla diffusione di modelli di co-produzione nelle attività di cura e assistenza a favore dei detenuti, sia da parte degli operatori che dei detenuti stessi.

Bibliografia

1. Dostoevskij F. *Delitto e castigo*. Milano: Baldini & Castoldi; 2014.
2. Baccaro L. Riflessioni critiche su carcere e salute: quando parlare di salute è parlare di libertà. In: Esposito M (Ed.). *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*. Roma: Franco Angeli; 2007. p. 1-18.
3. Caletti GM, Mattheudakis ML. Una prima lettura della legge "Gelli-Bianco" nella prospettiva del diritto penale. *Dir Pen Cont* 2017;2:84-90.
4. Iannone P. Le strategie del nuovo sistema nazionale linee guida. *Recenti Prog Med* 2017;Suppl Forward 6:S9.
5. Guyatt G, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):383-94

6. Starnini G. Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale. *Autonomie locali e Servizi Sociali* 2009;32.1:3-1
7. Russo R. Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia. *Politiche Sanitarie* 2000;1(4):182-95.
8. Aebi MF. Statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe SPACE 1: enquête 2014 sur les populations carcérales. *Bulletin d'information pénologique* 2014;26:57-103.
9. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato statistica e automazione di supporto dipartimentale – Sezione Statistica. *Detenuti presenti, aggiornamento al 31 ottobre 2014*. Roma: Ministero della Giustizia; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14.wp; ultima consultazione 27/11/2018.
10. Babudieri S, et al. HIV and related infections in Italian penal institutions: epidemiological and health organization note. *Annali Istituto Superiore di Sanità* 2003;39(2):251-7.
11. Enggist S, Møller L, Galea G, Udesen C (Ed.). *Prisons and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf; ultima consultazione 27/11/2018
12. Macciò A, et al. Mental disorders in Italian prisoners: Results of the REDiMe study. *Psychiatry Res* 2015;225(3):522-30.
13. Aguglia E, et al. Percorsi diagnostico-terapeutici per pazienti psichiatrici negli istituti penitenziari. Strategie dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Cliniche Psichiatriche Universitarie. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2012;31(3):71-83.
14. Comitato Nazionale per la Bioetica. *La salute "dentro le mura"*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2013.
15. *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*. Firenze: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; 2015. (Documenti ARS Toscana, n. 83).
16. Ministero della Salute, Ministero della Giustizia. Linee di indirizzo per gli interventi del SSN a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale. Allegato A del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 126, 30 maggio 2008.
17. Graffigna G, Barelli S, Riva G, Castelnuovo G, Corbo M, Coppola L, Daverio G, Fauci A, Iannone P, Ricciardi W, Bosio AC per conto del CCIPE working group. Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana. *Recenti Prog Med* 2017;108(11):455-75.

Aspetti diagnostici

RUOLO DEL LABORATORIO A SUPPORTO DELLA DIAGNOSI CLINICA

Marcello Chiarotti (a,b), Rosanna Mancinelli (c), Sandro Libianchi (a, d), Rosanna Maria Fidente (c), Luca Palleschi (c), Rosa Draisci (c)

(a) *Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane, Roma*

(b) *già Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Legale - Tossicologia Forense, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

(c) *Centro Nazionale sostanze chimiche, prodotti cosmetici e protezione del consumatore, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(d) *Unità Operativa "Salute penitenziaria", III Casa Circondariale, Complesso Polipenitenziario di Rebibbia - ASL Roma 2, Roma*

Introduzione

La diagnosi di uso, attuale o pregresso, di sostanze psicotrope è un atto medico che spesso si estende all'identificazione e alla valutazione e caratterizzazione di una condizione di dipendenza farmacologica. Patologia complessa che riconosce diversi livelli di gravità nell'uso compulsivo di droghe, talvolta interrotto da fasi più o meno prolungate di astinenza.

L'iter diagnostico si avvale di diversi accertamenti specialistici, tra i quali gli esami chimico tossicologici e biochimici che ne costituiscono indubbiamente elementi essenziali.

Al laboratorio viene richiesto di documentare la presenza di sostanze e dei loro metaboliti nei liquidi biologici e nei tessuti tramite l'identificazione diretta e il dosaggio. Nel caso dell'alcol etilico, sono effettuate inoltre analisi indirette, cioè orientate alla ricerca di marker correlabili ad un comportamento d'abuso, ad esempio mediante la caratterizzazione delle isoforme carboidrato carenti della transferrina (*Carbohydrate-Deficient Transferrin*, CDT).

La scelta del campione biologico da analizzare è dettata alla necessità di verificare assunzioni di droghe in tempi più o meno recenti e anche molto lontani rispetto al momento dell'accertamento diagnostico. Sangue, saliva, urina, matrici cheratiniche (peli corporei e capelli) costituiscono, come è noto, campioni biologici che offrono un ampio ventaglio di opportunità allo scopo di documentare assunzioni attuali o pregresse. Il loro impiego deve essere quindi coerente con le finalità dell'approccio diagnostico.

Il ruolo del laboratorio è quello di offrire elementi sicuri di valutazione, tramite affidabili processi di analisi chimico tossicologica e biochimica, che sappiano garantire adeguata sensibilità e specificità. L'obiettivo dovrebbe essere raggiunto tramite l'impiego di procedure analitiche in grado di fornire risposte analitiche certe ed esenti, per quanto possibile, da dubbi interpretativi. L'orientamento attuale è quello di prediligere l'identificazione di analiti che diano informazioni univoche in merito alla avvenuta assunzione di sostanze, offrendo in tal modo dati analitici inequivocabili sui quali possa basarsi la successiva valutazione clinica. I risultati di laboratorio, caratterizzati quindi da certezza analitica, debbono infine essere trasmessi al clinico in modo chiaro, fruibile e non suscettibile di considerazioni fuorvianti.

Di seguito vengono indicate le potenzialità analitiche del laboratorio, sottolineando i più attuali aspetti dell'approccio metodologico e le scelte analitiche che consentono di raggiungere elevati livelli di affidabilità diagnostica così come le procedure che possono assicurare la migliore qualità dell'intero processo analitico.

Sussistono infatti possibilità di miglioramento di cui, nonostante il livello di efficienza raggiunto, si avverte l'esigenza a causa di alcune criticità dalle quali possono scaturire perplessità nella interpretazione dei dati di laboratorio.

Metodologia analitica in ausilio della specificità e sensibilità diagnostiche

È importante premettere che, in occasione della richiesta di esami chimico tossicologici, è sempre utile indicare esattamente la finalità diagnostica per la quale tali accertamenti si rendono necessari. Infatti il laboratorio, anche con riferimento a specifici dettati normativi, orienterà le indagini su precisi campioni biologici e nei confronti di specifici analiti.

Con riferimento alla metodologia analitica da impiegare, la sfida è quella di coniugare la massima sensibilità e specificità analitiche con la migliore sensibilità e specificità diagnostiche. Questi termini specificità e sensibilità aggettivati rispettivamente con "analitica" e "diagnostica" sono talvolta confusi, considerati erroneamente equivalenti e a volte viene fatto loro riferimento in modo del tutto improprio. A tale proposito è bene ricordare che con sensibilità analitica si intende la minima quantità di analita rilevabile. Con il termine specificità analitica viene fatto riferimento alla capacità di identificare l'analita senza subire interferenze. Mentre la sensibilità diagnostica indica la capacità che l'analita prescelto possa esprimere od essere correlato direttamente alla assunzione della sostanza. Infine la specificità diagnostica è indicativa del rischio di incorre in risposte cosiddette falsamente positive.

La scelta di tecniche analitiche pur raffinate e affidabili, se condotte su campioni biologici non idonei all'accertamento vanificherà il risultato delle analisi (come ad esempio nel caso della verifica della attualità dell'uso qualora l'esame si avvalga della sola analisi tossicologica dell'urina o peggio dei capelli). Analogamente il ricorso al rilievo di analiti non sufficientemente specifici renderà vano l'impiego di un campione biologico, anche se considerato di scelta (come può avvenire nel caso della identificazione di sostanze d'abuso che sono presenti sulla matrice cheratinica a causa di inquinamento da sovraesposizione). L'impiego di un metodo poco o per nulla sensibile nei confronti di un determinato analita renderà infine nullo qualsiasi accertamento, su qualsiasi matrice, fornendo costantemente un risultato di negatività, determinando quindi l'impossibilità di esprimere diagnosi.

La diagnosi di farmacodipendenza in ambiente penitenziario, con i suoi delicati aspetti connessi al ricorso di misure alternative con possibilità di trattamento e cura maggiormente efficaci, richiede di fatto prevalentemente accertamenti di laboratorio basati sull'esame chimico tossicologico delle matrici cheratiniche (capelli e peli corporei). L'analisi di questo campione biologico offre la possibilità, quantomeno teorica, di documentare condizioni di occasionalità delle assunzioni ovvero della loro significativa ripetizione in tempi anche molto antecedenti il momento dell'accertamento.

Questa tipologia di analisi tossicologica ha riconosciuto molti progressi dopo le prime timide applicazioni in ambito medico legale, alla fine degli anni '80, raggiungendo attualmente elevati livelli di affidabilità. Le perplessità e le difficoltà interpretative, in un primo momento prevalentemente connesse alle procedure di estrazione degli analiti dalla matrice cheratinica, sono state quasi del tutto superate e attualmente le metodiche utilizzate sono in grado di preservare integro il pattern metabolico delle sostanze accumulate negli annessi cutanei in seguito alla effettiva assunzione di droghe, farmaci e alcol. Pattern metabolico che può riflettere una accurata rappresentazione della avvenuta assunzione di sostanze, proprio attraverso la traccia costituita dalla presenza dei loro metaboliti nel campione biologico in esame.

La valutazione quantitativa dei dati di laboratorio consente peraltro di stimare la risposta analitica confrontandola con quanto emerge da studi osservazionali che sono stati condotti su soggetti assuntori di alcune droghe (1).

L'interesse scientifico attuale e prevalente, particolarmente nella analisi tossicologica dei capelli, è dunque quello di individuare analiti in grado di migliorare la specificità diagnostica mediante l'identificazione di specifici metaboliti da affiancare al rilievo della sostanza immodificata (2). L'attenzione a questa problematica è da ricondurre alla necessità di evitare difficoltà valutative dovute ad esempio al possibile inquinamento da sovrapposizione, che può portare a confondere una semplice esposizione passiva alle droghe con una reale assunzione attiva di queste sostanze. Situazione particolarmente evidente nel caso di sostanze che vengono fumate o delle quali sono inalati i vapori (3).

È necessario distinguere infatti, tramite l'identificazione dei metaboliti, l'avvenuta assunzione attiva (e quindi il metabolismo) rispetto alla semplice esposizione passiva alla droga ed è pertanto importante non limitare, se possibile, l'analisi chimica alla sola ricerca della sostanza immodificata, ma estenderla a quella dei prodotti del metabolismo, preferendo tra questi quelli che non possono essere confusi con artefatti di laboratorio, perché prodotti ad esempio nel corso del processo analitico. Questi ultimi sono quelli risultanti dalla cosiddetta *fase I* del metabolismo e in particolare quelli derivanti dai processi di idrolisi. Ad esempio, nell'ambito delle sostanze d'abuso la cocaina viene metabolizzata (tramite enzimi idrolitici, nel corso della *fase* metabolica *I*) e trasformata in benzoilecgonina. La stessa trasformazione può facilmente avvenire però anche *in vitro*, durante il procedimento analitico in laboratorio, suscitando quindi dubbi interpretativi nella valutazione dei risultati di laboratorio.

Altre vie metaboliche, come il metabolismo di *fase II* (coniugazione con acido glucuronico) oppure ancora di *fase I*, ma relativamente ai processi ossidativi e di idrossilazione, portano al contrario alla formazione di metaboliti che non possono essere prodotti spontaneamente *in vitro* e quindi rendono molto più affidabile la loro identificazione a fini diagnostici.

Recenti studi sui metaboliti di *fase II* (coniugazione con acido glucuronico) testimoniano della possibilità di ricorrere al dosaggio di analiti molto più specifici. La loro identificazione in matrice cheratinica è stata proposta per gli oppioidi (4) e anche per il principio attivo dei derivati della *Cannabis*, il tetraidrocannabinolo (5). Analogamente, per i metaboliti di *fase I*, ma relativi alla idrossilazione e/o ossidazione, l'attenzione è stata posta alla identificazione e al dosaggio del metabolita acido del tetraidrocannabinolo (6) e del suo idrossi derivato (7). Inoltre, sempre per quanto attiene al metabolismo di *fase I* (idrossilazione), per la cocaina è stata proposta la ricerca dei derivati idrossilati della cocaina (8) riuscendo a garantire quindi per questa sostanza d'abuso risultati molto più specifici rispetto alla analisi della sola benzoilecgonina.

Il dosaggio di questi analiti comporta l'indubbio vantaggio dell'aumento della sensibilità e della specificità diagnostiche, ottenendosi l'identificazione nei reperti biologici di prodotti del metabolismo esclusivamente riconducibili al metabolismo *in vivo* della sostanza d'abuso. I risultati analitici non sono quindi influenzabili da possibili fenomeni di contaminazione passiva, artefatti di laboratorio e altro.

La ricerca e il dosaggio dei metaboliti dopo coniugazione con l'acido glucuronico ha consentito anche di utilizzare l'analisi dei capelli per il dosaggio dell'etil glucuronide (EtG), cioè del metabolita di fase II dell'alcol etilico (9, 10) permettendo di documentare direttamente mediante l'analisi della matrice cheratinica l'avvenuto abuso di alcol etilico, tramite il dosaggio di un suo specifico metabolita l'EtG. Ciò permette di ovviare ad alcune problematiche connesse alla dimostrazione indiretta dell'abuso alcolico tramite biomarker, come può avvenire ad esempio effettuando il dosaggio degli esteri etilici degli acidi grassi (*Fatty Acid Ethyl Esters*, FAEE), per i quali sono stati evidenziati alcuni problemi interpretativi, ancora una volta correlati alla possibile contaminazione passiva (11).

È noto che l'abuso di sostanze riconosce spesso un poli-abuso e recentemente la diffusa reperibilità nel mercato clandestino delle cosiddette Nuove Sostanze Psicotrope (NPS) ha stimolato i ricercatori a verificarne la rilevabilità anche nelle matrici cheratiniche (12), nonché di intraprendere studi per valutare le principali vie metaboliche, peraltro in taluni casi non note (13), al fine di ottimizzare gli strumenti di indagine e migliorare ulteriormente la sensibilità e specificità degli accertamenti.

Da questi pochi esempi si evince come le potenzialità della moderna chimica analitica applicata agli esami tossicologici permetta l'espletamento di accertamenti di laboratorio estremamente validi e affidabili, i cui risultati sono caratterizzati elevata specificità e sensibilità.

È tuttavia da evitare il rischio che tale affidabilità consenta di riversare, mediante una sorta di correlazione univoca, la risposta delle analisi di laboratorio direttamente nell'esito diagnostico finale, omettendo qualsiasi successiva considerazione e valutazione di altri congruenti parametri clinici.

Considerazioni cronologiche con la presunta assoluta certezza di evidenziare periodi di abuso e fasi di astinenza, nonché il riferimento ad una esatta datazione delle assunzioni, richiedono una doverosa prudenza. Alcuni studi hanno dimostrato dei limiti nelle valutazioni cronologiche, testimoniando ad esempio del perdurare della presenza della cocaina nei capelli, per lungo tempo dopo l'interruzione di ripetute assunzioni (14).

L'errato trasferimento diretto del dato di laboratorio nella valutazione di una condizione di alterazione comportamentale, in assenza di una valutazione clinica, oltre a quanto detto per il contesto cronologico, può indurre a considerare il risultato delle analisi (in modo particolare quelle su matrice pilifera) come una precisa indicazione, in funzione delle quantità rilevata, di uno stato tossicodipendenza. Purtroppo ciò talvolta si verifica, addirittura con il riferimento preciso, all'interno della risposta fornita dal laboratorio, a livelli più o meno gravi della patologia. Questo è decisamente da evitare ed esula dal ruolo che il laboratorio può svolgere in questo contesto diagnostico.

Perplexità permangono inoltre nell'equiparare l'esito qualitativo e quantitativo di accertamenti di laboratorio espletati su differenti tipologie di annessi cutanei, cioè ottenute nel caso di prelievi di peli da diversi distretti corporei. È infatti condizione frequente in ambito penitenziario che, nella impossibilità di prelevare per le analisi un campione di capelli della lunghezza di 2-3 cm, vengano utilizzati i peli corporei (ascellari o pubici). In questo caso, sebbene i meccanismi alla base della incorporazione delle sostanze all'interno della matrice cheratinica siano gli sostanzialmente gli stessi (con maggiore consistenza per il trasporto passivo) sussistono evidenti difficoltà interpretative con sovrastima e/o sottostima relativa, dovute anche alla differenza tra le velocità di accrescimento e delle fasi anagen, catagen e talogen (che esprimono le fasi vitali di nascita, crescita e caduta) tra le matrici pilifere.

Infine, constatando la necessità di ricorrere allo sviluppo di metodiche analitiche complesse, spesso basate sull'impiego di tecniche ifenate quali la cromatografia in fase liquida o gassosa abbinata alla spettrometria di massa, oppure la spettrometria di massa tandem, il laboratorio si trova nella condizione di sviluppare proprie metodiche di indagine. È di conseguenza necessario che queste metodiche siano sottoposte ad un processo di validazione prima di essere impiegate in diagnostica. Cioè debbono essere caratterizzati e resi noti i limiti di rilevabilità e di quantificazione, la ripetibilità, la riproducibilità, l'accuratezza e il recupero, nonché, ove possibile, l'incertezza di misura.

Affidabilità e garanzia di qualità dei risultati analitici, accreditamento dei laboratori

Al fine di garantire l'affidabilità dei risultati analitici prodotti a seguito di accertamenti di laboratorio, espletati su matrici biologiche complesse (come gli annessi cutanei, con particolare riferimento ai peli corporei e i capelli) e orientati alla identificazione e al dosaggio di diverse tipologie di analiti, quali ad esempio droghe, farmaci e loro metaboliti, appare evidente come la *performance* analitica e la qualità complessiva del laboratorio costituiscano elementi irrinunciabili per l'ottenimento di parametri diagnostici attendibili, fruibili ed efficaci e che abbiano anche una valenza di prova legale in considerazione del contesto particolare nel quale la diagnosi di uso/misuso/abuso di sostanze viene ad essere richiesta nell'ambito della medicina penitenziaria.

In primo luogo è opportuno ricordare che le fasi che costituiscono la richiesta di accertamento, la consegna del materiale biologico, la sua suddivisione in aliquote, i procedimenti analitici e la trasmissione finale dei risultati analitici, rappresentano processi che dovrebbero essere adeguatamente documentati mediante la cosiddetta "catena di custodia" che consente di definire, tramite traccia fisica od elettronica, di tutti i soggetti che hanno manipolato il campione includendo l'eventuale movimentazione o smaltimento secondo le normative vigenti.

Certamente il riferimento a linee guida di laboratorio nazionali e internazionali (linee guida in tema di analisi tossicologica delle sostanze d'abuso emanate da: Gruppo Tossicologi Forensi Italiani, Istituto Superiore di Sanità, The International Association of Forensic Toxicologists, Society of Hair Testing, ecc.) offre un valido supporto per quanto attiene alle fasi pre-analitiche (raccolta del campione biologico, suddivisione in aliquote, conservazione, catena di custodia), analitiche (metodo di prova adottato e parametri di identificazione e dosaggio quantitativo) e post analitiche (produzione del rapporto di prova e relativa validazione). In tale ambito l'attestazione di conformità a norme internazionali (*International Organization for Standardization*, ISO) in materia di requisiti per la qualità e competenza dei laboratori di prova e dei laboratori medici, da parte di organizzazioni esterne e indipendenti, assicura una completa garanzia di qualità del dato analitico prodotto dal laboratorio che indubbiamente costituisce l'elemento più caratterizzante dell'intero iter diagnostico.

L'accREDITAMENTO dei laboratori di analisi è quindi uno strumento auspicabile al fine di documentare, tramite il riconoscimento formale da parte di una organizzazione esterna, la competenza tecnica e organizzativa nell'eseguire una prestazione specifica, quale appunto è la ricerca chimico tossicologica di sostanze e di marker biochimici di uso/abuso farmacologico, in conformità a quanto indicato da specifici standard internazionalmente riconosciuti.

Questo strumento rafforza di fatto la fiducia delle parti interessate circa la capacità del laboratorio nel rispondere con un elevato livello di affidabilità alle richieste di accertamento.

Nello specifico i modelli organizzativi per l'accREDITAMENTO dei cosiddetti "laboratori di prova" oppure dei "laboratori clinici" è costituito rispettivamente dalle norme UNI CEI IEN ISO/IEC 17025:2018 (15) e UNI EN ISO 15189:2013 (16). Tali norme, costituendo lo standard di riferimento per i laboratori che intendono conformarsi ai requisiti specifici applicabili alla loro attività, sono focalizzate al raggiungimento delle aspettative di coloro che fanno richiesta di prove (nel caso specifico analisi chimico tossicologiche) fornendo gli strumenti normativi per monitorare, migliorare o mantenere efficaci i loro servizi. La politica e gli obiettivi dell'organizzazione, i processi, le procedure e le registrazioni sono inoltre gli strumenti operativi per il controllo del sistema di gestione.

Elemento centrale del processo di accREDITAMENTO è quindi l'organismo di accREDITAMENTO che, essendo indipendente e rappresentativo di tutte le parti interessate, garantisce la competenza dei

laboratori, attraverso verifiche tecniche periodiche, delle prove accreditate. In Italia tale funzione è assolta da Accredia, l'ente unico nazionale di accreditamento designato dal 22 dicembre 2009 dal governo italiano ad attestare la competenza, l'indipendenza e l'imparzialità dei laboratori di prova. Con Accredia, l'Italia si è adeguata al Regolamento comunitario n. 765 del 2008 (17), che fissa le regole sull'esercizio dell'accREDITAMENTO in tutti i Paesi dell'Unione Europea. Accredia svolge un'attività di interesse pubblico a garanzia delle istituzioni, delle imprese e dei consumatori. L'Ente è membro dei network comunitari e internazionali di accREDITAMENTO (EA, *European co-operation for Accreditation*; IAF, *International Accreditation Forum*; e ILAC, *International Laboratory Accreditation Cooperation*) ed è firmatario dei relativi accordi di mutuo riconoscimento, in virtù dei quali le prove di laboratorio e le certificazioni degli organismi accREDITATI da Accredia sono riconosciute e accettate in Europa e nel mondo. Tale ente, operando secondo la norma UNI CEI EN ISO/IEC 17011:2018 (18), verifica e sorveglia nel tempo la conformità dei laboratori sia alla norma ISO 17025, che specifica i requisiti generali per la competenza ad effettuare prove e/o tarature (incluso il campionamento), utilizzando metodi normalizzati, metodi non normalizzati e metodi sviluppati dai singoli laboratori, sia alla norma di riferimento per il sistema di gestione della qualità dei laboratori medici, la ISO 15189, che specifica in particolare i requisiti riguardanti la qualità e la competenza dei laboratori di analisi cliniche e biomediche. Infatti pur essendo ormai da tempo consolidato il riferimento alla norma UNI EN ISO 9001:2015 (19) nell'ambito sanitario e quindi nei laboratori medici al fine di garantire un adeguato standard organizzativo, la ISO 15189 è prescrive criteri ulteriori rispetto alla ISO 9001, ovvero requisiti di qualità più specifici per il laboratorio.

Sostanzialmente la ISO 15189 può essere considerata analoga alla ISO 17025 nella declinazione per le strutture sanitarie e quindi per i laboratori di analisi cliniche. Entrambe valutano la competenza del personale, dell'organizzazione e l'adeguatezza delle risorse e delle strutture, mentre la più diffusa ISO 9001 non entra nel merito delle competenze della struttura e, coprendo solo parzialmente l'intero processo legato alle attività di un laboratorio, è meno specifica per i processi relativi alle attività di analisi, risultando carente nello sviluppo delle modalità di gestione dei requisiti tecnici. Inoltre l'applicazione della ISO 15189 assicura gli utenti, al pari della ISO 17025, su aspetti rilevanti per il laboratorio quali la precisione, l'affidabilità e la riferibilità dei risultati, la loro incertezza e quindi, più in generale, l'assicurazione della qualità dei risultati analitici.

Da notare inoltre che, per quanto attiene alla presentazione dei risultati delle analisi, la norma 15189 prevede l'indicazione nella "refertazione", quando appropriato, degli intervalli biologici di riferimento, al fine di favorire una rapida individuazione del superamento di soglie di normalità. Appare evidente che, nel caso di accertamenti mirati alla individuazione di sostanze d'abuso e dei loro metaboliti, tale indicazione non sia appropriata poiché non esistono intervalli biologici di riferimento per la presenza di droghe e/o alcol etilico nei liquidi biologici e nei tessuti di un individuo che non sia esposto a queste sostanze.

Tutto questo riconduce all'importanza di ciò che viene riferito e consegnato al clinico al termine delle analisi, nella "risposta" che il laboratorio produce all'utente. In questo caso, indipendentemente dall'adesione o meno a standard di qualità, è comunque auspicabile che siano chiaramente indicati, la tipologia del campione biologico esaminato, i risultati degli esami in termini qualitativi e quantitativi, con l'indicazione dettagliata di tutte le sostanze identificate i loro metaboliti, le metodiche analitiche che sono state utilizzate, il limite di rilevabilità (*Limit Of Detection*, LOD) e il limite di quantificazione (*Limit Of Quantification*, LOQ). Infatti, trattandosi di processi analitici attualmente non standardizzati e spesso basati su metodiche sviluppate e validate all'interno dei singoli laboratori, i parametri analitici LOD e LOQ rivestono un ruolo particolarmente rilevante, in quanto possono assumere valori notevolmente differenti tra i laboratori preposti alle analisi chimico tossicologiche.

Una importante indicazione che viene fornita in occasione della comunicazione dell'esito delle analisi di laboratorio è costituita dal valore di *cut-off*. Si tratta dell'indicazione di un valore soglia "decisionale", che riferisce di un limite di concentrazione definito, in maniera convenzionale, per stabilire la negatività ovvero la positività di un campione biologico e pertanto può variare dipendendo dall'ambito di applicazione dell'analisi (come ad esempio è previsto per l'alcolemia dall'art. 186 del Codice della Strada, che prevede due soglie: 0 e 0,5 g/L, in funzione della esperienza di guida nonché della tipologia della patente di guida: B, C).

Appare del tutto fuorviante e opinabile indicare nel rapporto di prova valori di *cut-off* in modo confuso e soprattutto confondendoli con, non meglio specificati, "valori di riferimento", come spesso si può purtroppo constatare nella lettura dei risultati analitici.

Per l'attività di diagnostica in ambito penitenziario, sembrerebbe opportuno non fornirne alcuna indicazione del *cut-off* "decisionale" all'interno del rapporto di prova, mentre appare più logico che siano definiti "livelli minimi di performance analitica" per laboratori preposti alle indagini e quindi che siano individuati e condivisi dalla comunità scientifica valori soglia o *cut-off* "analitici" e non "decisionali". Il risultato fornito dal laboratorio dovrebbe di conseguenza essere necessariamente interpretato da specialisti di settore che, sulla base di quanto scientificamente noto, dovrebbe utilizzarlo coerentemente all'insieme di tutti gli altri elementi idonei a fini diagnostici. Questo eviterebbe che il dato di laboratorio, in assenza di indicazioni sulla sua sensibilità e specificità, possa tradursi automaticamente, in caso di positività o negatività, in altrettante diagnosi di assenza d'uso o peggio di abuso o farmacodipendenza.

L'accertamento di laboratorio, pur se indispensabile e fondamentale, rimane infatti soltanto uno degli elementi che concorrono alla corretta diagnosi della complessa e variegata condizione patologica di abuso e dipendenza farmacologica.

Sarebbe comunque utile sapere, al fine di inserire correttamente i dati delle analisi tossicologiche nell'iter diagnostico, quali sostanze è effettivamente in grado di individuare il laboratorio, in quali matrici biologiche, mediante quali analiti e con quale limite di rilevabilità e quantificazione.

Conclusioni

La diagnosi di uso/abuso di sostanze e la valutazione di una condizione di dipendenza farmacologica in soggetti ristretti in carcere costituiscono indubbiamente un delicato momento diagnostico che deve essere supportato da efficaci strumenti, costituiti tra l'altro da analisi di laboratorio mirate alla individuazione di sostanze e *marker* biochimici di riconosciuta significatività, a vantaggio della sensibilità e specificità diagnostiche.

Sono stati sviluppati nel tempo affidabili metodi di analisi chimica che consentono al laboratorio di effettuare la ricerca e il dosaggio delle sostanze d'abuso, comprese le cosiddette NPS, a livelli di sub-nanogrammi in matrici biologiche complesse, ampliando in tal modo le possibilità diagnostiche.

Tutto ciò si traduce nella documentabilità, con valore di prova, della presenza nei liquidi e nei tessuti biologici delle sostanze d'abuso, a supporto di una efficace diagnosi clinica.

Sarebbe tuttavia auspicabile che la tossicologia analitica, unitamente alla medicina di laboratorio, giungessero ad una standardizzazione condivisa delle metodiche e delle procedure più affidabili, anche al fine di renderle omogenee sul territorio nazionale, definendo requisiti di *performance* analitica, ritenuti indispensabili a garanzia della certezza di quanto prodotto a supporto della diagnosi clinica.

L'iter diagnostico risulterebbe in tal modo coerente con le più attuali evidenze scientifiche e avrebbe caratteristiche di uniformità nei vari contesti dove viene richiesto ed espletato, con particolare riferimento all'ambito penitenziario.

Bibliografia

1. Vignali C, Stramesi C, Vecchio M, Groppi A. Hair testing and self-report of cocaine use. *Forensic Sci Int* 2012;215(1-3):77-80
2. White RM. Drugs in hair. Part I. Metabolisms of major drug classes. *Forensic Sci Rev* 2017;29(1):23-55.
3. Berthet A, De Cesare M, Favrat B, Sporkert F, Augsburg M, Thomas A, Giroud C. A systematic review of passive exposure to cannabis. *Forensic Sci Int* 2016;269:97-112.
4. Grabenauer M, Bynum ND, Moore KN, White RM, Mitchell JM, Hayes ED, Flegel R. Detection and quantification of codeine-6-glucuronide, hydromorphone-3-glucuronide, oxycodone-3-glucuronide, morphine 3-glucuronide and morphine-6-glucuronide in human hair from opioid users by LC-MS-MS. *J Anal Toxicol* 2018;42(2):115-25.
5. Pichini S, Marchei E, Martello S, Gottardi M, Pellegrini M, Svaizer F, Lotti A, Chiarotti M, Pacifici R. Identification and quantification of 11-nor- Δ^9 -tetrahydrocannabinol-9-carboxylic acid glucuronide (THC-COOH-glu) in hair by ultra-performance liquid chromatography tandem mass spectrometry as a potential hair biomarker of cannabis use. *Forensic Sci Int* 2015;249:47-51.
6. Minoli M, Angeli I, Ravelli A, Gigli F, Lodi F. Detection and quantification of 11-nor- Δ^9 -tetrahydrocannabinol-9-carboxylic acid in hair by GC/MS/MS in Negative Chemical Ionization mode (NCI) with a simple and rapid liquid/liquid extraction. *Forensic Sci Int* 2012;218(1-3):49-52.
7. Angeli I, Casati S, Ravelli A, Minoli M, Orioli M. A novel single-step GC-MS/MS method for cannabinoids and 11-OH-THC metabolite analysis in hair. *J Pharm Biomed Anal* 2018;155:1-6.
8. Schaffer M, Cheng CC, Chao O, Hill V, Matsui P. Analysis of cocaine and metabolites in hair: validation and application of measurement of hydroxycocaine metabolites as evidence of cocaine ingestion. *Anal Bioanal Chem* 2016;408(8):2043-54.
9. Morini L, Politi L, Ploettini A. Ethyl glucuronide in hair. A sensitive and specific marker of chronic heavy drinking. *Addiction* 2009;104(6):915-20.
10. Morini L, Varango C, Filippi C, Rusca C, Danesino P, Cheli F, Fusini M, Iannello G, Groppi A. Chronic excessive alcohol consumption diagnosis: comparison between traditional biomarkers and ethyl glucuronide in hair, a study on a real population. *Ther Drug Monit* 2011;33(5):654-7.
11. De Giovanni N, Donadio G, Chiarotti M. Ethanol contamination leads to Fatty acid ethyl esters in hair samples. *J Anal Toxicol* 2008;32(2):156-9.
12. Strano-Rossi S, Odoardi S, Fisichella M, Anzillotti L, Gottardo R, Tagliaro F. Screening for new psychoactive substances in hair by ultrahigh performance liquid chromatography-electrospray ionization tandem mass spectrometry. *J Chromatogr A* 2014;1372C:145-56.
13. Strano-Rossi S, Anzillotti L, Dragoni S, Pellegrino RM, Goracci L, Pascali VL, Cruciani G. Metabolism of JWH-015, JWH-098, JWH-251, and JWH-307 in silico and in vitro: a pilot study for the detection of unknown synthetic cannabinoids metabolites. *Anal Bioanal Chem* 2014;406(15):3621-36.
14. Felli M, Martello S, Marsili R, Chiarotti M. Disappearance of cocaine from human hair after abstinence. *Forensic Sci Int* 2005;154(2-3):96-8.
15. UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2018. *Requisiti generali per la competenza dei laboratori di prova e taratura*. Milano: Ente Italiano di Unificazione; 2018.
16. UNI EN ISO 15189:2013. *Laboratori medici - Requisiti riguardanti la qualità e la competenza*. Milano: Ente Italiano di Unificazione; 2013.

17. Europa. Regolamento (CE) N. 765/2008 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 luglio 2008 che pone norme in materia di accreditamento e vigilanza del mercato per quanto riguarda la commercializzazione dei prodotti e che abroga il regolamento (CEE) n. 339/93. *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* L 218/30, 13.8.2008.
18. UNI CEI EN ISO/IEC 17011:2018. *Valutazione della conformità - Requisiti per gli organismi di accreditamento che accreditano organismi di valutazione della conformità*. Milano: Ente Italiano di Unificazione; 2018.
19. UNI EN ISO 9001:2015. *Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti*. Milano: Ente Italiano di Unificazione; 2015.

BIOCHIMICA CLINICA E TOSSICOLOGIA FORENSE: UNA PROFICUA ALLEANZA

Sergio Bernardini, Simona Martello

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Chirurgia, Università di Tor Vergata, Roma

Definizioni biochimico-cliniche in tossicologia

La tossicologia è lo studio degli effetti indesiderati delle sostanze chimiche sull'organismo che si realizza esaminando la natura di questi effetti (inclusi i meccanismi d'azione cellulari, biochimici e molecolari) e valutando la possibilità che essi si verifichino.

Gli effetti tossici di una sostanza possono essere immediati o ritardati, come anche reversibili o irreversibili; la reversibilità o irreversibilità dell'effetto dipende principalmente dalle capacità di rigenerazione del tessuto interessato.

Un'altra distinzione fra i vari tipi di effetti tossici riguarda il sito d'azione. Gli effetti locali sono quelli che si verificano nel sito di primo contatto tra il sistema biologico e l'agente tossico. Invece gli effetti sistemici sono quelli che richiedono l'assorbimento e la distribuzione dell'agente tossico dal suo sito d'entrata a un punto lontano ove è in grado di produrre i suoi effetti tossici. La maggior parte delle sostanze produce effetti sistemici; per alcune sostanze sono stati dimostrati effetti sia locali sia sistemici. In genere gli agenti chimici che causano effetti sistemici producono la loro massima tossicità in uno o due organi, definiti organi bersaglio della tossicità; spesso l'organo bersaglio non corrisponde al sito di massima concentrazione dell'agente chimico.

L'interazione tra sostanze chimiche può avvenire con diversi meccanismi: alterazione dell'assorbimento, del legame con le proteine, del metabolismo (o biotrasformazione) o dell'escrezione di una o più delle sostanze coinvolte. Oltre ai fenomeni di interazione, la risposta dell'organismo alla combinazione di diverse sostanze tossiche può risultare aumentata o diminuita a causa degli effetti tossici indotti nel sito d'azione.

Si ha un effetto additivo quando due sostanze somministrate contemporaneamente producono un effetto pari alla somma degli effetti indotti da ciascuna di esse somministrata singolarmente; è l'effetto più comune. Si ha un effetto sinergico quando la combinazione di due sostanze produce effetti maggiori della somma degli effetti indotti dalle sostanze somministrate singolarmente. Si ha potenziamento quando una sostanza è di per sé priva di effetti tossici, ma se somministrata contemporaneamente a un'altra questa la rende più tossica.

L'antagonismo è la situazione in cui due o più sostanze interferiscono fra di loro. Esistono quattro categorie fondamentali di antagonismo: l'antagonismo funzionale (quando due sostanze hanno effetti contrapposti sulla stessa funzione fisiologica), l'antagonismo chimico o inattivazione (quando fra le sostanze coinvolte avviene una reazione chimica che generalmente dà esito a un prodotto meno tossico), l'antagonismo cinetico (quando vengono alterati l'assorbimento, il metabolismo, la distribuzione o l'escrezione di una delle sostanze, la cui concentrazione e/o durata dell'effetto sull'organo bersaglio risulterà diminuita) e l'antagonismo recettoriale (quando l'effetto combinato di sostanze che si legano allo stesso recettore è minore della somma degli effetti indotti da ciascuna sostanza somministrata singolarmente o quando una sostanza antagonizza gli effetti di un'altra sostanza).

La tolleranza è la condizione di diminuita risposta all'effetto tossico di una sostanza dovuta a una precedente esposizione alla sostanza stessa o a un'altra strutturalmente simile; i principali

meccanismi responsabili della tolleranza sono una diminuita quantità di sostanza che raggiunge il sito in cui viene prodotto l'effetto tossico (tolleranza cinetica) e una ridotta reattività del tessuto.

Gli effetti tossici su un sistema biologico non vengono prodotti senza che l'agente o i suoi metaboliti raggiungano i siti appropriati dell'organismo a una concentrazione e per un tempo sufficienti a evocare l'effetto tossico. Quindi la risposta tossica dipende dalle proprietà chimico-fisiche dell'agente, dalla sede di esposizione, dal metabolismo dell'agente e dalla suscettibilità del sistema biologico o dell'individuo.

Le più importanti vie attraverso cui gli agenti tossici hanno accesso all'organismo sono il tratto gastroenterico (ingestione), i polmoni (inalazione), la pelle (via topica, percutanea o dermica) e le altre vie parenterali. Generalmente gli agenti tossici producono gli effetti maggiori e le risposte più rapide quando vengono iniettati direttamente nel torrente circolatorio. Il "veicolo" (ovvero il materiale in cui l'agente tossico è disciolto) e altri fattori della formulazione possono alterare notevolmente l'assorbimento; inoltre anche la via di somministrazione può influenzare la tossicità degli agenti.

Siccome ogni sostanza è sottoposta a un processo di biotrasformazione (detto metabolismo) che ha lo scopo di trasformare le sostanze estranee in composti più polari e più idrosolubili per aumentarne l'escrezione, per la valutazione del potenziale tossico di uno xenobiotico è importante tenere presenti non solamente gli effetti tossici della sostanza tossica in quanto tale, ma anche quelli dei suoi metaboliti. Questo è di particolare importanza nella valutazione dell'azione di un farmaco, dove i metaboliti da una parte possono essere le sostanze che esplicano l'effettiva azione farmacologica (essendo quindi la sostanza somministrata un profarmaco), ma dall'altra possono ricoprire un'importante azione tossica.

La biotrasformazione di una sostanza può portare alla formazione di metaboliti inattivi, di metaboliti attivi (con spettro d'azione uguale o diverso rispetto a quello della sostanza originaria) e metaboliti decisamente tossici.

La sede principale del metabolismo è il fegato, ma anche polmoni, fegato e intestino hanno una capacità metabolica significativa e ogni tessuto è dotato di una certa capacità metabolica.

Una caratteristica degli enzimi epatici è che la loro sintesi e attività possono aumentare in seguito alla somministrazione ripetuta di sostanze come farmaci, pesticidi, sostanze chimiche di origine industriale e alimenti (un esempio su tutti l'etanolo). L'induzione metabolica, particolarmente importante nel caso dei farmaci, si traduce in un'accelerazione del metabolismo e in una riduzione dell'azione non solo della sostanza induttrice, ma anche di altre sostanze somministrate contemporaneamente all'induttore.

Nel processo metabolico gli xenobiotici vengono trasformati in xenobiotici con attività minore o nulla rispetto al parentale (subendo quindi un processo di detossificazione) oppure in metaboliti con attività maggiore rispetto al parentale (subendo quindi un processo di bioattivazione).

Importante al riguardo è quindi l'utilizzo di opportuni biomarcatori che siano indice di alterazioni biochimiche o molecolari dovute allo xenobiotico e che siano misurabili in campioni di liquidi biologici umani. Si possono considerare importanti:

- biomarcatori di esposizione, definibili come sostanze esogene o loro metaboliti o prodotti dell'interazione tra uno xenobiotico e una molecola o cellulare bersaglio e misurati in un compartimento dell'organismo (per esempio livelli urinari o plasmatici di composti esogeni e/o di loro metaboliti);
- biomarcatori di dose biologicamente efficace, che rappresentano una misura dell'esposizione più vicina al bersaglio (es. addotti al DNA o alle proteine plasmatiche di composti esogeni);
- biomarcatori di effetti biologici, che evidenziano un'alterazione biochimica, fisiologica o di altro tipo misurabile in un organismo che, a seguito dell'esposizione a un determinato fattore di rischio e a seconda dell'entità, indica un danno effettivo o potenziale alla salute

- o una vera e propria patologia (per esempio aberrazioni cromosomiche o scambio di cromatidi fratelli);
- biomarcatori di suscettibilità, che evidenziano la diminuzione intrinseca o acquisita della capacità di un organismo di rispondere ai possibili effetti dell'esposizione a un determinato xenobiotico (per esempio lo studio dei genotipi che caratterizzano il polimorfismo di enzimi coinvolti nel metabolismo dei tossici) (1-3).

Tossicologia forense in biochimica clinica

I laboratori di biochimica clinica sono sempre più integrati con i laboratori di tossicologia forense; basti pensare che la nuova Legge n. 41 del 23 marzo 2016 sull'omicidio stradale coinvolge attivamente il laboratorio per analisi di sostanze d'abuso richieste direttamente dalle forze dell'ordine intervenuti in un incidente stradale. La tossicologia forense ha ampliato il suo campo di interesse; il suo compito primario è quello di studiare il rapporto tra uomo e agente tossico in relazione all'applicazione di specifici disposti di legge. Questa è una peculiarità che contraddistingue la tossicologia forense e che la porta ad approfondire problematiche tra loro diverse: analisi su cadavere prettamente legate alla medicina legale, analisi sull'utilizzo voluttuario di sostanze stupefacenti e alcol, rischio chimico nell'ambiente lavorativo, il doping, l'inquinamento ambientale e la tossicologia degli alimenti.

Negli ultimi anni ormai sono state immesse nel mercato clandestino, accanto alle droghe considerate classiche, in quanto da tempo presenti nel mercato illecito (cocaina, metadone, oppiacei, cannabinoidi, amfetamine, ecstasy), nuove droghe sintetiche, definite Nuove Sostanze Psicoattive (NSP). Proprio per questo l'elenco delle sostanze stupefacenti è sottoposto a continuo aggiornamento.

Questo ha portato a un importante sviluppo di applicazioni di tossicologia forense mediante l'utilizzo di strumentazione sempre più sofisticata che ha permesso di scoprire nuove sostanze immesse sul mercato e poterle così identificare.

Le nuove sostanze psicoattive comprendono un ampio spettro di molecole differenti tra loro, molte delle quali non controllate a livello internazionale e con la caratteristica di mimare gli effetti delle sostanze stupefacenti tradizionali. Le NSP sono sostanze chimiche che si presentano in forma solida o liquida, in forma di medicamento, come compresse o capsule.

Tra le sostanze che sono state trovate vi sono cannabinoidi sintetici, spesso contenuti in miscele di erbe, catinoni sintetici, fenetilamine, piperazine, triptamine, ketamina, GHB (*Gamma HydroxyButyrate*) e GBL (*Gamma-Butyrolactone*) e altro.

Il Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri riporta che dal 2009 al 2013 sono state segnalate da parte dell'Osservatorio Europeo e dei centri collaborativi italiani, nel Sistema di Allerta Precoce oltre 280 nuove molecole, tra cui soprattutto cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici e fenetilamine.

La comparsa di nuove molecole psicoattive è un fenomeno che dobbiamo considerare dinamico, rispondendo infatti a richieste di nuove sostanze da parte del mercato, mercato che a sua volta riflette naturalmente lo stato legale delle molecole che sono state bandite.

La disponibilità di queste nuove molecole era fino al 2011 negli smart shop in varie città italiane, ma l'aggiornamento rapido delle tabelle nel DPR 309/1990 e successive modifiche e integrazioni e l'attività di contrasto da parte delle forze dell'ordine hanno ridotto di molto la loro presenza in questi posti, anche se le NSP sono ampiamente disponibili in internet.

Nel 2013 la Commissione Europea ha proposto di rendere illegali tali sostanze; in particolare la proposta distingue fra sostanze a rischio moderato, che subiscono una restrizione al mercato

dei consumatori, e quelle a rischio alto, che subiscono invece una restrizione completa e sono soggette a provvedimenti di tipo penale.

Scelta della matrice biologica

Nella biochimica clinica, così come nella tossicologia forense, è fondamentale sapere scegliere il tipo di matrice biologica, scelta che dipende dalla finalità dell'accertamento.

Le matrici biologiche più comunemente utilizzate nella biochimica clinica sono rappresentate da urina, sangue e derivati del sangue (plasma e siero). Diversamente dalla tossicologia forense infatti la matrice cheratinica non trova una applicazione di routine in questo campo.

La tossicologia di urgenza è la parte della biochimica clinica che ha più punti di incontro con la tossicologia forense, infatti dovendo dimostrare una attualità d'uso la matrice da utilizzare è il sangue. Se invece è necessario dimostrare un utilizzo della sostanza nei giorni precedenti alla raccolta si utilizza l'urina.

Sangue

Il campione ematico dà indicazioni su una esposizione recente a una sostanza. L'uso di questa matrice è limitato da vari fattori, in particolare dall'invasività del prelievo e dalla difficoltà ad avere volumi importanti di campione. L'analisi del campione ematico risulta però molto importante nelle indagini forensi dove spesso è necessario sapere se un soggetto è sotto effetto di una determinata sostanza e se è in atto una intossicazione acuta dalla sostanza. Pertanto è la matrice di prima scelta nei casi di incidenti stradali ai sensi degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada e ai sensi della Legge 41/2016, così come nei casi medico-legali con interesse tossicologico-forense.

Urine

L'urina è il tipo di campione più utilizzato e presenta vari vantaggi quali ad esempio la non invasività del prelievo, la possibilità di campionare grandi volumi di campione e di analizzare i metaboliti delle sostanze anche a distanza di giorni.

Il tempo di permanenza delle sostanze d'abuso nella matrice urinaria dipende da vari fattori: la farmacocinetica della sostanza, e quindi la sua emivita e la variabilità della clearance renale della persona ma anche dal tempo intercorso tra assunzione e prelievo del campione o dal pH delle urine.

Un limite del campione urinario è la sua facile adulterazione con varie sostanze o la sua facile diluizione con lo scopo, in entrambi i casi, di mascherare un'eventuale assunzione e rendere così il campione "negativo". In questo senso, come è riportato nel paragrafo relativo alla valenza medico-legale delle analisi tossicologiche, il laboratorio può adottare procedure di controllo tramite catena di custodia e procedure analitiche che mettano in luce l'autenticità e l'integrità del campione prelevato.

Procedure analitiche

Il tipo di strategia che un laboratorio deve adottare nella scelta della tecnica analitica dipende essenzialmente dalla finalità delle analisi, fermo restando che una positività a una tecnica di screening necessita sempre di una analisi di conferma, in quanto le tecniche di screening sono poco specifiche e pertanto possono dare risultati falsi positivi.

Le tecniche di screening sono comunque utili in quanto riescono in modo pratico e in poco tempo a esaminare un numero elevato di campioni. Proprio per questo motivo, questo tipo di tecnica trova ampia applicazione nella biochimica clinica di urgenza in quanto permette una rapida risposta e quindi rapida risoluzione di una emergenza.

Analisi di screening

I test di screening sono essenzialmente di tipo immunochimico e si basano su una reazione competitiva per un sito specifico di legame di un anticorpo tra un antigene marcato e l'antigene non marcato, ossia la sostanza da ricercare nel campione. L'anticorpo lega entrambi gli antigeni ma più antigene è presente nel campione e meno antigene marcato verrà legato, così si avrà una quantità diversa di antigene marcato libero, quantità che è inversamente proporzionale alla quantità di antigene nel campione. Pertanto al momento della saturazione sarà possibile calcolare la quantità di antigene marcato legato e la quantità di quello libero. La misura del segnale prodotto dall'antigene marcato metterà in rilievo la reazione primaria con l'anticorpo e permetterà di misurare l'entità della competizione.

I test immunochimici possono essere un fase omogenea o eterogenea ma i più idonei per la tossicologia forense sono quelli di tipo omogeneo, vale a dire quelli in cui, al momento della misura della reazione, non è necessario separare la frazione libera di antigene marcato da quella legata all'anticorpo. Sono test immunochimici in fase omogenea quelli immunoenzimatici (*Enzymemultiplied Immunoassay Technique*, EMIT), mentre sono test in fase eterogenea quelli radioimmunologici (*RadioImmunoAssay*, RIA).

Come detto, nella tossicologia forense trovano ormai applicazione esclusivamente i test immunoenzimatici, a causa del fatto che questi metodi sono diretti, automatizzati, veloci e di facile esecuzione, richiedono piccoli volumi di campione e forniscono una risposta semiquantitativa.

Nella biochimica clinica il RIA, che se in modo sempre più limitato, ma trova sempre possibile applicazione nel dosaggio di alcuni ormoni e marker tumorali.

Analisi di conferma

I test cromatografici di conferma sono esami altamente specifici, che distinguono all'interno di una classe di sostanze le singole sostanze, e con una sensibilità maggiore dei test di screening.

Le tecniche cromatografiche più utilizzate nei laboratori di tossicologia forense sono la cromatografia (gassosa o liquida) abbinata alla spettrometria di massa. In entrambi i casi i composti di una miscela vengono separati in quanto trattenuti da una fase stazionaria (colonna cromatografica) e allo stesso tempo trascinati da una fase mobile (gassosa o liquida) in modo differente, a seconda delle caratteristiche chimico-fisiche di ognuno di essi. A seconda del tipo di analizzatore o detector interfacciato al cromatografo si avranno tecniche analitiche differenti, ma le più idonee per le applicazioni di tipo forense sono quelle in cui viene interfacciato al cromatografo uno spettrometro di massa: la gas cromatografia abbinata alla spettrometria di massa (*Gas Chromatography-Mass Spectrometry*, GC-MS) e la cromatografia liquida abbinata

alla spettrometria di massa (*Liquid Chromatography-Mass Spectrometry* LC-MS). Questo tipo di tecniche forniscono per ogni molecola uno spettro di massa, vale a dire un grafico specifico in cui viene riportata l'intensità relativa di ogni ione rispetto al rapporto massa-carica (m/z , cioè la massa di una data particella m con il numero di cariche z che la particella porta). Questo tipo di tecniche possono distinguere, ad esempio, le singole sostanze della classe degli oppiacei, e quindi morfina, codeina, 6-monoacetilmorfina, per il loro diverso spettro di massa e, grazie all'utilizzo della LC-MS, possono anche individuare altri metaboliti quali ad esempio la morfina-3-glucuronide e la morfina-6-glucuronide. Questo perché la LC-MS è un tipo di tecnica che permette di analizzare, a differenza della GC-MS, anche molecole termolabili e idrofile come ad esempio i glucuronidi.

I metodi cromatografici adottati da ogni laboratorio devono essere validati dal laboratorio stesso calcolando diversi parametri e in particolare precisione, accuratezza, LOD, LOQ, robustezza e specificità.

Conclusioni

Le due discipline hanno tra loro molti punti in comune, in particolare il tipo di matrici biologiche utilizzate e le tecniche analitiche applicate. Quello che le distingue e le rende peculiari l'una rispetto all'altra è soprattutto la finalità con cui vengono eseguite le analisi stesse.

La biochimica clinica ha finalità di ausilio alla terapia medica e terapia medica come anche ha grande utilità nella medicina di urgenza.

La tossicologia forense ha come scopo principale quello di studiare il rapporto tra uomo e agente tossico in relazione all'applicazione di specifici disposti di legge. Il suo legame con le normative in ambito penale fa sì che, per eseguire analisi tossicologiche di tipo forense, non basta essere un laboratorio di analisi chimico-cliniche certificato secondo standard nazionali, ma è necessario seguire requisiti specifici necessari per garantire la qualità in ambito forense. I requisiti sono non di tipo analitico ma di tipo culturale, che portano a ottenere una specifica preparazione di tipo universitaria nelle scienze forensi. È necessario che un laboratorio di analisi, anche di tipo farmaco-tossicologico, consegua questo requisito aggiuntivo per eseguire analisi in campo medico-legale che ricadono anche nel campo giudiziario.

Bibliografia

1. Klaassen CD, Watkins III JB. *Casarett&Doull's. Elementi di tossicologia*. Roma: Casa Editrice Ambrosiana; 2013.
2. Lu FC, Kacew S. *Elementi di tossicologia*. Roma: EMSI; 2015
3. Hayes AW, Kruger CL. *Principles and methods of toxicology*. Boca Raton, Florida, Stati Uniti: CRC Press; 2014.

SOSTANZE D'ABUSO E ALCOL: STATO DELL'ARTE IN DIAGNOSTICA E REQUISITI DI QUALITÀ DEI LABORATORI

Sabina Strano Rossi

Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Legale - Tossicologia Forense, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Introduzione

La determinazione di sostanze d'abuso a scopo diagnostico medico legale, sebbene consolidata da molti decenni di attività, è in costante evoluzione, volta ad un continuo miglioramento per fornire dati con un elevatissimo livello di affidabilità. I motivi alla base del continuo miglioramento sono, da un lato, l'esponentiale sviluppo tecnologico che porta al miglioramento delle metodiche analitiche, che consentono di superare limiti impensabili anni fa; dall'altro la necessità di implementare i metodi al fine di rilevare un numero sempre crescente di sostanze psicotrope potenzialmente presenti nei campioni biologici (e nei sequestri). Infine, ma non ultima, la crescente necessità e aspirazione di operare ad un livello di eccellenza, al fine di fornire un servizio accurato e affidabile, che ottemperi ai requisiti delle norme di qualità del settore. Ciò fa sì che la diagnostica di laboratorio in ambito medico legale sia sì, una scienza in continua evoluzione, ma con regole ben definite da seguire per fornire un dato analitico inoppugnabile.

Tra le principali aree dalle quali c'è al momento maggiore richiesta di dati diagnostici con valore medico legale, quindi affidabili "oltre ogni ragionevole dubbio", c'è la valutazione della guida sotto l'effetto di alcol e droghe, resa ancora più stringente dall'introduzione del reato di omicidio stradale e lesioni personali stradali (1), e l'idoneità alla guida, secondo l'art. 119 del Codice della Strada (2); le analisi per il controllo dei lavoratori con mansioni a rischio per la salute di terzi (ex art. 125 del DPR 309/1990) (3); i controlli psichiatrici su soggetti che sempre più frequentemente presentano fenomeni psicotici e per i quali viene richiesto un ausilio analitico per comprendere se e quale sostanza psicotropa possa esserne la causa; le intossicazioni acute, mortali e non. Anche la diagnostica in ambito carcerario rientra nell'ambito medico legale per il quale è richiesta una diagnostica tossicologico-forense ad un elevato livello di affidabilità e che sia in grado di fornire indicazioni diagnostiche su un vasto numero di analiti ormai presenti sul mercato clandestino ma per i quali non sempre sono disponibili sistemi diagnostici adeguati.

Necessità diagnostiche e campioni biologici

La scelta del campione biologico da analizzare a seconda della finalità analitica è un primo fondamentale aspetto che il tossicologo forense deve valutare per effettuare un'indagine tossicologica.

Le diverse matrici infatti accumulano i tossici con diverse modalità e tempi di eliminazione, consentendo valutazioni diagnostiche differenti. Ad esempio, la presenza di una sostanza/tossico nel circolo ematico corrisponde alla sua biodisponibilità, consentendo quindi una valutazione dello stato di alterazione o di una intossicazione in atto. Dal circolo sanguigno le sostanze vengono però eliminate piuttosto rapidamente; la finestra di rilevabilità diagnostica in questo

distretto corporeo è pertanto limitata. Lo stesso vale per il fluido orale, nel quale, essendo un ultrafiltrato del sangue, le sostanze hanno tempi di comparsa/eliminazione paragonabili (4, 5).

L'urina è una matrice in cui le sostanze si accumulano prima di essere eliminate, e i tempi di rilevabilità in questa matrice sono sicuramente più ampi: il vantaggio indubbio dell'utilizzo di questo campione biologico è la elevata concentrazione degli analiti, la facilità e non invasività del prelievo, fatta esclusione per l'invasione della privacy, la disponibilità di grandi quantità di campione. Uno svantaggio è la possibilità di adulterazione del campione, che richiede quindi il prelievo a vista, specie nel caso di finalità medico-legali, e il fatto che in urina vengano escreti principalmente i metaboliti di farmaci/droghe, che non sempre sono noti e per i quali spesso non c'è disponibilità di standard analitici. A parte sostanze particolari, casi limite come il GHB (*Gamma HydroxyButyrate*), per quale la rilevabilità in urine è sotto le 10 ore e il metabolita del THC (*Tetra Hydro Cannabinol*) per il quale la rilevabilità urinaria può essere fino a 30 giorni dopo l'ultima assunzione in consumatori abituali, la rilevabilità urinaria della maggior parte delle sostanze psicotrope è nell'ordine di alcuni giorni.

Le matrici cheratiniche (capelli, peli di vari distretti corporei) accumulano le sostanze per un tempo molto lungo, dipendendo dalla velocità di crescita della cheratina e dal ciclo vitale del pelo. Nei capelli le sostanze si accumulano nella zona della cheratina nella quale arrivano attraverso il capillare sanguigno che nutre il bulbo pilifero, e rimangono inalterate spostandosi nella zona di accumulo con la cheratina in crescita, ad una velocità di circa 1-1,5 cm/mese (6, 7). Ciò consente con buona approssimazione una valutazione della storia tossicologica di un soggetto, considerando comunque che ci può essere un accumulo di sostanze, specie cocaina, nella cheratina in crescita anche dopo la cessazione dell'utilizzo. Nel caso dei peli di altri distretti corporei, invece, le modalità di crescita sono differenti, non è possibile effettuare l'analisi di sezioni seriate, e, nel caso di peli ascellari, pubici o di altri distretti, si può valutare l'utilizzo di sostanze nel periodo di circa un anno antecedente il prelievo. Le tecniche analitiche sviluppate negli ultimi anni consentono la determinazione nelle matrici cheratiniche di una vastissima gamma di analiti, farmaci, droghe d'abuso "classiche", nuove sostanze psicoattive, con il vantaggio che nella matrice cheratinica si accumula principalmente la sostanza non metabolizzata, in concentrazioni rilevabili ormai con la maggior parte delle strumentazioni analitiche in commercio (8-13). Tale campione biologico consente quindi una valutazione di assunzioni pregresse, abituali, ma anche, per la maggior parte delle sostanze, consente l'identificazione di una singola assunzione, utilizzando metodiche analitiche sufficientemente sensibili.

Metodiche analitiche

Metodiche di screening

Il metodo di screening è per sua natura un metodo ad ampio spettro, che deve essere utilizzato al fine di non effettuare una analisi di conferma su tutti i campioni. I metodi di screening utilizzati in tossicologia forense sono generalmente – e storicamente – metodi immunochimici. Tali metodologie hanno il vantaggio di essere di semplice utilizzo, con buona sensibilità, e sono spesso disponibili come dispositivi on-site, quindi trasportabili e facilmente utilizzabili non solo dal medico competente in sede di visita medica, ma anche da personale di polizia/infermieristico su strada.

La continua evoluzione del mercato degli stupefacenti, che ha visto l'immissione sul mercato di oltre 800 nuove sostanze psicoattive, e l'utilizzo di farmaci non inclusi nei classici kit di screening (es. metilfenidato, modafinil, ecc.), rende però tali screening non esaustivi nella ricerca di tutte le droghe potenzialmente d'abuso. Metodiche basate sulla cromatografia o sulla

cromatografia associata alla spettrometria di massa consentono di superare almeno in parte tali criticità, in quanto consentono l'esecuzione, adottando le opportune condizioni analitiche, di uno screening ad elevata efficienza consentendo la rilevazione di un ampio numero di sostanze già in una singola sessione analitica.

Metodiche di conferma

In ambito tossicologico forense un risultato di screening deve sempre essere sottoposto ad una analisi di conferma, ovvero effettuata con metodica che dia indicazioni certe sulla struttura chimica della sostanza da identificare e quantificare. Le caratteristiche di un metodo di conferma dovrebbero, idealmente, essere una elevata specificità, il minimo numero di falsi negativi, nessun falso positivo. Il metodo di conferma deve garantire la certezza del dato analitico (identificazione dell'analita secondo criteri ben definiti) ed elevata attendibilità delle determinazioni quantitative. Il golden standard delle metodiche di conferma è la cromatografia (gas cromatografia o cromatografia liquida ad alta prestazione) associata alla spettrometria di massa.

La combinazione delle due metodiche e di tutte le informazioni da queste ottenibili consente di acquisire una serie di informazioni sufficientemente informative da poter garantire la certezza del risultato. Per ottenere ciò è necessario stabilire dei criteri di identificazione che devono essere rispettati per ogni campione. Tali criteri sono stabiliti anche dalle linee guida nazionali dei tossicologi forensi (14).

Marcatori di abuso alcolico

La valutazione dell'abuso di etanolo viene effettuata in genere mediante il dosaggio della CDT (*Carbohydrate-Deficient Transferrin*, transferrina carboidrato carente), la cui percentuale sale sopra i valori normali (che sono generalmente al di sotto del 2%) a seguito di utilizzo di una quantità di alcol pari a 60-80 g/die assunta per 10-15 giorni (15). Altro marcatore dell'utilizzo "cronico problematico" di alcol è l'etilglucuronide (EtG) e gli esteri etilici degli acidi grassi (*Fatty Acid Ethyl Esters*, FAEE) nella matrice cheratinica. Per la valutazione dell'astinenza i FAEE non sono considerati affidabili, mentre per l'EtG sono stabiliti dei valori soglia per distinguere soggetti in completa astinenza (concentrazione di EtG < 7 pg/mg) e soggetti con utilizzo cronico problematico (concentrazione EtG >30 pg/mg, e/o concentrazione etil palmitato > 0,35 ng/mg) (16). L'intossicazione in atto, nella maggior parte richiesta per casi di guida sotto l'effetto di alcol, viene invece effettuata sul campione ematico con metodiche di screening immunochimiche, e, per la conferma, è uno dei pochi casi in tossicologia forense in cui è possibile utilizzare una metodica cromatografica (gascromatografia dello spazio di testa) senza necessità di utilizzare anche una metodica spettrometrica.

Nel caso in cui il controllo venga effettuato su strada dalle forze di polizia, viene analizzata l'aria espirata, mediante appositi apparecchi portatili, con l'obbligo di utilizzare almeno per una misurazione uno strumento a raggi infrarossi, definito probatorio. Lo strumento converte direttamente la quantità di etanolo presente nell'aria espirata nella corrispondente concentrazione nel campione ematico.

Nella Tabella 1 vengono schematicamente riassunti alcuni esempi di metodiche analitiche pubblicate per la determinazione di diverse classi di sostanze.

Tabella 1. Esempi di metodiche analitiche per la determinazione di differenti classi di sostanze

Sostanza	Matrice	Metodica analitica	Ref.
Oppiacei	sangue	LC-MS/MS	Fisichella <i>et al.</i> 2015 (17) Newmeyer <i>et al.</i> 2015 (18)
	urine	GC-MS	Strano Rossi <i>et al.</i> 2011 (19)
	capelli	LC-HRMS	Odoardi <i>et al.</i> 2017 (20)
	saliva	LC-MS/MS	Newmeyer <i>et al.</i> 2015 (18) Concheiro <i>et al.</i> 2010 (21)
Cocaina	sangue	LC-MS/MS	Fisichella <i>et al.</i> 2015 (17) Strano Rossi <i>et al.</i> 2011 (19)
	urine	GC-MS, LC-MS/MS	Pizzolato <i>et al.</i> 2007 (22) Vindenes V <i>et al.</i> 2012 (23)
	capelli	LC-HRMS	Odoardi <i>et al.</i> 2017 (20)
	saliva	GC-MS, LC-MS	Gjerde <i>et al.</i> 2015 (24) Concheiro <i>et al.</i> 2010 (21)
Cannabinoidi	sangue	GC-MS, LC-MS/MS	Gustafson <i>et al.</i> 2003 (25)
	urine	GC-MS, LC-MS/MS	Strano Rossi <i>et al.</i> 2011 (19) Montesano <i>et al.</i> 2014 (26)
	capelli	GC-MS/MS	Angeli <i>et al.</i> 2018 (27)
	saliva	SPME-GC/MS, UHPLC-MS/MS	Anzillotti <i>et al.</i> 2014 (28) Gjerde <i>et al.</i> 2015 (24)
NPS	sangue	UHPLC-MS/MS, GC-MS	Odoardi <i>et al.</i> 2015 (29) Mercieca <i>et al.</i> 2018 (30)
	urine	GC-MS, UHPLC-QTOF-MS	Mercieca <i>et al.</i> 2018 (30) Gundersen <i>et al.</i> 2018; (31) Sánchez-González <i>et al.</i> 2018 (32)
	capelli	UHPLC-MS/MS, LC-HRMS	Strano Rossi <i>et al.</i> 2014; (33) Odoardi <i>et al.</i> 2017 (20)
	saliva	UHPLC-MS/MS	Boumba <i>et al.</i> 2017 (34) Rocchi <i>et al.</i> 2018 (35)
Metadone	sangue	LC-MS/MS	Fisichella <i>et al.</i> 2015 (17)
	urine	LC-MS/MS	Vindenes V <i>et al.</i> 2012 (23)
	capelli	LC-HRMS	Odoardi <i>et al.</i> 2017 (25) Tournel <i>et al.</i> 2014 (36)
	saliva	LC-MS/MS	Newmeyer <i>et al.</i> 2015 (18) Vindenes <i>et al.</i> 2012 (23)
Amfetamine e ATS	sangue	LC-MS/MS, GC-MS	Fisichella <i>et al.</i> 2015 (17) Mercieca <i>et al.</i> 2018 (30)
	urine	GC-MS, LC-MS/MS	Mercieca <i>et al.</i> 2018 (30) Pizzolato <i>et al.</i> 2007 (22) Accioni <i>et al.</i> 2018 (37)
	capelli	LC-HRMS LC-MS/MS GC-MS	Odoardi <i>et al.</i> 2017 (25) Wang <i>et al.</i> 2018 (38) Accioni <i>et al.</i> 2018 (37) Strano Rossi <i>et al.</i> 2009 (39)
	saliva	GC-MS, LC-MS	Gjerde <i>et al.</i> 2015 (24)
Benzodiazepine	sangue	LC-MS/MS	Fisichella <i>et al.</i> 2015 (17)
	urine	LC-MS/MS	Vindenes <i>et al.</i> 2012 (23)
	capelli	LC-HRMS LC-MS/MS	Odoardi <i>et al.</i> 2015 (29) Ramírez Fernández <i>et al.</i> 2015 (40) Rust <i>et al.</i> 2012 (41)
	saliva	GC-MS, LC-MS/MS	Vindenes V <i>et al.</i> 2012 (23) Gjerde <i>et al.</i> 2014 (42)
Marcatori abuso alcolico	sangue	LC-MS/MS Elettroforesi Capillare	Hegstad <i>et al.</i> 2017 (43) Bertaso <i>et al.</i> 2016 (44)
	capelli	GC-MS/MS	Vignali <i>et al.</i> 2018 (45)

Sostanze d'abuso

Nel corso degli ultimi 15 anni abbiamo assistito ad una evoluzione della tipologia e del numero di droghe d'abuso che ha portato all'identificazione di circa 100 nuove sostanze ogni anno, molte delle quali apparse e subito scomparse dal mercato illecito, altre invece più costantemente presenti. I rapporti dell'UNODC (*United Nations Office on Drugs and Crime*), dell'EMCDDA (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) e delle organizzazioni nazionali ci parlano di oltre 850 nuove sostanze certamente identificate dal 2004 ad oggi, appartenenti principalmente alle classi dei catinoni, cannabinoidi sintetici, fenetilammine, benzofurani, piperazine (46-48) con picchi di attenzione negli ultimi anni per i fentanili sintetici, che hanno provocato vari casi di intossicazioni acute nei Paesi del nord Europa, USA e Australia, ma per i quali in Italia sono state riportate solo molto recentemente due segnalazioni. Spesso queste nuove sostanze, specie i catinoni e il GHB, sono utilizzate in specifiche comunità, come quella omosessuale; per la facilità di acquisto via internet e facilità di occultamento, si pensa siano utilizzate anche da soggetti in regime di detenzione, in quanto non sono rilevabili dai più comuni screening utilizzati in carcere.

Le "classiche" sostanze d'abuso quali cocaina, eroina e derivati della cannabis sono comunque le sostanze d'abuso più diffuse sul nostro territorio, e in crescita, come riportato nelle relazioni annuali al parlamento (principalmente i derivati della cannabis), e spesso con percentuali di purezza allarmanti (49). A tutto ciò si aggiungono farmaci utilizzati come droghe d'abuso o comunque con modalità differenti e in quantità maggiore rispetto all'uso terapeutico; tra questi abbiamo benzodiazepine, sostanze antipsicotiche talvolta utilizzate a scopo ricreativo (es. l'aloiperidolo), o farmaci oppioidi usati al di fuori delle indicazioni terapeutiche, tra cui l'ossicodone, il tramadol, il metorfano, che spesso viene rilevato insieme all'eroina nelle intossicazioni acute.

Non ultimo l'etanolo, spesso utilizzato in combinazione con altre sostanze, crea problemi sociali dovuti all'utilizzo da parte dei giovanissimi, ma è anche allarmante la percentuale di soggetti che guida sotto l'effetto dell'alcol e degli incidenti correlati all'utilizzo di tale sostanza.

Requisiti di qualità dei Laboratori

Le società scientifiche che operano nel settore delle indagini tossicologico-forensi hanno stilato delle linee guida che di fatto raccolgono, regolano e in alcuni casi normano in maniera cogente, le modalità di effettuazione delle indagini tossicologico-forensi.

Il Gruppo Tossicologi Forensi Italiani sin dal 2001 ha pubblicato le linee guida "per i laboratori di analisi delle sostanze di abuso in campioni biologici", revisionate periodicamente (ultima revisione la n. 5 del 2017), che di fatto hanno esplicitato i requisiti analitici e di qualità dei laboratori che effettuano diagnostica tossicologico-forense (14). In ambito internazionale, la *International Association of Forensic Toxicologists* ha le proprie linee guida (50), principalmente volte all'analisi di droghe-farmaci su materiale cadaverico; la SOHT (*Society of Hair Testing*) ha stilato linee guida riguardanti tutti gli aspetti della diagnostica tossicologico forense sulle matrici cheratiniche (51). La *European Workplace Drug Testing Society* propone delle proprie linee guida per i controlli sul luogo di lavoro, che in Italia sono di fatto superate dalla normativa in materia, ovvero l'accordo Stato-Regioni, provvedimento 18 settembre 2008, che individua quali siano le "procedure diagnostiche e medico legali, comprese le modalità di prelievo, conservazione e catena di custodia dei campioni, nonché le tecniche analitiche più specifiche con le quali effettuare

le ripetizioni delle analisi garantendo affidabilità e uniformità secondo metodiche di qualità condivise” (52).

È auspicabile per i laboratori che eseguono analisi con valore medico-legale il conseguimento della certificazione secondo la norma ISO 9001, che definisce i requisiti di un sistema di gestione per la qualità. Sarebbe ottimale l’accreditamento secondo la norma ISO 17025, specifica per i laboratori di prova (53).

La certificazione /accreditamento forniscono l’evidenza che una struttura opera in conformità a determinati requisiti di qualità ed è, nel secondo caso, abile a svolgere determinate prove.

L’adesione a standard di qualità è di fatto un requisito indispensabile per poter svolgere indagini tossicologico forensi, a prescindere dall’ottenimento della certificazione/accreditamento ufficiale. Ciò al fine di fornire un risultato affidabile, rintracciabile e inattaccabile.

Conclusioni

La diagnostica di laboratorio tossicologico-forense ha raggiunto elevatissimi standard di qualità, che consentono l’effettuazione di analisi, con valore probatorio e con un elevatissimo grado di qualità, per la determinazione di sostanze d’abuso “classiche” o di nuova tipologia, farmaci, marcatori di abuso alcolico, per finalità di carattere medico legale ma anche sociale e diagnostico, come ausilio a pronto soccorso o servizi psichiatrici; sono anche certamente un importante strumento diagnostico anche in ambito carcerario.

Le tecniche analitiche all’avanguardia e la specifica formazione del personale che opera in ambito tossicologico-forense garantiscono un’offerta diagnostica di elevato valore e la possibilità di identificare sostanze anche in bassissime concentrazioni.

Tutto ciò può e deve essere messo a servizio della diagnostica non solo in ambito forense ma anche clinico e sociale. La collaborazione con altre attività diagnostiche come quelle in ambito biochimico-clinico, sicuramente complementari, consentirebbe un quadro diagnostico completo per una valutazione complessiva di uno stato di intossicazione/dipendenza/uso di sostanze.

Bibliografia

1. Italia. Legge 23 marzo 2016, n. 41. Introduzione del reato di omicidio stradale e del reato di lesioni personali stradali, nonché disposizioni di coordinamento al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e al decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274. *Gazzetta Ufficiale* n.70 del 24-3-2016
2. Italia. Testo aggiornato del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, recante il nuovo codice della strada. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.67 del 22-03-1994 - Suppl. Ordinario n. 49.
3. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309. Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 255 del 31-10-1990 - Suppl. Ordinario n. 67.
4. Strano Rossi S, Chiarotti M. Matrici non convenzionali in tossicologia forense. In: *Trattato di medicina legale e scienze affini*. II edizione. Volume V. Padova: Cedam; 2009.
5. Spieler V. Drugs in saliva. In: Moffat AC, et al. (Ed.). *Clarke’s analysis of drugs and poisons in pharmaceuticals, body fluids and postmortem material*. 4th edition. London: Pharmaceutical Press; 2011. 15-20
6. Chiarotti, M, Strano Rossi, S. Matrici non convenzionali in tossicologia forense. In: Giusti GV (Ed.). *Trattato di medicina legale e scienze affini*. Padova: Cedam; 1999. p.1296.

7. Kintz P. Hair analysis. In: Moffat AC, et al. (Ed.). *Clarke's analysis of drugs and poisons in pharmaceuticals, body fluids and postmortem material*. 4th edition. London: Pharmaceutical Press; 2011.
8. Frison G, Favretto D, Tedeschi L, Ferrara SD. Detection of thiopental and pentobarbital in head and pubic hair in a case of drug-facilitated sexual assault. *Forensic Science International* 2003;133(1-2):171-4.
9. Scheidweiler KB, Huestis MA. Simultaneous quantification of opiates, cocaine, and metabolites in hair by LC-APCI-MS/MS. *Analytical Chemistry* 2004;76(15):4358-63.
10. Strano-Rossi S, Castrignanò E, Anzillotti L, Odoardi S, De-Giorgio F, Bermejo A, Pascali VL. Screening for exogenous androgen anabolic steroids in human hair by liquid chromatography/orbitrap-high resolution mass spectrometry. *Analytica Chimica Acta* 2013;793:61-71.
11. Favretto D, Vogliardi S, Stocchero G, Nalesso A, Tucci M, Terranova C, Ferrara SD. Determination of ketamine and norketamine in hair by micropulverized extraction and liquid chromatography-high resolution mass spectrometry. *Forensic Science International* 2013;226(1-3):88-93.
12. Strano-Rossi S, Anzillotti L, Dragoni S, Pellegrino RM, Goracci L, Pascali VL, Cruciani G. Metabolism of JWH-015, JWH-098, JWH-251, and JWH-307 in silico and in vitro: a pilot study for the detection of unknown synthetic cannabinoids metabolites. *Analytical and Bioanalytical Chemistry* 2014;406(15):3621-36.
13. Fisichella M, Morini L, Sempio C, Groppi A. Validation of a multi-analyte LC-MS/MS method for screening and quantification of 87 psychoactive drugs and their metabolites in hair. *Analytical and Bioanalytical Chemistry* 2014;406(14):3497-506.
14. Gruppo Tossicologi Forensi Italiani. *Linee guida per le strutture dotate di laboratori per gli accertamenti di sostanze d'abuso con finalità tossicologico-forensi e medico-legali su campioni biologici prelevati da vivente*. GTFI; 2017. Disponibile all'indirizzo: http://www.gtffi.it/wp-content/uploads/2017/06/LG_biologico_revisione_2017_29_05.pdf; ultima consultazione 5/6/19.
15. SIBioC, GTFI-SIMLA. *Documento di consenso delle Società Scientifiche SIBioC e GTFI-SIMLA. Transferrina carboidrato carente (carbohydrate-deficient transferrin, CDT). Strategie analitiche e interpretative*. GTFI; 2017. Disponibile all'indirizzo: <http://www.gtffi.it/wp-content/uploads/2015/07/LGCDDT.pdf>; ultima consultazione 5/6/19.
16. Society of Hair Testing. *Consensus for the use of alcohol markers in hair for assessment of both abstinence and chronic excessive alcohol consumption*. Strasbourg: SoHT; 2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.soht.org/images/pdf/Revision%202016_Alcoholmarkers.pdf; ultima consultazione 5/6/19.
17. Fisichella M, Odoardi S, Strano-Rossi S. High-throughput dispersive liquid/liquid microextraction (DLLME) method for the rapid determination of drugs of abuse, benzodiazepines and other psychotropic medications in blood samples by liquid chromatography-tandem mass spectrometry (LC-MS/MS) and application to forensic cases. *Microchemical Journal* 2015;123:33-41.
18. Newmeyer MN, Concheiro M, da Costa JL, LoDico C, Gorelick DA, Huestis MA. Simultaneous plasma and oral fluid morphine and codeine concentrations after controlled administration of poppy seeds with known opiate content. *Forensic Toxicology* 2015;33(2):235-43.
19. Strano-Rossi S, Bermejo AM, de la Torre X, Botrè F. Fast GC-MS method for the simultaneous screening of THC-COOH, cocaine, opiates and analogues including buprenorphine and fentanyl, and their metabolites in urine. *Analytical and Bioanalytical Chemistry* 2011;399(4):1623-30.
20. Odoardi S, Valentini V, De Giovanni N, Pascali VL, Strano Rossi S. High-throughput screening for drugs of abuse and pharmaceutical drugs in hair by liquid-chromatography-high resolution mass spectrometry (LC-HRMS). *Microchemical Journal* 2017;133:302-10.

21. Concheiro M, Gray TR, Shakleya DM, Huestis MA. High-throughput simultaneous analysis of buprenorphine, methadone, cocaine, opiates, nicotine, and metabolites in oral fluid by liquid chromatography tandem mass spectrometry. *Analytical and Bioanalytical Chemistry* 2010;398(2):915-24.
22. Pizzolato TM, de Alda, Maria Jose Lopez, Barceló D. LC-based analysis of drugs of abuse and their metabolites in urine. *Trends in Analytical Chemistry* 2007;26(6):609-24.
23. Vindenes V, Lund HM, Andresen W, Gjerde H, Ikdahl SE, Christophersen AS, Øiestad EL. Detection of drugs of abuse in simultaneously collected oral fluid, urine and blood from Norwegian drug drivers. *Forensic Science International* 2012; 219(1-3):165-71.
24. Gjerde H, Langel K, Favretto D, Verstraete AG. Detection of illicit drugs in oral fluid from drivers as biomarker for drugs in blood. *Forensic Science International*. 2015;256:42-5.
25. Gustafson RA, Moolchan ET, Barnes A, Levine B, Huestis MA. Validated method for the simultaneous determination of Delta 9-tetrahydrocannabinol (THC), 11-hydroxy-THC and 11-nor-9-carboxy-THC in human plasma using solid phase extraction and gas chromatography-mass spectrometry with positive chemical ionization. *Journal of Chromatography B* 2003;798(1):145-54.
26. Montesano C, Sergi M, Odoardi S, Simeoni MC, Compagnone D, Curini R. A μ -SPE procedure for the determination of cannabinoids and their metabolites in urine by LC-MS/MS. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis* 2014;91:169-75.
27. Angeli I, Casati S, Ravelli A, Minoli M, Orioli M. A novel single-step GC-MS/MS method for cannabinoids and 11-OH-THC metabolite analysis in hair. *J Pharmaceutical and Biomedical Analysis* 2018;155:1-6.
28. Anzillotti L, Castrignanò E, Rossi SS, Chiarotti M. Cannabinoids determination in oral fluid by SPME-GC/MS and UHPLC-MS/MS and its application on suspected drivers. *Science and Justice* 2014;54(6):421-6.
29. Odoardi S, Fisichella M, Romolo FS, Strano-Rossi S. High-throughput screening for new psychoactive substances (NPS) in whole blood by DLLME extraction and UHPLC-MS/MS analysis. *Journal of Chromatography B* 2015;1000:57-68.
30. Mercieca G, Odoardi S, Cassar M, Strano Rossi S. Rapid and simple procedure for the determination of cathinones, amphetamine-like stimulants and other new psychoactive substances in blood and urine by GC-MS. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis* 2018;149:494-501.
31. Gundersen POM, Spigset O, Josefsson M. Screening, quantification, and confirmation of synthetic cannabinoid metabolites in urine by UHPLC-QTOF-MS. *Drug Test Anal* 2019;11(1):51-67.
32. Sánchez-González J, Odoardi S, Bermejo AM, Bermejo-Barrera P, Romolo FS, Moreda-Piñeiro A, Strano-Rossi S. HPLC-MS/MS combined with membrane-protected molecularly imprinted polymer micro-solid-phase extraction for synthetic cathinones monitoring in urine. *Drug Test Anal* 2019;11:33-44.
33. Strano-Rossi S, Odoardi S, Fisichella M, Anzillotti L, Gottardo R, Tagliaro F. Screening for new psychoactive substances in hair by ultrahigh performance liquid chromatography-electrospray ionization tandem mass spectrometry. *Journal of Chromatography A* 2014;1372C:145-56.
34. Boumba VA, Di Rago M, Peka M, Drummer OH, Gerostamoulos D. The analysis of 132 novel psychoactive substances in human hair using a single step extraction by tandem LC/MS. *Forensic Science International* 2017;279:192-202.
35. Rocchi R, Simeoni MC, Montesano C, Vannutelli G, Curini R, Sergi M, Compagnone D. Analysis of new psychoactive substances in oral fluids by means of microextraction by packed sorbent followed by ultra-high-performance liquid chromatography-tandem mass spectrometry. *Drug Testing and Analysis* 2018;10(5):865-73.
36. Tournel G, Pollard J, Humbert L, Wiart JF, Hédouin V, Allorge D. Use of hair testing to determine methadone exposure in pediatric deaths. *J Forensic Sci* 2014;59(5):1436-40.

37. Accioni F, García-Gómez D, Girela E, Rubio S. Extraction approach for matrix-independent determination of amphetamine-type stimulants by LC-MS/MS. *Talanta* 2018;182:574-82.
38. Wang T, Shen B, Wu H, Hu J, Xu H, Shen M, Xiang P. Disappearance of R/S-methamphetamine and R/S-amphetamine from human scalp hair after discontinuation of methamphetamine abuse. *Forensic Science International* 2018;284:153-60.
39. Strano Rossi S, Botrè F, Bermejo AM, Tabernero MJ.A. Rapid method for the extraction, enantiomeric separation and quantification of amphetamines in hair. *Forensic Science International* 2009;193:95-100.
40. Ramírez Fernández Mdel M, Wille SM, di Fazio V, Kummer N, Hill V, Samyn N. Detection of benzodiazepines and z-drugs in hair using an UHPLC-MS/MS validated method: application to workplace drug testing. *Therapeutic Drug Monitoring* 2015;37(5):600-8.
41. Rust KY, Baumgartner MR, Meggiolaro N, Kraemer T. Detection and validated quantification of 21 benzodiazepines and 3 “z-drugs” in human hair by LC-MS/MS. *Forensic Science International* 2012;215(1-3):64-72.
42. Gjerde H, Langel K, Favretto D, Verstraete AG. Detection of 4 benzodiazepines in oral fluid as biomarker for presence in blood. *Therapeutic Drug Monitoring* 2014;36(2):252.
43. Hegstad S, Kristoffersen L, Liane VH, Spigset O. EtG and EtS in autopsy blood samples with and without putrefaction using UPLC-MS-MS. *Journal of Analytical Toxicology* 2017;41(2):107-13.
44. Bertaso A, Sorio D, Vadoros A, De Palo EF, Bortolotti F, Tagliaro F. Use of finger-prick dried blood spots (fpDBS) and capillary electrophoresis for carbohydrate deficient transferrin (CDT) screening in forensic toxicology. *Electrophoresis* 2016;37(21):2867-74.
45. Vignali C, Ortu S, Stramesi C, Freni F, Moretti M, Tajana L, Osculati AMM, Groppi A, Morini L. Variability on ethyl glucuronide concentrations in hair depending on sample pretreatment, using a new developed GC-MS/MS method. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis* 2018;159:18-22.
46. United Nations Office On Drugs and Crime. *Understanding the synthetic drug market: the NPS factor*. Vienna: UNODC; 2018. (Global Smart Update Volume 19). Disponibile all'indirizzo: https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_Smart_Update_2018_Vol.19.pdf; ultima consultazione 5/6/19.
47. United Nations Office On Drugs and Crime. *World Drug report 2018*. Vienna: UNODC; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_3_DRUG_MARKETS.pdf; ultima consultazione 5/6/19.
48. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze. *Relazione europea sulla droga*. Lisbona: EMCDDA, 2018. Disponibile all'indirizzo: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ITN_PDF.pdf; ultima consultazione 5/6/19.
49. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga. *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2018 (dati 2017)*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2018. Disponibile all'indirizzo: <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2445/339911.pdf>; ultima consultazione 5/6/19.
50. Committee of Systematic Toxicological Analysis. *Laboratory Guidelines*. Colorado Springs, CO: TIAFT – The International Association of Forensic Toxicologists. Disponibile all'indirizzo: <http://www.tiaft.org/data/uploads/documents/tiaft-sta-laboratory-guidelines.pdf>; ultima consultazione 5/6/19.
51. Society of Hair Testing. *Recommendations for hair testing in forensic cases*. Strasbourg: SoHT, 2013. Disponibile all'indirizzo: https://www.soht.org/images/pdf/Consensus___on_Hair_Analysis.pdf; ultima consultazione 5/6/19.

52. Italia. Conferenza Stato-Regioni. Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.266 del 15-11-2007
53. UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2018. *Requisiti generali per la competenza dei laboratori di prova e taratura*. Milano: Ente Italiano di Unificazione; 2018.

DIAGNOSI E GIUSTIZIA: IL CASO DELLA SINDROME FETO-ALCOLICA

Rosanna Mancinelli (a), Rosanna Maria Fidente (a), Sandro Libianchi (b, c), Marcello Chiarotti (b,d)

(a) *Centro Nazionale Sostanze Chimiche, Prodotti Cosmetici e Protezione del Consumatore, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane, Roma*

(c) *Unità Operativa "Salute penitenziaria", III Casa Circondariale, Complesso Polipenitenziario di Rebibbia - ASL Roma 2*

(d) *già Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Legale - Tossicologia Forense, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

Introduzione

Nei Paesi occidentali il consumo di bevande alcoliche è una tradizione molto antica che fa parte integrante dell'alimentazione e in generale della vita sociale e forse per questo i rischi che il bere eccessivo comporta per la salute sono rimasti a lungo largamente sottostimati. Oggi però che nuovi modelli e stili di vita hanno modificato radicalmente tradizioni e modi di consumo, la pericolosità dell'abuso alcolico è ben riconosciuta e l'alcol risulta di gran lunga la sostanza socialmente più nociva rispetto a tutte le principali sostanze d'abuso (1). I danni da alcol in ambito personale e sociale coinvolgono significativamente anche la popolazione femminile, e sono sempre più le donne che si avvicinano al consumo alcolico precocemente e in modo problematico. Dal punto di vista sociale, il consumo eccessivo di alcol della donna ha un impatto maggiore rispetto a quello maschile anche sulle condizioni di vita e di salute dell'intero nucleo familiare. Dal punto di vista fisiologico, le peculiarità femminili relative a diversa costituzione fisica, diverso assetto enzimatico e ormonale, maggiore suscettibilità alla depressione e in generale al danno neurologico, aumentano la vulnerabilità della donna agli effetti negativi dell'alcol (2-5) L'alcol, o meglio l'etanolo contenuto nelle bevande alcoliche, danneggia particolarmente non solo la salute femminile ma anche quella del nascituro nel caso in cui la madre beva alcolici durante la gravidanza. Infatti l'etanolo è una piccola molecola molto tossica che attraversa la placenta e raggiunge il feto a cui può generare danni irreversibili dato il feto stesso non è fisiologicamente in grado di metabolizzarlo. L'etanolo compromette la salute fetale interferendo sullo sviluppo di tutti gli organi che vengono danneggiati in misura diversa a seconda delle fasi di gravidanza in cui avviene l'esposizione. Sicuramente, l'organo più vulnerabile al danno alcolico è il Sistema Nervoso Centrale che subisce gli effetti tossici a partire dal concepimento fino alla conclusione della gravidanza a tal punto che nel mondo occidentale l'uso di alcol in gravidanza è la principale causa prevenibile di ritardo mentale nel bambino (6) L'esposizione alcolica prenatale può causare nel bambino danni molteplici e irreversibili globalmente definiti come FASD, dall'inglese *Fetal Alcohol Spectrum Disorders*, cioè l'insieme dei disturbi dovuti ad esposizione prenatale, che sono rappresentati da un *continuum* di anomalie strutturali e di disabilità comportamentali e neurocognitive (7) Nel corso degli anni, sono stati utilizzati molti termini diversi per descrivere questo *continuum* di effetti avversi, a partire da "effetti dell'alcol sul feto" (FAE, *Fetal Alcohol Effects*), "difetti alla nascita alcol-correlati" (ARBD, *Alcohol-Related Birth Defects*), "disordini dello sviluppo neuronale alcol-correlati" (ARND, *Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders*) per arrivare solo più recentemente al termine FASD, "insieme dei disturbi associati ad esposizione prenatale all'alcol". Nell'aprile del 2004, la

National Organization on Fetal Alcohol Syndrome (NOFAS) ha organizzato un incontro tra i rappresentanti di tre agenzie federali americane – *National Institutes of Health* (NIH), *Centers for Disease Control and prevention* (CDC) e *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) – e i ricercatori esperti del campo, al fine di raggiungere il consenso unanime sulla definizione di FASD che riunisce sotto tale denominazione diagnostica l'intera gamma degli effetti che possono manifestarsi in una persona la cui madre abbia assunto alcol in gravidanza, incluse le disabilità fisiche e mentali e i disturbi comportamentali e dell'apprendimento. La difficoltà fondamentale relativa a questo insieme di alterazioni definite FASD è la definizione dei criteri mediante i quali fare diagnosi. Le nuove raccomandazioni pubblicate nel 2016 sulla rivista *Pediatrics* a firma degli esperti più eminenti in campo mondiale, sviluppano le precedenti linee guida americane risalenti al 2005 e si basano sulla esperienza sul campo e sui risultati ottenuti da studi che hanno coinvolto circa 10.000 bambini affetti da fetopatia alcolica (8).

Le nuove linee guida forniscono una serie di parametri più precisi per l'accertamento dell'esposizione prenatale all'alcol, esposizione che può ritenersi confermata nel caso in cui una madre abbia assunto durante la gravidanza 6 o più drink a settimana per almeno due settimane, o 3 o più drink in almeno 2 diverse occasioni. Viene inoltre confermata la suddivisione proposta nel 1996, dall'Institute of Medicine (IOM) degli Stati Uniti, in quattro sottocategorie diagnostiche: la sindrome fetto-alcolica o fetale alcolica (*Fetal Alcohol Syndrome*, FAS), per i bambini colpiti in modo più grave, la sindrome fetto-alcolica parziale (*Partial Fetal Alcohol Syndrome*, PFAS), i disordini dello sviluppo neurologico alcol-correlati (*Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder*, ARND) e i difetti congeniti alcol-correlati (*Alcohol-Related Brain Damage*, ARBD). Kenneth R. Warren, coautore delle nuove linee guida, conferma che queste categorie rimangono i descrittori più adatti della gamma di disabilità osservabili all'interno del continuum del FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorders*).

L'esito più negativo dell'esposizione alcolica prenatale è la FAS attualmente registrata nell'elenco delle malattie rare esenti dal ticket del Servizio Sanitario Nazionale italiano con codice RP0040. Gli effetti negativi sul feto conseguenti al bere della madre durante la gravidanza erano conosciuti sin in dall'antichità e per questo il consumo alcolico femminile era proibito e severamente condannato. Però le prime descrizioni cliniche dei sintomi riconducibili all'esposizione alcolica prenatale furono pubblicate in Francia da Lemoine nel 1968 e la vera e propria sindrome fu descritta come tale negli Stati Uniti nel 1973 da Kennet Lyon Jones che le diede il nome (9, 10). Oggi, per motivi riconducibili a profondi cambiamenti sociali e culturali, assistiamo ad un allarmante aumento dell'osservazione di casi FASD nonostante la malattia sia totalmente prevenibile evitando il consumo di alcol in gravidanza

FASD: sintomi, diagnosi, costi

I danni da esposizione alcolica prenatali sono ad oggi poco considerati e poco conosciuti e, come già detto, la sindrome fetto alcolica è considerata una malattia rara. Però anche se i dati epidemiologici sono pochi e frammentari, FASD è significativamente presente nella popolazione, i danni sono permanenti e condizionano tutto il corso della vita dell'individuo. Studi recentissimi dimostrano che FASD è uno dei principali problemi di salute pubblica nei Paesi in cui le donne continuano a bere in gravidanza, che tale patologia è stata individuata in tutti i gruppi razziali ed etnici e che le persone affette hanno bisogno per tutta la vita di servizi sanitari e sociali per venire incontro alle loro complesse necessità, con problematiche molto importanti e costi economici molto alti (11-12).

Purtroppo le peculiarità di questa multiforme patologia e la carenza di conoscenze scientifiche sufficienti, rendono ad oggi difficile la diagnosi specialmente nell'adulto quando è estremamente difficile ricostruire e accertare l'esposizione alcolica prenatale. In fase pre- e peri-natale gli strumenti diagnostici per l'accertamento della esposizione alcolica in gravidanza sono costituiti essenzialmente dalle interviste con questionari dedicati, dall'esame clinico e dalle indagini biochimiche tramite la ricerca di specifici bioindicatori (13-15). L'accertamento dell'esposizione alcolica prenatale tramite l'individuazione di metaboliti dell'etanolo nella madre e nel neonato, è necessario ma non sufficiente a diagnosticare la patologia ma solo a sospettarla e a prendere misure precauzionali per il futuro trattamento del bambino. Man mano che il bambino cresce, la diagnosi di FASD potrà essere verificata anche tramite la valutazione clinica neuro-comportamentali e strumentale tramite, ad esempio, tecniche di Neuroimaging funzionale in grado di misurare il metabolismo cerebrale, o la tomografia a emissione di positroni (o PET, dall'inglese *Positron Emission Tomography*) che è una tecnica utilizzata per mappare i processi funzionali all'interno del corpo e in particolare del cervello.

Nel bambino affetto si possono osservare: un pattern somatico tipico di anomalie facciali, ridotta circonferenza cranica, peso e lunghezza alla nascita inferiori alla media, malformazioni del cuore, dei reni e delle ossa, anomalie strutturali e funzionali del sistema nervoso centrale con una vasta gamma di problemi cognitivo-comportamentali. Anche in mancanza di evidenze somatiche, le persone affette possono presentare deficit intellettivi e problemi di relazione che diventano manifesti nel bambino in età scolare e poi possono determinare nell'adolescente e nell'adulto un iter scolastico irregolare, problemi con la legge, misure detentive, comportamenti sessuali inappropriati, problemi con alcol e droghe (16, 17). Uno studio del 2018 riporta una valutazione dell'impatto economico del FASD sull'assistenza sanitaria, l'educazione speciale, l'assistenza residenziale, il sistema giudiziario penale, le perdite di produttività dovute a morbilità e mortalità prematura, perdite di produttività dei coloro che si prendono cura di bambini con FASD e di costi immateriali. Le stime economiche variano notevolmente a causa delle diverse metodologie utilizzate da diversi studi ma il costo medio annuale per i bambini con FASD è stimato a \$ 22,810 e per gli adulti \$ 24,308. I costi residenziali per i bambini con FASD erano 4 volte superiori rispetto agli adulti con FASD. I costi della perdita di produttività per gli adulti erano 6,3 volte superiori a quelli dei bambini. Probabilmente le stime esistenti sottostimano il reale impatto economico di questo disturbo sugli individui colpiti, su chi li assiste e sulla società, tuttavia i dati sono sufficienti a dimostrare che FASD è un serio problema di salute pubblica associato a un grande onere economico (18).

Il punto nodale è che la diagnosi di FASD è davvero difficile e complessa, richiede uno studio multidisciplinare molto approfondito, e si basa sulla certezza che la madre abbia assunto alcol durante la gravidanza. Per questo FASD è spesso definita come la "malattia invisibile" che via via si manifesta nel corso della crescita del bambino con alterazioni neuro-comportamentali e delle funzioni esecutive o adattive, frequentemente ricondotte a ragioni psicologiche e/o psichiatriche, e che spesso conducono a diagnosi sintomatiche come ADHD, spettro autistico o *Disruptive Mood Dysregulation Disorders* (19). Il disagio del bambino con gli anni renderà l'adolescente più vulnerabile e più facilmente incline all'uso di droghe e alcol, ad azioni di microcriminalità, fino ad arrivare, in età adulta, a difficoltà di lavoro e di relazione. L'elevato costo di FASD, peraltro ad oggi solo stimato, è attribuibile quindi non solo al sistema sanitario ma anche a quello giudiziario poiché il bambino ammalato, se non correttamente diagnosticato e adeguatamente trattato già dalla prima infanzia, da adolescente e poi adulto tenderà a consolidare comportamenti a rischio e ad incorrere in problemi con la legge (11).

FASD e sistema giudiziario

Le peculiarità del fenotipo cognitivo-comportamentale della persona affetta da FASD e i deficit nelle funzioni neuropsicologiche e comportamentali diventano più pronunciate con l'età, e rendono gli adolescenti e gli adulti più suscettibili rispetto alla popolazione generale ad incorrere in problemi con la legge e ad essere arrestate. Spesso, specialmente negli adolescenti FASD, al danno fisiologico si associa un ambiente di vita difficile caratterizzato da povertà o da traumi come la separazione dei genitori. La combinazione di malattia e impoverimento ambientale penalizza doppiamente l'individuo e aumenta il rischio di eventi avversi quali abbandono scolastico, malattie mentali, precoci problemi con la legge e arresti. L'impatto di queste persone con il sistema giudiziario sta diventando un tema di grande attenzione nella ricerca: in un ampio studio canadese su più di 400 adolescenti e adulti con FASD, il 60% di loro aveva avuto arresti e conflitti con la legge, e la prevalenza stimata di tali pazienti in istituti correzionali andava dal 10 al 23% della popolazione giovane e adulta. L'ingresso di tali pazienti nel sistema giudiziario li rende ancora più vulnerabili perché rischiano di dare false confessioni o false testimonianze e hanno un maggior rischio rispetto agli altri di essere arrestati in età precoce e di incorrere reiteratamente in reati (20). Anche se ad oggi gli studi pubblicati sul tasso di prevalenza di FASD nei sistemi giudiziari sono scarsi, le evidenze disponibili suggeriscono che un numero sproporzionatamente alto di persone affette da FASD sono coinvolte nell'ambito della giustizia criminale come colpevoli, sospetti, vittime o testimoni.

In Canada, che è il Paese da dove provengono il maggior numero di studi in questo ambito, si stima che i pazienti FASD siano 19 volte più a rischio di essere in carcerati rispetto a persone non affette. Le problematiche in campo legale sono molte e differenti a cominciare dal fatto che i pazienti possono involontariamente fornire testimonianza non corrette o false perché hanno difficoltà a riportare gli eventi in sequenza logica. Questo può causare errori di giudizio e incarcerazioni ingiuste. Inoltre, a causa della carenza di adeguata formazione, è molto difficile per i legali riconoscere il grado di menomazione nell'imputato, e ciò può svantaggiarlo significativamente. Quando arrestati, questi detenuti sono altamente vulnerabili con maggiori difficoltà all'interno delle strutture e con un alto rischio di fallimento e ricaduta nel comportamento criminale dopo il rilascio.

Le persone colpite da FASD sono anche a maggior rischio di diventare vittime di sfruttamento da parte di altri detenuti e le menomazioni neuro-cognitive li rendono incapaci di rispettare le istruzioni e i comandi forniti dal personale correttivo. I pochi dati disponibili suggeriscono che un'alta percentuale di adolescenti che scontano sentenze in strutture di detenzione minorile per comportamenti quali mancato rispetto delle regole, furto e atti di vandalismo, possa di fatto essere affetta da FASD non diagnosticata. Le disfunzioni mentali possono anche contribuire a comportamenti sessualmente inappropriati e spesso i giovani con FASD, non riconoscendo o comprendendo male i segnali sociali non verbali, tendono ad approcci sessuali non accettati. Il trattamento/riabilitazione del detenuto in cui non è stata riconosciuta la presenza della malattia, può presentare numerose ulteriori problematiche. Ad esempio, un individuo sottoposto a trattamento e a regolari test su droghe e alcol, ha maggior rischio di fallire i percorsi terapeutici perché i deficit nel funzionamento esecutivo, memoria, e l'elevata comorbidità di patologie mentali possono contribuire alla violazione involontaria delle condizioni di sospensione/rilascio. L'impulsività associata a FASD e la scarsa capacità di valutare le conseguenze dei propri atti e comportamenti delinquenti portano al reiterarsi dei problemi con la giustizia.

Queste stesse caratteristiche e l'alta comorbidità di patologie mentali quali depressione e patologie stress-indotte, aumentano il rischio di abuso di sostanze e di tentativi di suicidio e sarebbe quindi necessario adottare appropriate strategie di intervento (21). Fare diagnosi di FASD è sicuramente difficile a tutt'oggi come dimostra uno studio pubblicato nel 2018 che

riporta i risultati di uno studio di prevalenza condotto in Australia occidentale su una popolazione di giovani detenuti. La valutazione accurata dell'esposizione alcolica prenatale è sempre molto difficile in qualsiasi contesto, ma diventa eccezionalmente difficile se condotta in modo retrospettivo come parte di una valutazione FASD per un giovane condannato alla detenzione, o peggio, per un adulto. In questo studio appena pubblicato, per la valutazione FASD è stato condotto un colloquio con la madre o con un altro adulto responsabile per il giovane detenuto, e sono stati utilizzati test diversi di identificazione dei disturbi alcolici, e prove documentali. Per il 13% dei 101 giovani partecipanti (n=13) non è stato possibile ottenere informazioni sull'esposizione prenatale. Nei rimanenti 88 da cui si è riusciti ad ottenere informazioni, 41 non hanno riportato alcun esposizione e 47 invece l'hanno confermata. Un utile strategia per il futuro potrebbe essere quello di raccogliere e registrare in maniera organica e standardizzata il dato relativo al consumo alcolico materno sia durante la gravidanza che alla nascita per rendere possibili valutazioni successive e offrire opportunità di consulenza e supporto per la donna e per il bambino a rischio (22).

Suggerimenti di *best practice* in ambito forense

L'aspetto giudiziario è solo uno degli esiti avversi di questa patologia che inizia dalla gravidanza e condizionerà l'individuo per tutta la vita e oggi il coinvolgimento di persone affette da FASD nel sistema giudiziario sta emergendo tanto da suscitare attenzione nel mondo politico per la messa a punto di strategie di sanità pubblica di alcuni Paesi. Particolarmente attivo in questa area-problema è il Canada che già da alcuni anni sta incentivando il varo di leggi e l'adozione di politiche a tutti i livelli di governo per affrontare meglio i bisogni di persone affette da FASD con speciale focus alla prevenzione e alla riforma della giustizia (23).

Gli studi evidence-based e i dati epidemiologici conosciuti sulla diffusione della FASD nei diversi Paesi sono pochi e poco armonizzati (24), ma comincia a palesarsi l'evidenza che gli individui affetti da disturbi da esposizione alcolica prenatale siano sovra-rappresentati nella popolazione di persone che compiono reati. Purtroppo, come già sottolineato, la carenza di conoscenze scientifiche sufficienti rende ad oggi difficile la diagnosi specialmente nell'adolescente e nell'adulto quando è ormai estremamente difficile ricostruire e accertare l'esposizione alcolica prenatale. Per affrontare questo problema, in Canada hanno iniziato il riesame della legislazione e lo sviluppo delle politiche e nel 2010 e nel 2013, la *Canadian Bar Association* (CBA) ha approvato delibere per allocare risorse aggiuntive per adeguare l'attuale pratica di giudizio nei confronti di individui con FASD, per migliorare l'accesso alla giustizia e per considerare adeguatamente i bisogni di queste persone. Anche l'*American Bar Association* nel 2012 ha approvato una risoluzione per sostenere il varo di leggi e l'adozione di politiche a tutti i livelli di governo idonee ad affrontare meglio le necessità di chi è affetto da FASD. Una conferenza di consenso tenutasi in Canada nel 2013 dall'*Institute of Health Economics*, ha riunito centinaia di partecipanti ed esperti per dibattere sulle questioni legali associate a FASD dove gli esperti hanno ascoltato testimonianze, e deliberato raccomandazioni per le riforme politiche e gestionali, e per l'approfondimento degli studi (25). Sono stati anche proposte di modifica del codice penale e il più recente, Bill C-235, è stato introdotto nel 2016 per stabilire la presenza di FASD come fattore attenuante nella condanna e anche per concedere ai giudici il potere di disporre la valutazione di individui sospettati di avere FASD. Oltre a queste iniziative, la Commissione per la verità e la riconciliazione del Canada (2015) ha rilasciato numerosi documenti (26) Anche in Europa si comincia a valutare questo problema come evidenziato anche nel documento relativo al parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema "Come

rendere la strategia dell'Unione europea sui danni connessi all'alcol sostenibile, a lungo termine e multisettoriale" (27).

Conclusioni

La malattia da esposizione alcolica prenatale è una patologia, o meglio, un insieme di patologie che influiscono pesantemente sul comportamento dell'individuo. La diagnosi è molto complessa e richiede un approccio multidisciplinare che prende avvio dall'accertamento del consumo alcolico materno durante la gravidanza. Tale accertamento è molto difficile da ottenere specialmente nel caso di adolescenti e adulti per i quali è richiesta una analisi retrospettiva. Ulteriore difficoltà è l'elevata percentuale di questa patologia tra i bambini adottati di cui poco si sa dei genitori naturali. Ad oggi, in Italia la quasi totalità dei bambini adottati che sono affetti da questa patologia, proviene dall'Est europeo, in particolare Russia, Polonia, Ucraina, dove l'etilismo rappresenta tuttora un grave problema medico e sociale. Raramente risulta dalla documentazione sanitaria l'etilismo della madre in gravidanza e più spesso il dato viene comunicato ufficiosamente ai genitori adottivi.

Purtroppo le persone affette da FASD sono più suscettibili ad essere coinvolte in comportamenti criminali e quindi ad entrare in contatto con il sistema giudiziario a causa degli specifici danni cerebrali che determinano mancanza di controllo degli impulsi e difficoltà a pensare al futuro in conseguenza del comportamento attuale; difficoltà a pianificare le azioni, a collegare causa ed effetto, ad assumersi la responsabilità, a valutare le azioni con buoni capacità di giudizio; tendenza a manifestare episodi di violenza; vulnerabilità alla pressione dei pari per cui possono facilmente commettere un reato per compiacere gli amici; comportamenti sessuali inappropriati; facilità ad essere "usati" dalla criminalità per compiere reati. Come già detto è molto difficile sapere quante persone ammalate siano coinvolte nel sistema giudiziario e le stime disponibili sono probabilmente per difetto.

Al di là di questi innegabili limiti, è evidente la necessità di una più stretta connessione tra ricerca, pratica e politica anche per quanto riguarda il sistema giudiziario e che questa connessione deve basarsi sulla ricerca evidence-based. Anche se le esperienze di questi anni nel mondo dimostrano che c'è una volontà tra ricercatori, fornitori di servizi e responsabili politici di perseguire cambiare a programmi, pratiche e politiche, tuttavia ci sono conoscenze scientifiche limitate per guidare questo cambiamento e questo evidenzia la necessità di sviluppo della ricerca. Da subito, è necessario prendere in considerazione ed essere consapevoli del fatto che ci sono molte persone affette da FASD che dovranno affrontare nel corso della vita pesanti difficoltà incluso i problemi giudiziari. Bisogna altresì essere consapevoli che anche gli operatori di giustizia meglio intenzionati potrebbero non riconoscere o comprendere le complesse problematiche associate a FASD forse semplicemente perché non sanno dell'esistenza di questa "malattia invisibile". La comunità scientifica, quindi deve farsi carico di sviluppare gli studi, di divulgare le conoscenze scientifiche e di stimolare sempre più la collaborazione interdisciplinare per aumentare anche tra gli operatori di giustizia la consapevolezza del rischio legato a FASD e per trasferire queste conoscenze alla comunità politica al fine di individuare appropriate strategie di intervento. La capacità di ipotizzare e riconoscere la presenza di FASD da parte di chi lavora con compiti di giustizia e di cura nell'ambito degli istituti di correzione, può essere determinante per impedire il futuro coinvolgimento nella giustizia penale di queste persone altamente vulnerabili ai comportamenti a rischio e per ottenere risultati migliori per la loro vita.

Bibliografia

1. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010;376:1558-65.
2. Mancinelli R, Guiducci MS. La donna e l'alcol: vulnerabilità biologica? *Ann Ist Super Sanità* 2004;40(1):19-23.
3. Mancinelli R, Vitali M, Ceccanti M. Woman, alcohol and environment: update and perspectives in neuroscience. *Functional Neurology* 2009;24(2):77-81
4. Mancinelli R. Alcol, giovani e differenze di genere. In: Barbaro MC, Salinetti S (Ed.). *Femmine e maschi: cervelli diversi? Un approccio alla salute partendo dalle differenze di genere. Roma, 14 maggio 2010. Atti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Dispense per la scuola 11/2). p. 21-31
5. Mancinelli R. Gender differences in alcohol related impairment: a critical review. *OA Alcohol* 2013;1(1):8.
6. Mancinelli R. Salute del bambino ed esposizione alcolica. *Medico e Bambino* 2011;9:565-70.
7. Mancinelli R, Ceccanti M, Laviola G.. Editors of "Fetal alcohol spectrum disorders (FASD): From experimental biology to the quest for treatment" *Neurosci Biobehav Rev* 2007;31(2):165-285.
8. Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, Blankenship J, Buckley D, Marais AS, Manning MA, Robinson LK, Adam MP, Abdul-Rahman O, Jewett T, Coles CD, Chambers C, Jones KL, Adnams CM, Shah PE, Riley EP, Charness ME, Warren KR, May PA. Updated clinical guidelines for diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics* 2016;138(2) Special Article.
9. Lemoine P, Harousseau H, Borteyru JP, *et al.* Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observees. A propos de 127 cas. *Ouest Medical* 1968;21:476-82.
10. Jones KL, Smith DW. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* 1973;2:999-1001.
11. Popova S, Lange S, Burd L, Rehm J. *Burden and social cost of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Subject: Psychology, Clinical Psychology, Health Psychology.* Online Publication Date: Sep 2016. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199935291.013.78
12. Andersson E, Elliott E. Economic costs of Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD). *Journal of Paediatrics and child health* 2018;54 (suppl.2):7-22
13. Ferraguti G, Ciolli P, Carito V, Battagliese G, Mancinelli R, Ciafrè S, Tirassa P, Ciccarelli R, Cipriani A, Messina MP, Fiore M, Ceccanti M. Ethylglucuronide in the urine as a marker of alcohol consumption during pregnancy: Comparison with four alcohol screening questionnaires. *Toxicol Lett* 2017;275:49-56.
14. Cabarcos P, Tabernero MJ, Otero JL, Míguez M, Bermejo AM, Martello S, De Giovanni N, Chiarotti M. Quantification of fatty acid ethyl esters (FAEE) and ethyl glucuronide (EtG) in meconium for detection of alcohol abuse during pregnancy: Correlation study between both biomarkers. *J Pharm Biomed Anal* 2014;100:74-8.
15. Zelner I, Shor S, Lynn H, Roukema H, Lum L, Eisinga K, Koren G. Clinical use of meconium fatty acid ethyl esters for identifying children at risk for alcohol-related disabilities: the first reported case. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2012;19(1):e26-31.
16. Manning MA, Hoyme HE. Fetal alcohol spectrum disorders a practical clinical approach to diagnosis. *Neurosci Biobehav Rev* 2007;31(2):230-8.
17. Kodituwakku PW. Defining the behavioural phenotype in children with fetal alcohol spectrum disorders; a review. *Neurosci Biobehav Rev* 2007;31(2):192-201.
18. Greenmyer JR, Klug MG, Kambeitz C, Popova S, Burd L. A multicountry updated assessment of the economic impact of fetal alcohol spectrum disorder: costs for children and adults. A multicountry updated assessment of the economic impact of fetal alcohol spectrum disorder: costs for children and adults. *J Addict Med* 2018;12(6):466-73.

19. Mancinelli R, Laviola G (Ed.). *Disturbi da esposizione ad alcol in gravidanza: il problema che non c'era*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. (Rapporti ISTISAN 08/37).
20. Flannigan K, Pei J, Burke A, Frenzel R, Rasmussen C. Neurocognitive functioning in young offenders with Fetal Alcohol spectrum disorders. *Int J Law Psychiatry* 2018;pii: S0160-2527(16)30298-9.
21. Brown J, Herrick S, Long-McGie J. Fetal Alcohol Spectrum Disorders and offender reentry: a review for Criminal Justice and mental health professionals. *Behavioral Health* 2014;1(1):1-19.
22. Freeman J, Condon C, Hamilton S, Mutch RC, Bower C, Watkins RE. Challenges in accurately assessing prenatal alcohol exposure in a study of Fetal Alcohol Spectrum Disorder in a youth detention center. *Alcohol Clin Exp Res* 2019; 43(2):309-16.
23. Flannigan K, Pei J, Michelle Stewart M, Johnson A. Fetal Alcohol Spectrum Disorder and the criminal justice system: A systematic literature review. *International Journal of Law and Psychiatry* 2018;57:42-52.
24. Fiorentino D, Coriale G, Spagnolo PA, Prastaro A, Attilia ML, Mancinelli R, Ceccanti M. Fetal alcohol syndrome disorders: experience on the field. The Lazio study preliminary report. *Ann Ist Super Sanita* 2006;42(1):53-7.
25. Jonsson E, Salmon A, Warren KR. The international charter on prevention of fetal alcohol spectrum disorder. *The Lancet Global Health* 2014;2(3):Pe135-e137.
26. Flannigan K, Pei J, Stewart M, Johnson A. Fetal Alcohol Spectrum Disorder and the criminal justice system: A systematic literature review. *International Journal of Law and Psychiatry* 2018; 57:42.
27. Europa. Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema Come rendere la strategia UE in materia di danni derivanti dal consumo di alcol una strategia sostenibile, di lungo periodo e multisettoriale (parere esplorativo) Relatrice: Van TURNHOUT. *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* C 318/10 del 23.12.2009.

PSICOLOGIA PENITENZIARIA: EVOLUZIONE (E INVOLUZIONE) DI UNA PSICOLOGIA DI FRONTIERA NEL SISTEMA DELLA GIUSTIZIA E NEL SISTEMA SANITARIO

Alessandro Bruni (a), Sandro Libianchi (b, c)

(a) *Società Italiana Psicologia Penitenziaria, Roma*

(b) *Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane, Roma*

(c) *Unità Operativa "Salute penitenziaria", III Casa Circondariale, Complesso Polipenitenziario di Rebibbia - ASL Roma 2*

Introduzione

Così recita il comma 4 dell'ex art. 80 dell'Ordinamento Penitenziario (Legge 26.7.1975, n. 354, recentemente integrato con mediatori culturali e interpreti¹):

“Per lo svolgimento delle attività di osservazione e di trattamento, l'amministrazione penitenziaria può avvalersi di professionisti esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica, corrispondendo ad essi onorari proporzionati alle singole prestazioni effettuate”.

Siamo nel 1975 e in modo formale viene introdotta in Italia la psicologia (e la criminologia clinica) negli istituti penitenziari per adulti, dando vita ad una nuova frontiera della applicazione della psicologia.

Come noto il rapporto tra psicologia e diritto e l'individuazione di quella che da tempo chiamiamo psicologia penitenziaria è precedente, basta ricordare la classificazione di Enrico Ferri nel 1926 (1) dove parla di “psicologia carceraria”:

- *Psicologia criminale*
studia il delinquente in quanto è autore del delitto, nei suoi modi di sentire, di pensare, di volere, di agire
- *Psicologia legale*
l'insieme delle nozioni necessarie e utili per formulare e applicare le norme della legge penale relative alla responsabilità del delinquente (dolo, infermità mentale, età minore, sordomutismo, ubriachezza, impeto di passioni, premeditazione, ecc.);
- *Psicologia carceraria*
studia la vita pratica dei delinquenti durante la loro segregazione nelle diverse carceri, manicomi criminali, colonie agricole, ecc.;

¹ Art. 11, DL.vo 123/2018, “Riforma dell'ordinamento penitenziario, in attuazione della delega di cui all'articolo 1, commi 82, 83 e 85, lettere a), d), i), l), m), o), r), t) e u), della legge 23 giugno 2017, n. 103. Nuova formulazione dell'ex art. 80: “Per lo svolgimento delle attività di osservazione e di trattamento, l'amministrazione penitenziaria può avvalersi di professionisti esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica nonché mediatori culturali e interpreti, corrispondendo ad essi onorari proporzionati alle singole prestazioni effettuate”.

- *Psicologia giudiziaria*
lo studio scientifico di coloro che partecipano al processo penale, e cioè: il delinquente, come imputato, e nella sua condotta processuale, la parte lesa, il denunciante, il funzionario di polizia giudiziaria, il giudice, l'accusatore, il difensore, e soprattutto i testimoni.

Preferiamo oggi la definizione di *Psicologia penitenziaria*, espressione più adeguata rispetto a psicologia rieducativa o correzionale o carceraria, con la quale s'intende l'applicazione della psicologia nella fase dell'esecuzione della pena negli istituti penitenziari, nella fase dell'esecuzione penale esterna e nella giustizia minorile. Tale applicazione riguarda i detenuti, il personale e l'istituzione (2-8).

1978, psicologia penitenziaria nel sistema della giustizia: Il ruolo dell'esperto ex art. 80

A seguito la previsione normativa nel 1975, nel 1978 gli psicologi iniziano ad operare all'interno degli istituti penitenziari come consulenti ("esperti ex art. 80") in base all'innovativo Ordinamento Penitenziario (Legge 354/1975) che, accogliendo le regole minime per il trattamento dei detenuti stabilite dalla risoluzione ONU del 30 agosto 1955, ha introdotto la possibilità di integrare il personale degli istituti penitenziari con specialisti in scienze umane tra cui gli psicologi, per l'osservazione scientifica della personalità al fine di:

"individuare le possibili cause del disadattamento e i bisogni della personalità di ciascun soggetto, in base ai quali elaborare un trattamento"².

Tali interventi sono stati introdotti come abbiamo già evidenziato, seppur con notevole ritardo, negli Uffici per l'Esecuzione Penale Esterna (UEPE, già Centri di Servizio Sociale Adulti). Possiamo schematizzare in tre aree le funzioni assegnate agli "esperti", aree che tengono conto della attribuzione avvenuta nel tempo e del raggruppamento per tipologia degli interventi (8):

- *A – Funzioni istituzionali*
osservazione, trattamento, sostegno imputati, osservazione in base art. 4-bis
- *B – Funzioni salute psichica*
servizio nuovi giunti, presidio tossicodipendenti, interventi sul disagio, trattamento reati sessuali
- *C – Funzioni di "giudizio"*
consiglio disciplina integrato ex art. 14 bis, consiglio disciplina "ordinario"

Rispetto a queste aree, gli "esperti" partecipano ad attività trasversali come la partecipazione all'équipe e al Gruppo di Osservazione e Trattamento (GOT), ai Gruppi di valutazione del rischio suicidario, alla commissione per il regolamento interno dell'istituto e forniscono pareri e relazioni psicologici finalizzati alla cosiddetta "relazione di sintesi" per ciascun detenuto (9-11).

² Art. 13, comma 2, Legge 26 luglio 1975, n. 354 "Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà".

Area delle funzioni istituzionali: osservazione e trattamento per i condannati e il sostegno per gli imputati

L'osservazione e trattamento sono le attività istituzionali che hanno caratterizzato e che caratterizzano l'intervento degli "esperti": l'attività di osservazione è sicuramente quella prevalente e che è sopravvissuta ai diversi cambiamenti avvenuti negli anni. L'*osservazione scientifica della personalità* è rivolta ai detenuti condannati e agli internati consiste, per lo psicologo, in una valutazione della personalità, nel formulare un profilo psicologico e nel delineare elementi prognostici: fin dal 1978 lo psicologo deve occuparsi dell'"accertamento degli aspetti salienti attinenti alla struttura e al funzionamento psichico del soggetto, sotto il profilo intellettuale, affettivo, caratteriologico e attitudinale"³. Nell'art. 1 dell'Ordinamento Penitenziario si stabilisce che:

"Nei confronti dei condannati deve essere attuato un trattamento secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti, per facilitare quel processo di modificazione degli atteggiamenti che sono di ostacolo ad una costruttiva partecipazione sociale"

e nell'art. 13 si ricorda che:

"Il trattamento deve rispondere ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto. Per rilevare le carenze fisiopsichiche e altre cause del disadattamento sociale nei confronti del condannato è predisposta l'Osservazione Scientifica della Personalità che è attuata all'inizio dell'esecuzione della pena e prosegue nel corso della stessa. Per ciascuno, in base ai risultati dell'Osservazione sono formulate indicazioni in merito al trattamento ed è compilato il relativo programma che sarà integrato e modificato nel corso dell'esecuzione".

Si ricorda, inoltre che la suddivisione delle competenze delle singole figure è solo una:

"linea di tendenza essendo evidente come l'unitarietà del processo di conoscenza da realizzarsi durante l'osservazione comporti l'impossibilità di delineare rigidamente quale contributo debba apportare alla formazione di quel processo ogni singolo operatore"⁴.

L'attività di osservazione è stata nel tempo rafforzata da altre previsioni normative a partire anche da quanto previsto con l'introduzione dell'art. 4-bis ("Divieto di concessione dei benefici e accertamento della pericolosità sociale dei condannati per taluni delitti") dove si prevede che i benefici possono essere concessi solo sulla base dei risultati dell'osservazione scientifica della personalità condotta in modo collegiale anche con la partecipazione degli esperti art. 80. Il "trattamento" è costituito da interventi per favorire la crescita della persona, promuovere un processo di "modificazione degli atteggiamenti che sono di ostacolo ad una costruttiva partecipazione". All'interno del "trattamento penitenziario" si è consolidato, di fatto, una sorta di "trattamento psicologico" che però ha un peso molto minore rispetto all'osservazione come abbiamo evidenziato. Il "sostegno psicologico" è, invece, una attività rivolta anche ai detenuti in attesa di giudizio (gli imputati) che, in quanto non condannati in via definitiva, non possono essere sottoposti ad attività di "osservazione e trattamento": come prevede l'art. 27 della nostra

³ Circolare DAP n. 2598/4051 del 13.04.1979, *Attività di osservazione e trattamento dei detenuti e degli internati*

⁴ Ivi.

Costituzione l'imputato non è considerato colpevole fino alla condanna definitiva e, quindi, chi potrebbe essere innocente non può essere sottoposto ad attività di trattamento rispetto ad un reato che può non aver commesso e non si può chiedere una "revisione critica" di ciò che non fatto. Il sostegno è, invece, diretto a tutti i detenuti poiché è finalizzato a contenere e ridurre la perdita degli interessi del soggetto sotto il profilo affettivo, familiare e, comunque, per ridurre e contenere i danni psicologici che la carcerazione può determinare in modo particolare nei casi di prima esperienza detentiva (12-18).

Area funzioni salute psichica: servizio nuovi giunti, presidio tossicodipendenti, interventi sul disagio, trattamento reati sessuali

Dopo i compiti "istituzionali" sono state aggiunte ulteriori competenze per far fronte al progressivo aumento del disagio psichico: gli interventi sono stati estesi a tutta la popolazione detenuta con sostanziali funzioni di tutela della salute psichica.

Nel 1987 viene istituito dal Ministero della Giustizia, il "Servizio Nuovi Giunti"⁵ attività di prima accoglienza in carcere per affrontare e ridurre l'aumento dei suicidi, degli atti di autolesionismo e della violenza in genere: non si tratta di un'attività di sola individuazione dei soggetti a rischio, ma doveva costituire una "effettiva iniziale presa in carico" soprattutto dei soggetti a rischio, per sviluppare un "adeguato e individualizzato trattamento psicologico" (19, 20).

Nel 1992, a seguito del DPR 309/1990, l'amministrazione penitenziaria prende atto della importante presenza di tossicodipendenti e alcolodipendenti (e la presenza di soggetti HIV) detenuti e istituisce il "Presidio sanitario per tossicodipendenti e soggetti HIV". Il Presidio era nato per fornire assistenza, favorire il trattamento sociosanitario, progettare il reinserimento sociale e strutturare i contatti con le risorse esterne: al 2000 a livello funzionale e dal 2002 a livello definitivo, è stato trasferito al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), grazie agli effetti del DL.vo 230/1999.

Nel 1998 l'amministrazione evidenzia in una specifica circolare⁶ che:

⁵ Circolare del 30-12-1987 n°3233/5683, relativa al Servizio Nuovi Giunti, atto a prevenire e impedire comportamenti auto ed etero aggressivi. Gli esperti di tale servizio impiegati nelle attività di tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei detenuti appena arrestati, danno all'équipe un orientamento precoce verso il tipo di intervento più idoneo, poiché, come spesso succede, il colloquio col nuovo giunto assume la caratteristica di vero e proprio trattamento psicologico, soprattutto nei casi di prima detenzione, in cui è maggiore lo choc dell'evento o in cui i livelli di ansia, depressione o altro sono in fase acuta. La considerazione della fragilità emotiva in cui possono versare i soggetti che provengono da libertà, specialmente se giovani o comunque alla prima esperienza detentiva, il rischio che il particolare trauma possa innescare dinamiche autolesive o suicidarie o esporre la persona a violenza da parte di detenuti più consueti al crimine, ha spinto a ritenere indispensabile la valutazione dell'esperto che deve accertare le condizioni psicofisiche del nuovo giunto per approntare le misure e le cautele richieste dai singoli casi. Circ. 4524/5974 del 15-2-2000 fa esplicito riferimento alla valutazione e individuazione dei casi a rischio (diagnosi) e alla loro "presa in carico" (trattamento psicologico) e ribadisce l'importanza dell'intervento psicologico, come strumento per prevenire e contenere il disagio psichico: "è di grande importanza che l'intervento operato nel Servizio Nuovi Giunti non risulti fine a sé stesso e non si limiti alla mera individuazione e classificazione nell'apposita scheda, del rischio di autolesionismo e suicidario nei confronti del soggetto analizzato. È assolutamente necessario per contro una effettiva presa in carico dei detenuti classificati a rischio... È in buona sostanza, fondamentale un adeguato e individualizzato trattamento psicologico e/o psichiatrico del disagio e del disturbo rilevati ..."

⁶ Circ. 49773/5-3-A-2 del 17 aprile 1998 "Intervento psicologico e psichiatrico negli istituti"

“il lavoro psicologico è rivolto a controllare e intervenire sul disagio delle persone detenute [...] potenzialmente rivolto a tutte le persone detenute [...] deve essere organizzato in “servizio con presa in carico”.

Nel 2012, con l’art. 13-bis si introduce la necessità del “Trattamento psicologico per i condannati per reati sessuali in danno di minori”⁷: i condannati per tali reati “possono sottoporsi a un trattamento psicologico con finalità di recupero e di sostegno”; inoltre la partecipazione a tale trattamento sarà valutato per la concessione dei benefici previsti (22-26).

Area funzioni di “giudizio”: consiglio disciplina integrato ex art. 14 bis; consiglio disciplina “ordinario” art. 40

Una nuova competenza affidata agli psicologi penitenziari è quella relativa alla partecipazione al Consiglio di disciplina integrato per l’eventuale applicazione della misura prevista dall’ex art. 14 bis, un “regime di sorveglianza particolare” per detenuti ritenuti pericolosi per l’ordine e la sicurezza negli istituti che con la violenza o minaccia impediscono le attività degli altri detenuti o che inducono uno stato di soggezione degli altri detenuti nei loro confronti.

Il regime di sorveglianza particolare può essere previsto “per un periodo non superiore a sei mesi, prorogabile anche più volte in misura non superiore ogni volta a tre mesi”: tale provvedimento deve essere motivato dall’amministrazione penitenziaria dopo aver acquisito il parere del consiglio di disciplina integrato da due degli esperti previsti dall’art. 80.

Da evidenziare che nell’art. 80 si afferma che l’amministrazione penitenziaria “può avvalersi” dell’esperto, mentre con questo articolo si stabilisce l’obbligo di ricorrere all’esperto, addirittura a due esperti in contemporanea.

In tale contesto lo psicologo deve valutare l’opportunità di sottoporre o meno il detenuto a tale regime, assumendo in questo caso chiaramente un ruolo giudicante, ruolo che pone rilevanti questioni etiche e professionali che affronteremo più avanti.

Nel 2018, viene introdotta una nuova e complessa competenza: quella di partecipare al consiglio di disciplina attraverso la modifica del secondo comma dell’art. 40 dell’Ordinamento Penitenziario (“Autorità competente a deliberare le sanzioni”) che ora recita:

“Le altre sanzioni sono deliberate dal consiglio di disciplina, composto dal direttore o, in caso di suo legittimo impedimento, dall’impiegato più elevato in grado con funzioni di presidente, dall’educatore e da un professionista esperto nominato ai sensi dell’articolo 80”⁸.

Si tratta di una modifica effettivamente importante poiché viene escluso dal consiglio di disciplina il sanitario ed entra l’esperto psicologo (o criminologo): da una parte si conferma sulla distanza dell’esperto psicologo dal ruolo sanitario e dall’altra si introduce – dopo la partecipazione al consiglio ai sensi dell’art. 14-bis appena descritto – ancora un compito di giudizio che negli

⁷ “1. Le persone condannate per i delitti di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, anche se relativo al materiale pornografico di cui all’articolo 600-quater.1, 600-quinquies, 609-quater, 609-quinquies e 609-undecies del codice penale, nonché agli articoli 609-bis e 609-octies del medesimo codice, se commessi in danno di persona minorenni, possono sottoporsi a un trattamento psicologico con finalità di recupero e di sostegno. La partecipazione a tale trattamento è valutata ai sensi dell’articolo 4-bis, comma 1-quinquies, della presente legge ai fini della concessione dei benefici previsti dalla medesima disposizione”.

⁸ DL.vo 123/2018 “Riforma dell’ordinamento penitenziario, in attuazione della delega di cui all’articolo 1, commi 82, 83 e 85, lettere a), d), i), l), m), o), r), t) e u), della legge 23 giugno 2017, n. 103”

istituti penitenziari trova una applicazione ordinaria molto frequente (a differenza della straordinarietà del consiglio ai sensi dell'art. 14-bis).

2000-2008: gli psicologi penitenziari nel passaggio della sanità penitenziaria all'SSN

Il riordino della medicina penitenziaria (DL.vo 203/1999) ha previsto e realizzato il passaggio graduale della medicina penitenziaria dal ministero della giustizia al sistema sanitario nazionale iniziando nel 2000-2002 con i servizi per le tossicodipendenze (tale passaggio ha riguardato 303 convenzioni di esperti ex art. 80 che operavano nei Presidi per tossicodipendenti al servizio del Ministero della Giustizia).

Il passaggio della sanità penitenziaria si è completato con il DPCM del 1° aprile 2008⁹ che ha previsto, per quanto riguarda gli psicologi, solo il passaggio dei pochi psicologi dipendenti (sia nel settore adulti che in quello dei minori), ma non degli esperti psicologi: a parità di funzioni tra “dipendenti” ed “esperti” la tipologia di contratto da “dipendente” ha consentito il passaggio al sistema sanitario, mentre l'amministrazione penitenziaria ha stabilito che gli esperti psicologi con contratto da consulenza non svolgevano funzioni sanitarie e non potevano transitare ed, inoltre, si trattava di risorse professionali necessarie all'amministrazione penitenziaria.

Si è trattato di un passaggio della sanità penitenziaria di difficile comprensione per almeno tre motivi: i dipendenti in base alla natura giuridica del loro contratto sono stati inseriti nel passaggio pur non svolgendo, come direbbe il Ministero, funzioni sanitarie; l'osservazione della personalità, il trattamento, il sostegno svolto da psicologi come si possono configurare in un modo diverso dalle funzioni sanitarie da quando esiste un Ordine Professionale? sono transitate alcune competenze (es. la valutazione psicologica dei nuovi ingressi, la prevenzione del suicidio, ecc.), ma non le relative convenzioni degli esperti che avevano svolte le funzioni transitate.

Lo psicologo penitenziario, dunque, è stato trattenuto dall'amministrazione penitenziaria in veste di “esperto”, in una condizione di lavoro precaria e con un monte ore che non ha mai consentito effettivamente consente di svolgere a pieno i compiti richiesti.

Il passaggio all'SSN di alcune funzioni, senza gli psicologi che per tanto tempo l'hanno svolta, oltre a negare la natura sanitaria della professione, incide sulla qualità e continuità del servizio agli utenti poiché fa “tabula rasa” di quanto finora costruito in un contesto così particolare, disperdendo un patrimonio professionale, clinico e umano maturato nei 40 anni di presenza negli istituti.

Al di là del passaggio delle convenzioni degli esperti, i pochi psicologi dipendenti sono transitati nel sistema sanitario aggiungendosi “di fatto” alle convenzioni degli psicologi e del resto del personale (medici, infermieri) già transitate nel 2000-2002 nei Servizi per le dipendenze delle Aziende Sanitarie Locali (ASL).

Il passaggio della sanità penitenziaria e l'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ha obbligato le Regioni, seppur in modi e tempi molto differenziati tra loro, ad occuparsi anche di garantire gli interventi psicologici in ambito penitenziario e minorile.

Le competenze psicologiche che abbiamo descritto sopra soprattutto nella area “funzioni salute psichica” sono state – formalmente e/o di fatto – passate al sistema sanitario: gli esperti psicologi nel 2000-2002 nei Servizi per le dipendenze e le competenze della visita psicologica di primo ingresso e la valutazione per la prevenzione dell'autolesionismo e del suicidio nel 2008.

⁹ DPCM 1° aprile 2008, Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

Nella giustizia minorile (istituti penali, centri prima accoglienza e uffici servizio sociale minorenni) tutte le competenze psicologiche sono transitate al sistema sanitario.

Quindi si può dire che accanto alla psicologia penitenziaria nata nell'ambito della giustizia nel 1975-1978, nasce una parallela psicologia penitenziaria nell'ambito del sistema sanitario nel 2000-2008.

Per quanto riguarda gli interventi psicologici nel settore degli istituti penitenziari per adulti dopo il passaggio del 2008 citiamo ad esempio le scelte della Regione Emilia-Romagna¹⁰ che nell'ambito del Programma Regionale, nella sezione riguardante la Psicologia Clinica, ribadisce chiaramente l'esigenza di introdurre lo Psicologo clinico nel Servizio Sanitario Nazionale in carcere come figura integrata nei ruoli aziendali (27-29).

Le funzioni dello psicologo sono state così schematizzate:

- attività di valutazione dello stato mentale del detenuto e della presenza del disagio psichico, sia al momento dell'ingresso in istituto, sia in qualsiasi altro momento dell'iter detentivo, su richiesta del medico, per evidenziare eventuali aree di vulnerabilità o l'eventuale presenza del rischio suicidario;
- percorsi psicologici individuali di supporto, attivabili in qualsiasi momento dell'iter detentivo;
- percorsi psicologici di gruppo per rivalorizzare dinamiche interpersonali orientate alla consapevolezza, al mutuo aiuto e al rinforzo al cambiamento.

Un altro esempio significativo può essere quello della Regione Marche¹¹ che nell'ambito dell'area del sistema sanitario regionale penitenziario e minorile individua in modo sintetico la figura dello "psicologo che opera nell'area Penitenziaria e nella giustizia minorile".

Vengono indicate anche alcune "competenze richieste" – oltre la professionalità psicologica di base – per svolgere tale attività: riferimenti alla psicologia clinica, alla psicologia della devianza, alla psicologia delle dipendenze e alla criminologia e anche competenze giuridiche e penitenziarie adeguate a coniugare la funzione psicologica con gli aspetti connessi agli interventi (dalla valutazione alla progettazione e gestione di percorsi terapeutico-riabilitativi) durante l'esecuzione della pena, le misure alternative o altre misure restrittive; vengono anche citate le specifiche capacità di lavorare in un contesto fortemente caratterizzato dal "doppio mandato (controllo e cura), da soggetti che sono "obbligati" ("clienti non volontari"), dalla forte integrazione multiprofessionale.

Si indicano anche le diverse attività psicologiche che si sviluppano attraverso i colloqui individuali, assessment psicologico, somministrazione di specifici test e interviste semi-strutturate, trattamento psicologico individuale di gruppo e familiare, partecipazione alle riunioni di équipe, al gruppo di osservazione e trattamento, ai gruppi di valutazione disciplinare, contributi per le "relazioni" destinate alla magistratura di sorveglianza, per programmi terapeutici; e si suggerisce, inoltre, una formazione specifica post universitaria.

Per quanto riguarda le "funzioni" viene ricordato che l'intervento dello "psicologo dell'area penitenziaria e della giustizia minorile" deve garantire i livelli essenziali di assistenza psicologica e si deve articolare in forme diverse in base al contesto dell'intervento: istituti penitenziari (cure primarie/psicologia clinica, dipendenze patologiche, salute mentale) e centro prima accoglienza; uffici misure di comunità e minori (Uffici di Esecuzione Penale Esterna-UEPE e Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni-USSM).

¹⁰ Circolare n. 14/2013, Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area "Psicologia clinica e di comunità, Regione Emilia Romagna.

¹¹ Allegato 1, "Funzioni degli Psicologi che operano nell'Area Penitenziaria e della Giustizia Minorile", DGR Marche n. 1442 del 27.12.2017.

Clinica, etica, deontologia

La psicologia penitenziaria è sicuramente un'area disciplinare dove si corre frequentemente il rischio di mettere in atto comportamenti inadeguati che possono sfociare anche in veri e propri atti contrari all'etica professionale. Le conseguenze sono molto importanti per il cliente/detenuto e per la società: si incide direttamente sulla libertà della persona, di conseguenza, sulla tutela della collettività. A proposito delle questioni etiche e deontologiche sono state elaborate delle specifiche linee guida per tentare di orientare l'operatività professionale.¹²

In modo molto sintetico nelle linee guida si parte da alcuni incroci, che in qualche definiscono il campo stesso della psicologia penitenziaria:

- il doppio mandato della società che viene svolto attraverso la doppia richiesta dell'istituzione penitenziaria (controllo e trattamento);
- il doppio bisogno del detenuto/"cliente involontario" (uscire e "curarsi").

Gli strumenti operativi a disposizione dello psicologo penitenziario possono schematizzare in:

- colloquio clinico;
- colloquio penitenziario, motivazionale, "seduta singola";
- interviste semi-strutturate, schede valutazione rischio suicidio, questionari di personalità;
- colloquio di sostegno/psicoterapia individuale;
- incontri di gruppo.

Per quanto riguarda il colloquio è evidente che esso risente di alcune specificità del contesto come la pluralità delle finalità istituzionali, la mancanza di scelta da parte del detenuto, un *setting* non sempre adeguato (30-34).

Psicologia penitenziaria e la medicina penitenziaria

Con il DPCM del 1° aprile 2008, vera pietra miliare nell'assistenza sanitaria in carcere e sul territorio, si è creata una premessa di cambiamento tecnico-organizzativo che permette di ipotizzare scenari di maggiore integrazione interprofessionale, prima assenti. Il precedente assetto operativo, creando rilevanti solchi tra professionisti, non favoriva l'interoperabilità professionale, quale capacità di due o più sistemi, reti, mezzi o applicazioni, di scambiare informazioni tra loro e di essere poi in grado di utilizzarle. Gli individualismi professionali che si creavano non fornivano alcun vantaggio per la gestione del paziente, bensì favorivano il nascere o non risolversi di problemi dovuti alla mancanza di scambio dei dati e dalla loro discussione: Ogni professionista impegnato nell'assistenza era anche portato a ritenere una sua certa superiorità nei riguardi degli altri. La possibilità dell'apertura di nuovi tavoli di confronto interprofessionali nell'ambito della nuova organizzazione in seno a specifiche Unità Operative aziendali, oggi ha creato presupposti per una nuova 'vision' della questione 'salute in carcere', quale espressione di forze congiunte e sinergiche. A tale proposito basti pensare alle complesse situazioni di svantaggio socio-sanitario a carico di specifici gruppi di detenuti: stranieri, minori, consumatori di sostanze stupefacenti e tossicodipendenti, portatori di patologia psichiatrica, transessuali, ecc. Lo studio di articolate misure alternative alla detenzione rappresenta, per questi motivi, un terreno fertile per una nuova forma di collaborazione tra pari, seppur diversamente specializzati, ma che può creare un valore aggiunto al trattamento penitenziario e alla cura delle persone detenute (35-38).

¹² Società Italiana Psicologia Penitenziaria, Elementi etici e deontologici per lo psicologo penitenziario. Considerazioni e contributi per l'operatività professionale, Roma, 2005.

Conclusioni: una nuova psicologia nell'esecuzione della pena

Il giudice americano David L. Bazelon, già nel 1972 in una conferenza¹³ sul ruolo dello psicologo nella giustizia penale, si chiedeva: a chi servono gli psicologi? Al reo o a sé stessi? (39, 40).

In modo molto critico si osserva che gli psicologi affermano che possono fornire un aiuto considerevole e che, quindi, ci sia bisogno di molti più psicologi, ma che in realtà non esistevano (e non esistono ancora oggi) studi che contengano un esame critico sul lavoro svolto dagli psicologi negli istituti penitenziari, “non si parla di modifiche del training, nella pratica o nell’impiego degli psicologi. Anzi, in nessuno dei lavori si pone la domanda se debba esistere una specializzazione di questo genere”. Il giudice si chiede se l’apparato rieducativo abbia veramente bisogno delle capacità degli psicologi e vengono posti interrogativi fortemente critici, ma che ritengo particolarmente utili ancora oggi, dopo quaranta anni, per stimolare lo sviluppo della psicologia penitenziaria. Il giudice americano suggerisce una serie di valutazioni che possono portare a due conclusioni opposte:

- la psicologia ha un ruolo limitato per contribuire alla soluzione dei problemi del crimine e della rieducazione;
- la psicologia può incidere significativamente sul crimine “ristrutturandoli (i delinquenti) in modo tale che possano imparare a vivere in quelle disastrose e devastanti condizioni di vita che nessuno di noi potrebbe tollerare”.

Sono due conclusioni diverse che devono però essere tenute insieme: bisogna essere coscienti dei limiti dell’intervento psicologico, ma allo stesso tempo essere consapevoli che si può incidere in modo significativo.¹⁴ Ma per incidere in modo significativo sarà necessario avviare una profonda riflessione attivando studi e ricerche scientifiche, articolare percorsi formativi post laurea e ri/definire a livello operativo l’intervento psicologico nei diversi contesti dell’esecuzione della pena e verificare se in ambito penitenziario non sia utile far convergere tutti gli interventi psicologi (per essere chiari quelli degli “esperti” in psicologia ex art. 80 O.P.) nel sistema sanitario nazionale anziché continuare nella strada di due “psicologie penitenziarie” (una gestita dalla giustizia e una gestita dal sistema sanitario). In questo modo si potrà fornire al paziente/detenuto un servizio di psicologia che garantisca le esigenze di “osservazione e trattamento” della giustizia e garantisca le prestazioni psicologiche che vengono erogate a tutti i cittadini dentro le semplici coordinate indicate dalle legge ordinistica. La Legge n. 56 del 18 febbraio 1989 (Ordinamento della professione di psicologo) recita:

“La professione di psicologo comprende l’uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito”

La psicologia penitenziaria sarà, allora, una vera e propria applicazione specialistica della psicologia (41-50).

¹³ D. Bazelon. Gli psicologi nei settori rieducativi. A chi giovano, al reo o a se stessi? in: Brodsky SI. *Lo psicologo nella giustizia penale*. Milano: Giuffrè Editore; 1987, p. 257-263; e Koran LM, Brown BS. Gli psicologi nei settori rieducativi e giudiziari: un altro punto di vista, in: Brodsky SI., cit.

¹⁴ D. Bazelon, op. cit., p. 263.

Bibliografia

1. Ferri E. *Studi sulla criminalità*. Torino: UTET; 1926.
2. Patrizi P. *Psicologia giuridica penale*. Milano: Giuffrè; 1996.
3. De Leo G. *Lo psicologo criminologo. La psicologia clinica nella giustizia penale*. Milano: Giuffrè Editore; 1989.
4. Megargee EI. Reflection on psychology in the criminal justice system. In: Gunn J, Farrington DP (Ed.). *Abnormal offenders delinquency and criminal justice system*. Toronto: John Wiley & Son. 1982. p. 9-35.
5. Imburgia ML. Il ruolo dello psicologo nel trattamento penitenziario. *Esperienze Sociali* 2001;83:1-3.
6. Tromboni L. Dentro il carcere... fuori dal setting. *Costruzioni Psicoanalitiche* 2002;1:84-94.
7. Della Guardia AM, Bassetto R. *Persone dentro. Un viaggio alla riscoperta delle emozioni che cambiano il modo di vivere e di pensare il carcere*. Roma: Palombi Editore; 2009.
8. Bruni A. Psicologia penitenziaria: ovvero quando gli psicologi operano dietro le sbarre. *Mondo a quadretti*, Fossombrone, 2007:24-7.
9. Serra C. *Psicologia penitenziaria. Sviluppo storico e contesti psicologico-sociali e clinici*. Milano: Giuffrè; 1999.
10. Associazione Nazionale Psicologi Penitenziari Italiani (ANPPI). Psicologi penitenziari. *La professione di psicologo* 1997;(4)5:17-22.
11. Saltarini D, Caruso M, Azzani E, Finelli R. *Psicologia penitenziaria*. Milano: Ordine degli Psicologi della Lombardia; 2009.
12. Ordine degli Psicologi della Toscana. *Il ruolo dello psicologo in carcere: quale futuro?* 2017, Atti del Convegno di Firenze 14/3/2015.
13. Correia KM. *A handbook for correctional psychologists. Guidance for the prison practitioner*. Springfield, IL: ed Charlars C. Thomas; 2001.
14. Andreoli V. Il carcere: luogo di sentimenti. *Le Due Città. (Rivista dell'Amministrazione Penitenziaria)* 2001;7/8(2): 49-51.
15. Aparo A. Campo carcerario: quale alleanza? In: Vigorelli M. (Ed.). *Istituzione tra inerzia e cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri; 1994. p. 382-99.
16. Terracina G. Lo psicologo nelle carceri italiane. *Il reo e il folle* 2000;12/13:47-78.
17. Basco P, Del Citerna L. Le parole della libertà. Un modello comunicativo per il trattamento penitenziario. Milano: Franco Angeli; 2009.
18. Brunetti C, Sapia C (Ed.). *Psicologia penitenziaria*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane; 2007.
19. Garuti G. Il Servizio Nuovi Giunti: un quarto di secolo di circolari, normative e attività dello psicologo. *Psicologia e Giustizia* 2012;13(2).
20. Garuti G. Fattori di rischio suicidario e autolesivo in un gruppo di detenuti presso il "servizio nuovi giunti" della Casa Circondariale di Ferrara. *Psichiatria e Psicoterapia* 2012;31(4):244-67.
21. Bruni A. *Psicologi "dietro" le sbarre. Appunti di psicologia penitenziaria*. Macerata: Simple Edizioni; 2013.
22. Valcarenghi M. *Ho paura di me. Il comportamento sessuale violento*. Milano: Bruno Mondadori; 2007.
23. Bruni A. Psicologi e carcere. *Le due città. (Rivista dell'Amministrazione Penitenziaria)* 2002;6(3).
24. Bruni A. Il gruppo di lavoro nell'istituzione penitenziaria: spazio delle convergenze parallele? In: Brunetti C, Sapia C (Ed.). *Psicologia penitenziaria*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane; 2007.
25. Libianchi S. Specificità del trattamento di consumatori di sostanze psicoattive in ambito carcerario. *Knowledge in Psychiatry Journal* 2017;2(1):30-44.

26. Tzvetkova M, Pardal M, Rena A, Disley E, Liquori A, Salena T, Libianchi S. Strategies for a risky business: how drug dealers manage customers, suppliers and competitors in Italy, Slovenia, Germany. *International Journal Drug Policy* 2016;3:90-8.
27. Libianchi S, Arnaudo A. *La riforma della sanità penitenziaria*. Roma, Publiedit ed.; 2014.
28. Bruni A. Lo Psicologo in carcere: criticità e prospettive future. *Bollettino Informazione Ordine Psicologi Emilia-Romagna* 2015;1:10-14
29. Gran Dall'Olio D. Trattamento psicologico: Linee guida RER. Programma di Psicologia clinica regionale: una lettura "costruttiva". Convegno Psicologia penitenziaria, Bologna, 7 marzo 2015.
30. Frati F. Lo Psicologo in ambito penitenziario e le sue relazioni con la criminologia clinica. *Nuove tendenze della Psicologia* 2004;(1)1:20.
31. Ferrario G, Campostrini F, Polli C. *Psicologia e carcere. Le misure alternative tra psicologia clinica e giustizia*. Milano: Franco Angeli; 2005.
32. Tagliente F. Alcuni criteri deontologici dello psicologo penitenziario. In: Calvi E (Ed.). *Lo psicologo al lavoro*. Milano: Franco Angeli; 2004.
33. Bruni A. Psicologia penitenziaria: etica e clinica. In: Pajardi D (Ed.). *Oltre a sorvegliare e punire. Esperienze e riflessioni di operatori su trattamento e cura in carcere*. Milano: Giuffrè; 2008. p. 101-30.
34. De Risio A, Imperato G, Mordanini R, Mancini F. La competenza etica dello psicologo nel lavoro in ambito penitenziario. *QUALE psicologia* 2013;1:3-8
35. Solivetti LM. Società e risocializzazione: il ruolo degli esperti nelle attività di trattamento rieducativo. *Rassegna Penitenziaria*, 1983.
36. Libianchi S, Sbardella A, Giordano F, Loppi F, Rossi R. I Minorati Psicici. Una realtà misconosciuta nelle carceri italiane. Analisi della popolazione, presa in carico, trattamento clinico e penitenziario. In: *XI Convegno: 'Il Contributo ei centri per i disturbi cognitivi e le demenze (CDSD) nella gestione integrata dei pazienti'*; Roma, 23 e 24 novembre 2017 – Istituto Superiore di Sanità, Abstracts book. p. 54-5.
37. Campostrini F. Il lavoro clinico in carcere: quali spazi di terapeuticità. *Plexus* 2012;9.
38. De Leo G, Patrizi P. *Psicologia della devianza*. Roma: Carocci; 2002.
39. Bazelon D. Gli psicologi nei settori rieducativi. A chi giovano, al reo o a se stessi? In: Brodsky SI (Ed.). *Lo psicologo nella giustizia penale*. Milano: Giuffrè; 1987. p. 257-63.
40. Arena G. Psicologia e regime carcerario. La pena, il reato, il reo e il problema della riabilitazione-rieducazione. *Quaderni Psicologia Giuridica* 2002;6.
41. Pacini A. Lo psicologo penitenziario una specie in via di estinzione? Le buone prassi: integrazione e criticità. *Temi Romana* 2012;60:38-9.
42. Patrizi P. Dalla condanna all'inclusione responsabile: nuovi percorsi di Psicologia Penitenziaria orientati alla comunità. In: *Convegno "La psicologia penitenziaria: tra interventi attuali e prospettive future"*, Ordine degli psicologi dell'Emilia Romagna e Ordine degli psicologi del Veneto, Bologna 7 marzo 2015.
43. Fizzotti E, Gatti M. *Carcere. Uno spazio per la persona*. Roma: Libreria Ateneo Salesiano LAS; 2007.
44. Foa V. Psicologia carceraria. *Il Ponte* 1949;(5)3:294-304.
45. Giannelli P. Essere psicologico in carcere, alla ricerca di uno spazio da condividere. *Interprofessionalità* 1996; 52
46. Giannelli P. Psicologia in carcere: significato, contenuti, potenzialità. In: Fizzotti E, Gatti M (Ed.). *Carcere: uno spazio per la persona*. Roma: Libreria Ateneo Salesiano LAS; 2007
47. Vasari D, Monauni S. "Caino": un'esperienza di gruppo in carcere. *Bollettino Informazione Ordine Psicologi Emilia-Romagna* 2015;1:32-5.
48. Roberto MR. *L'impensabile e l'indicibile: linguaggio delle emozioni e degli affetti. Il gruppo in carcere come risorsa e strumento terapeutico-riabilitativo*. Ravenna: Allori Edizioni; 2004.

49. Ruocco M, Montinaro S. Una giornata qualsiasi di uno psicologo penitenziario. *QI* 2015;25(marzo).
50. Tonegato A. Psicologia e qualità nel carcere. *Ristretti Orizzonti, Giornale dalla Casa di Reclusione di Padova*- www.ristretti.it

Etica e ricerca

DATO EPIDEMIOLOGICO IN AMBITO PENITENZIARIO E NELLA GIUSTIZIA PENALE ITALIANA: CHE COSA CI DICE?

Francesco Fabi, Carla Rossi
Centro Studi Statistici e Sociali (Ce3S), Roma

Introduzione

Il DPCM 1° aprile 2008 ha trasferito la competenza della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale (Ministero della Salute). Le Regioni hanno quindi acquisito il compito di tutela della salute delle persone detenute al pari di quelle libere e gli obiettivi di salute della popolazione detenuta coincidono con quelli dei cittadini liberi, avendo entrambi pari dignità rispetto alla cura e anche alla prevenzione.

Un aspetto fondamentale è la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, in rapporto all'età, al genere, e alle diverse etnie e il contrasto ai fattori di rischio al fine di ridurre gli "eventi critici", così denominati dall'Amministrazione Penitenziaria nella registrazione degli atti e nella loro divulgazione. Vi sono compresi, relativamente all'ambito sanitario, gli atti di autolesionismo di varia natura, ad esempio:

- tagli,
- ingestione di corpi estranei,
- auto intossicazioni e avvelenamenti,
- assunzione incongrua di farmaci.
- tentati suicidi;
- suicidi;
- scioperi della fame e della sete;
- ferimenti;
- aggressioni;
- rifiuto e mancata assunzione della terapia.

Tutte le osservazioni e informazioni possono essere utili ai fini della comprensione delle cause, sia dei gesti di autolesionismo, sia di eventi ancor più drammatici come i suicidi, che si verificano nelle carceri e devono essere oggetto di una attenta rivisitazione a scopo di prevenzione, come sostenuto da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità recentemente.

Suicidi in carcere

L'informazione quantitativa sui suicidi si ha ufficialmente attraverso i dati forniti dal Ministero della Giustizia e rappresentati nella Figura 1.

Si vede che nel tempo diminuiscono sia il tasso per 10.000 detenuti presenti dei morti per cause naturali, sia il tasso dei suicidi, ma il rapporto tra suicidi e morti per cause naturali, indicatore specifico per lo studio di questo tipo di eventi, invece aumenta. Infatti, mentre il tasso di morti per cause naturali diminuisce tra il 1992 e il 2017 del 32,2%, il tasso dei suicidi diminuisce solo del 20,8%.

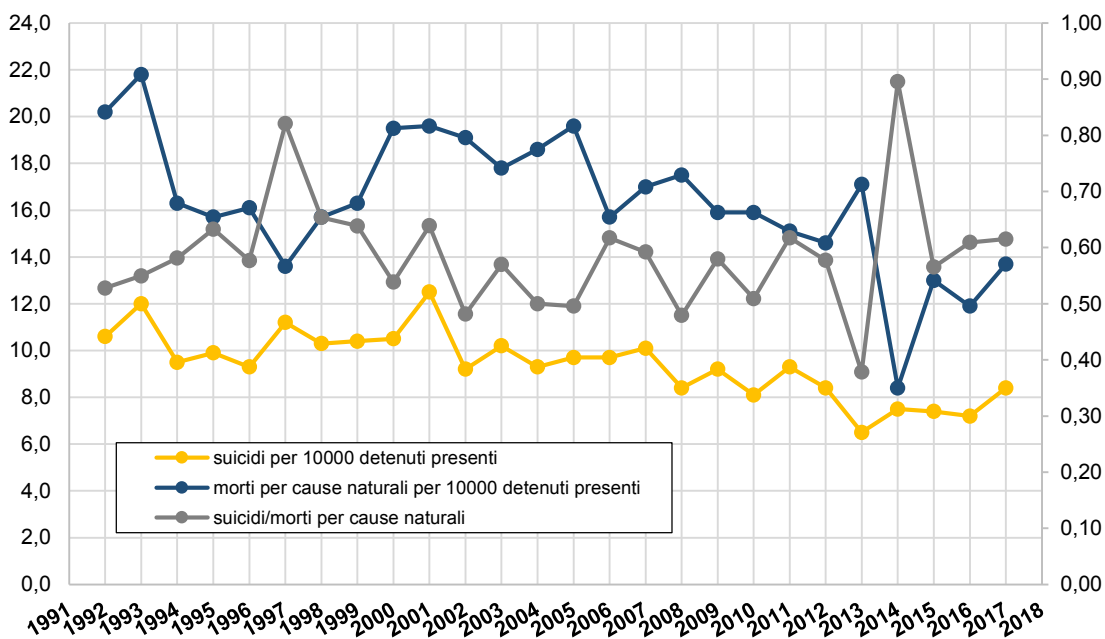


Figura 1. Andamento dal 1992 al 2017 dei tassi di morte naturale e suicidio in carcere (asse a sinistra) e del rapporto tra suicidi e morti naturali (asse a destra) (Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia)

Caratteristiche più “accurate”, indispensabili per comprendere i fattori di rischio che non risultano dai dati ufficiali, si ritrovano nei dati online del Centro Studi Ristretti Orizzonti (CSRO) (<http://www.ristretti.it/arestudio/disagio/ricerca/index.htm>). Nella Figura 2 sono riportati i dati CSRO, analoghi a quelli della Figura 1.

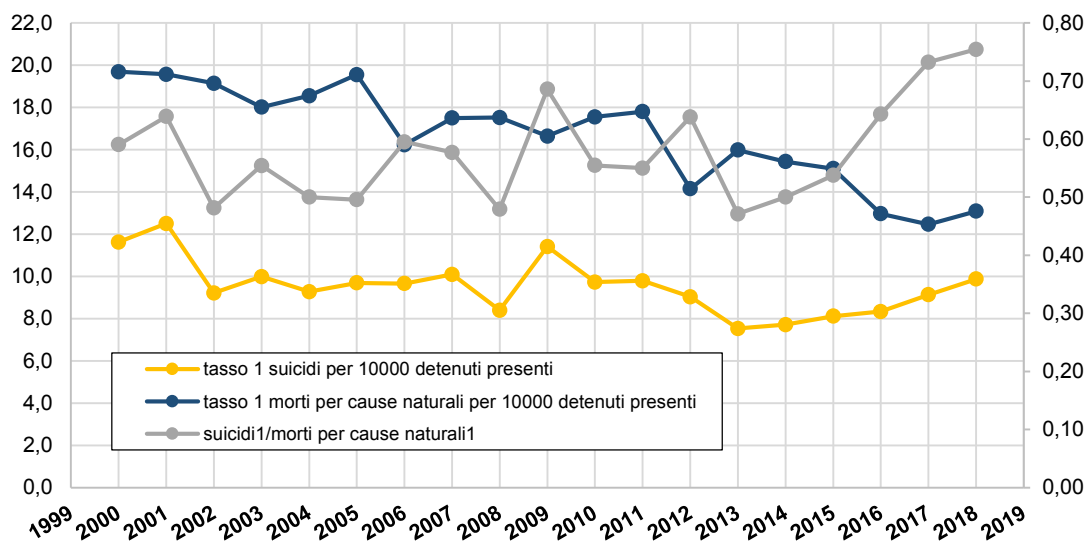


Figura 2. Andamento dal 2000 al 2018 dei tassi di morte naturale e suicidio in carcere (asse a sinistra) e del rapporto tra suicidi e morti naturali (asse a destra) (Fonte: Elaborazioni su dati CSRO)

I dati della Figura 2 hanno un andamento più regolare anche se, come ordine di grandezza, sono simili ai dati pubblicati dal Ministero della Giustizia.

Se si confrontano i dati, si vede che sono sovrapponibili proprio fino all'entrata in vigore del DPCM 1° aprile 2008, mentre poi si discostano mostrando che il CSRO, che pubblica sul sito anche i dati grezzi dei singoli eventi nei diversi anni, rileva i dati con minore ritardo e maggiore accuratezza (Figura 3 e Tabella 1).

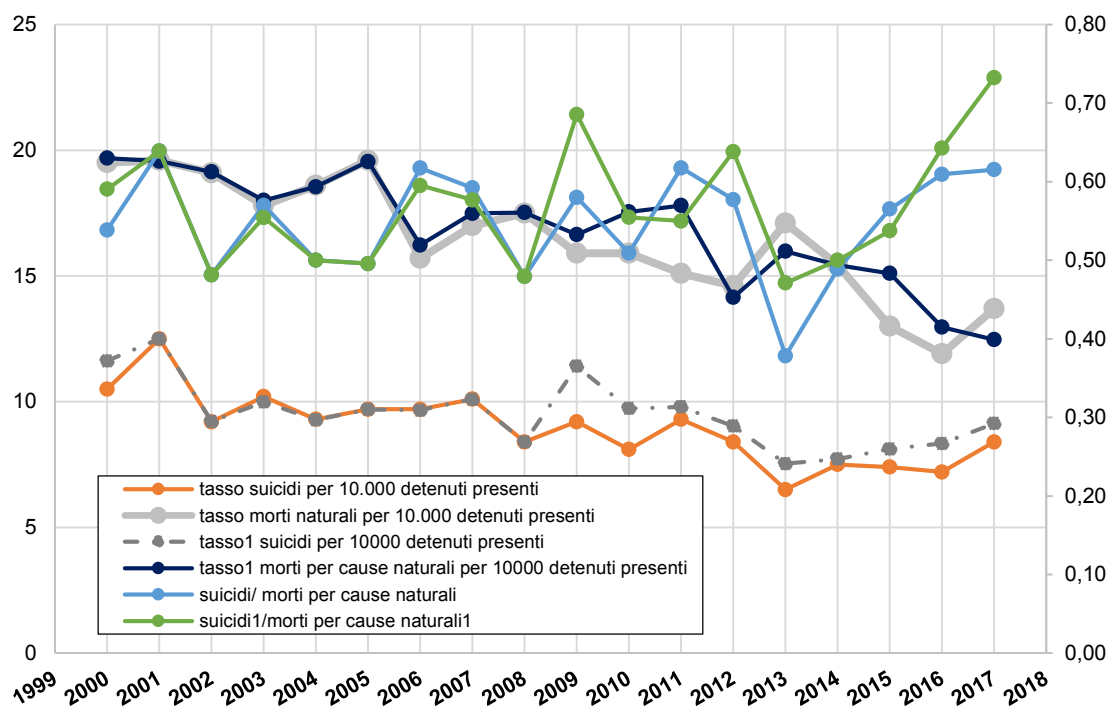


Figura 3. Andamento dal 2000 al 2018 dei tassi di morte naturale e suicidio in carcere (asse a sinistra) e del rapporto tra suicidi e morti naturali (asse a destra). (Fonti: Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia e del CSRO)

Tabella 1. Suicidi in carcere dal 2009 al 20 settembre 2018.

Fonti: Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia e del CSRO

Anno	N. suicidi		Differenza
	Ministero della Giustizia	“Morire in carcere” (CSRO)	
2009	58	72	14
2010	55	66	11
2011	63	66	3
2012	56	60	4
2013	42	49	7
2014	43	44	1
2015	39	43	4
2016	39	45	6
2017	48	52	4
2018	Missing	43	43
Totale	443	491	48

Dai dati grezzi di CSRO si ricavano molte altre informazioni importanti per programmare interventi di prevenzione (Tabella 2).

Tabella 2. Causa del decesso per classi di età. Fonte: elaborazioni su dati CSRO (2009-2018)

Classe di età	Meno di 30 anni	Da 30 a 39 anni	Da 40 a 49 anni	Almeno 50 anni	Totale
Causa del decesso da accertare	66	107	82	54	309
Incidente	0	0	0	1	1
Malattia	11	58	86	158	313
Omicidio	1	3	6	8	18
Overdose	9	21	3	1	34
Sciopero fame	0	1	0	1	2
Soffocamento	1	0	0	0	1
Suicidio	209	269	207	153	838
Totale	297	459	384	376	1516

Come si vede chiaramente, il suicidio prevale tra i decessi in carcere fino ai 49 anni e, solo per chi ha più di 50 anni, prevalgono le cause naturali. È piuttosto critico e preoccupante il fatto che in molti casi risultino “da accertare” le cause di morte, la cui distribuzione, rispetto alle classi di età, è piuttosto simile alla distribuzione dei suicidi (il rapporto tra il numero di suicidi e il numero di cause da accertare va da circa 1,9 a 3 per le diverse età), sembra anche strano che, essendo presenti medici nei servizi carcerari, si dica “da accertare” e che sia così elevata la frequenza di tali casi.

Le modalità utilizzate nei suicidi (Tabella 3) nella maggior parte dei casi sono il classico impiccamento, ma altre lasciano da pensare: come si può, per esempio, utilizzare il gas per uccidersi in carcere? Essendo inoltre le carceri superaffollate.

Tabella 3. Modalità di suicidio in carcere dal 2009 al 2018

Modalità suicidio	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Tot.
Abbruciamento	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Asfissia gas	14	7	12	17	8	4	2	3	7	3	77
Avvelenamento	7	3	6	0	2	0	1	1	0	0	20
Caduta finestra	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Caduta scale	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Colpo arma da fuoco	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Dissanguamento	0	1	0	0	2	1	0	0	1	1	6
Impiccamento	51	54	44	43	36	38	39	33	42	35	415
Sciopero fame	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Soffocamento	0	1	4	0	0	0	0	1	2	1	9
Totale	72	66	66	60	49	44	43	39	52	42	533

Se si confronta il tasso di suicidio in carcere con il tasso di suicidio nella popolazione italiana (Figura 4), il risultato suggerisce di approfondire con urgenza lo studio e l'applicazione degli interventi di prevenzione, certamente alcuni casi possono e devono essere prevenuti.

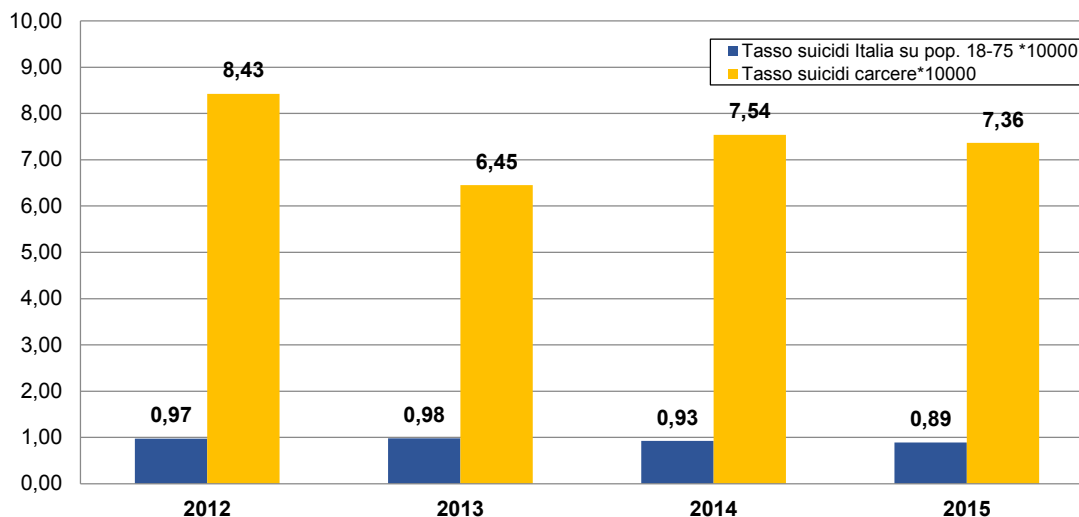


Figura 4. Tasso di suicidio in carcere e nella popolazione italiana tra 18 e 75 anni di età.
(Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia e dell'ISTAT)

Molta documentazione è disponibile sul sito CSRO, mentre nulla di rilevante, a parte il “numero degli eventi”, sul sito del Ministero della Salute. Solo il Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria (DAP) produce documenti in merito, riportati anche su CSRO.

Stranieri in carcere e leggi “antidroga”

Dal 2009 al 2018 si osserva un aumento dei soggetti stranieri nei dati sulle morti, soprattutto per suicidio in carcere (CSRO), che deriva dal progressivo aumento della popolazione detenuta straniera nelle carceri italiane. Questo pone nuove specificità alla sanità penitenziaria e, se si confrontano i dati italiani con i dati europei, si vede che la proporzione di detenuti stranieri in Italia si pone ben al disopra della media europea (e della mediana). Solo per riportare un esempio, nel 2016 in Italia il 33,8% dei detenuti era costituita da stranieri, mentre la media europea risultava del 22,5% e la mediana addirittura del 14,7%.

L'aumento dei detenuti stranieri in Italia, già prima del 2016, è evidente (Figura 5) e per lo più è legato ai reati relativi al mercato delle sostanze illegali (Figura 6), in particolare all'art.73 del DPR 309/1990.

Ancora più evidente è l'aumento dei dati relativi all'ingresso degli stranieri in carcere, come si vede dal trend dell'indicatore rapporto stranieri/italiani per qualsiasi reato e per il reato relativo all'art.73 del DPR 309/1990 nella Figura 7. Il rapporto decresce per il totale dei reati, ma cresce per il reato legato al commercio di sostanze illegali. Nel 2016 sono entrati più stranieri che italiani per l'art. 73 del DPR 309/1990. Analoghe informazioni sul coinvolgimento di stranieri nello spaccio delle droghe si possono analizzare sulla base dei dati relativi ai procedimenti penali per art. 73, presentati e discussi in Di Censi e Fabi (2017) (1) e riportati nella Figura 8, dove è stata aggiunta la curva dell'indicatore rapporto stranieri/italiani (asse destro).

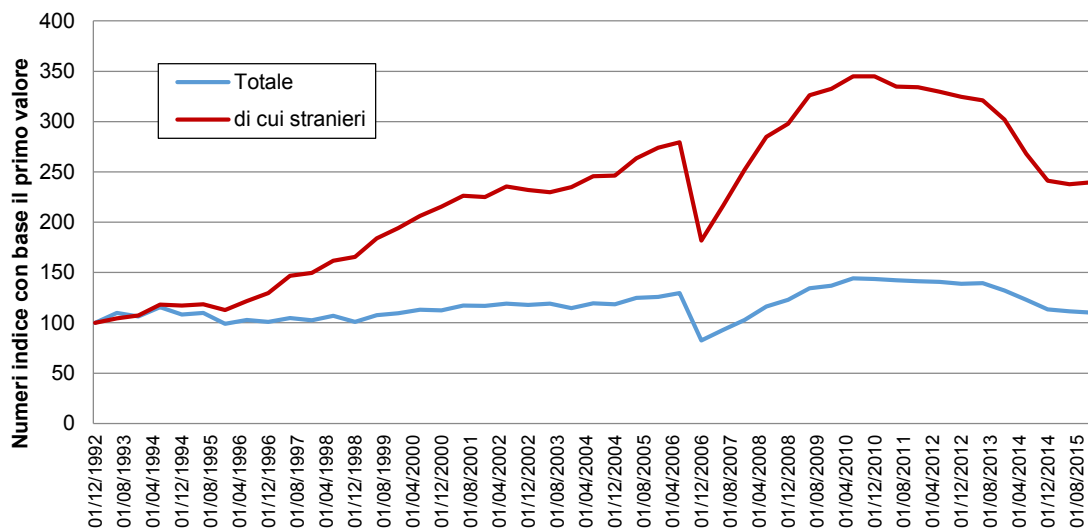


Figura 5. Numeri indici di prevalenza dei detenuti totali e degli stranieri da dicembre 1992 a dicembre 2015
(Fonte: Relazione annuale al Parlamento 2016 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia)

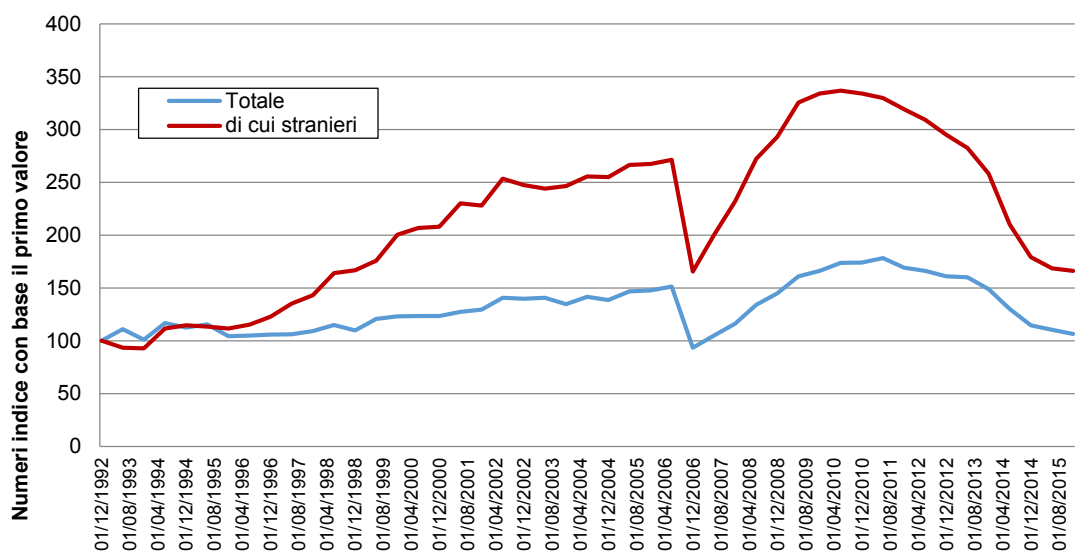


Figura 6. Numeri indici di prevalenza del totale di detenuti e di stranieri ristretti per reati di cui all'art.73 DPR 309/1990
(Fonte: Relazione annuale al Parlamento 2016 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia)

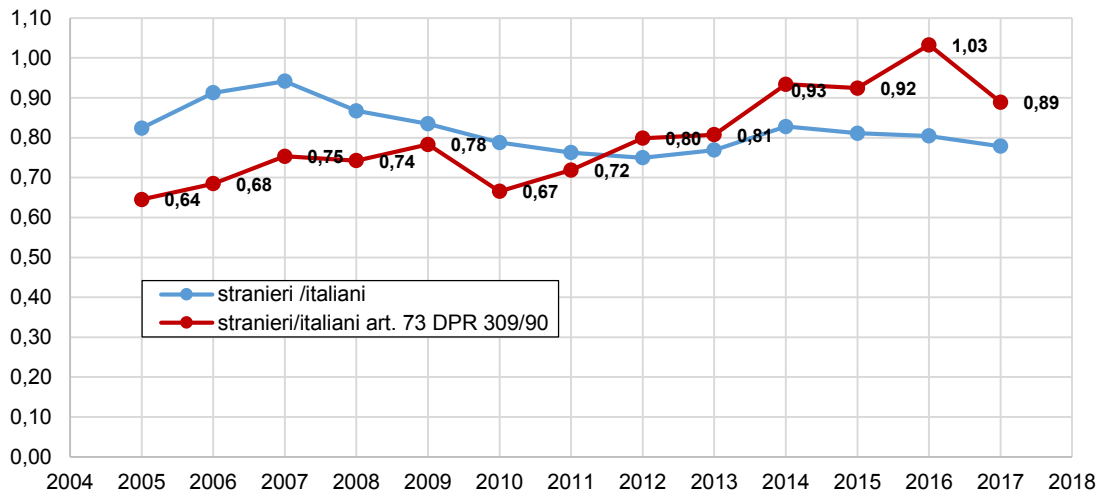


Figura 7. Andamento dei rapporti stranieri/italiani per l'incidenza annuale dei detenuti per qualunque reato e dei detenuti per art. 73 del DPR 309/1990
(Fonte: Elaborazioni su dati ufficiali DAP)

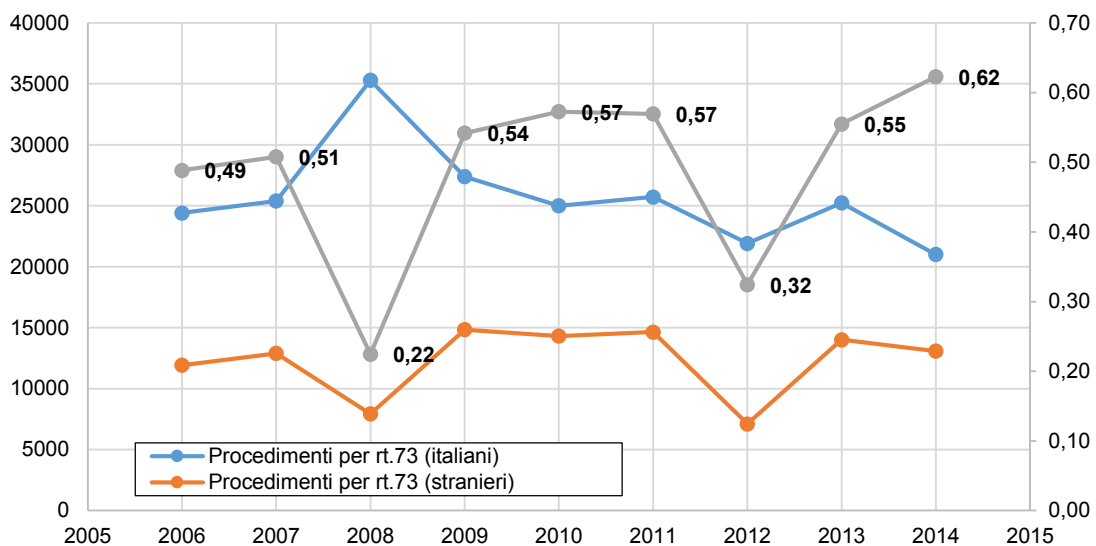


Figura 8. Andamento dei procedimenti relativi all'art. 73 del DPR 309/1990 per denunciati italiani e stranieri
(Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia)

Dati i ritardi nella pubblicazione dei dati giuridici si utilizzano quelli fino al 2014, ma, comunque, forniscono indicazioni importanti. Dal confronto delle Figure 8 e 9 si vede, infatti, che i procedimenti portano a un tasso di incarcerazione maggiore per gli stranieri che per gli italiani, infatti il rapporto stranieri/italiani negli ingressi in carcere nel 2014 è 0,93 mentre il rapporto nei procedimenti è 0,62 e, negli anni precedenti, con sentenze cui è seguita l'incarcerazione, rapporti anche più bassi.

Per approfondire l'analisi dei dati sui soggetti in carcere per reati legati all'uso di sostanze illegali, soprattutto per le conseguenze sulla programmazione di interventi sanitari e di prevenzione secondaria, si vede che dal 2002 non è più disponibile un'informazione importante, che permetteva di valutare il rischio per gli utilizzatori problematici di sostanze psicotrope di entrare in carcere perché "spacciavano" o perché "rubavano" e anche la proporzione di non utilizzatori di sostanze in carcere per spaccio, ovvero semplici criminali.

Come si vede dalla Figura 9 questa informazione è disponibile nei dati Dipartimento Amministrazione Penitenziaria fino al 2001.

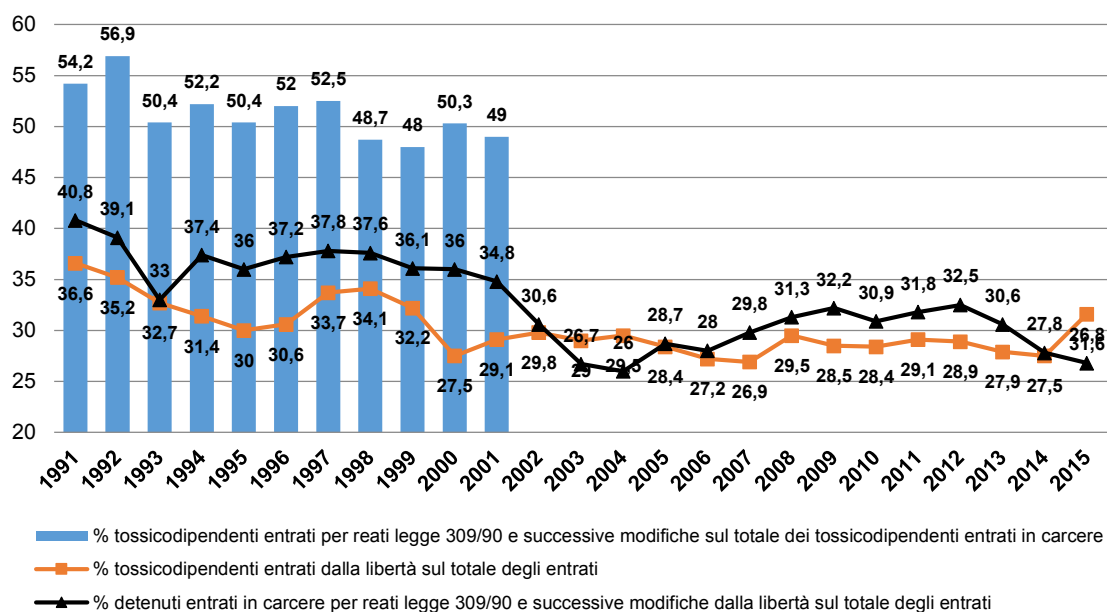


Figura 9. Flusso tossicodipendenti entrati in carcere (valori percentuali).
(Fonte: Elaborazioni su dati DAP da Di Censi & Fabi, 2017) (1)

È un'informazione molto cruciale nella stima dell'ingresso di semplici criminali, non utilizzatori di droghe, nel mercato delle sostanze e poi in carcere, importante per la giustizia, ma anche per la salute. Si vede che circa la metà degli entrati in carcere per reati contro la legge antidroga è anche utilizzatore di sostanze fino al 2001 (in fase comunque decrescente) e quindi necessita di specifica attenzione sanitaria. Ora quest'informazione non è più disponibile a livello nazionale (DAP). L'informazione corretta su questo aspetto potrebbe permettere di pianificare, oltre agli interventi sanitari e di prevenzione secondaria, anche gli interventi di Riduzione del Danno in carcere. Sono interventi che risultano assai scarsi in Italia e non si hanno dati e neppure informazioni qualitative, come riportato in un rapporto europeo (2).

Nel 2017 la Riduzione del Danno (RdD) è entrata nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che sanciscono un diritto per ogni cittadino, anche se detenuto, di accedere a servizi e prestazioni a tutela del proprio diritto alla salute. Il Ministero della Salute dovrebbe impostare un opportuno data base sui progetti e interventi di riduzione del danno già in atto in carcere e fuori. Sarebbe anche importante impostare una valutazione e confronto con interventi condotti in altri Paesi (3). Prima di pianificare nuovi interventi in carcere sarebbe importante che il Ministero della Salute assumesse informazioni sulle valutazioni disponibili a livello internazionale sul sito apposito (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index96523EN.html>). Chissà se è noto a chi dovrebbe,

visto che il Ministero della Salute non fornisce all'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenza (in inglese European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA) neppure i dati fondamentali forniti da tutti gli altri Paesi.

Un andamento importante delle curve della Figura 9 permette di comprendere che molti tossicodipendenti entrano ancora per reati diversi dallo spaccio, come si vedeva fino al 2001 esplicitamente. Infatti, se si osserva l'andamento delle due curve nel 2014, si vede che quella relativa ai reati per art. 73 decresce, mentre quella relativa ai tossicodipendenti cresce e, dato che la diminuzione della prima deriva dalle modifiche della legge "antidroga", con l'eliminazione dei punti più ascientifici della cosiddetta legge Fini-Giovanardi (2006-2014), dopo la sentenza 32/2014 della Corte Costituzionale, che, come conseguenza, ha ridotto il rischio di carcerazione per art.73, facendo decrescere quella curva e evidenziando che gli spacciatori sono in gran parte non utilizzatori di sostanze e che gli utilizzatori commettono per lo più altri reati per finanziare il loro consumo.

Recentemente dati, simili a quelli non più disponibili a livello nazionale, sono stati raccolti e resi disponibili presso il carcere di San Vittore per un progetto specifico (Figura 10).

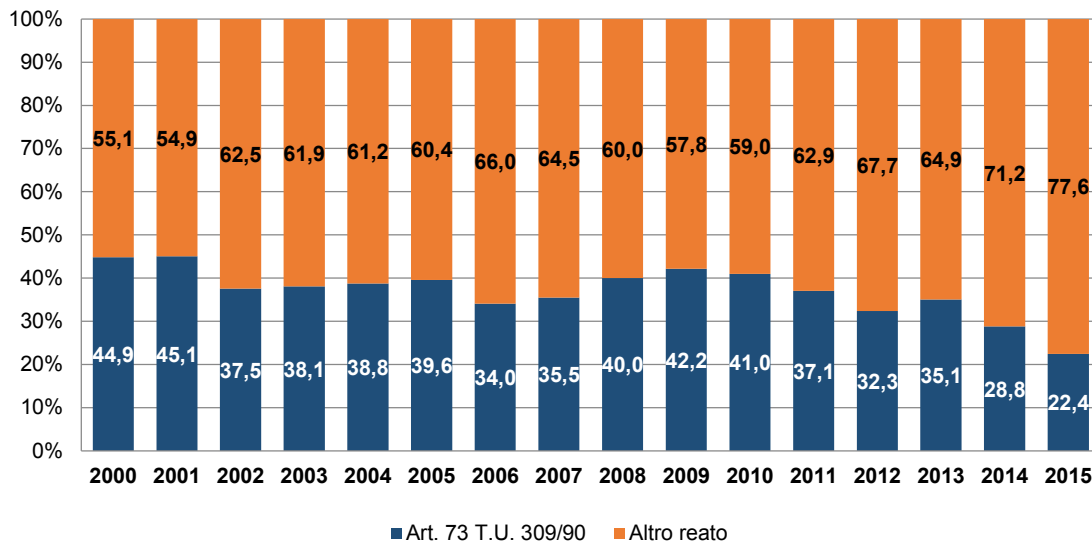


Figura 10. Andamento della percentuale di detenuti tossicodipendenti per art. 73 T.U 309/90 o altro tipo di reato dal 200 al 2015 nel carcere di San Vittore (Milano)
(Fonte: Elaborazioni su dati DAP da Di Censi & Fabi 2017) (1)

Se il campione di San Vittore fosse rappresentativo si potrebbe osservare una crescita della percentuale di soggetti utilizzatori di sostanze detenuti per "altri reati", ottenendo un'ulteriore conferma sull'andamento osservato nel 2014 nella Figura 9, cioè del fatto che il mercato delle sostanze illegali è sempre "meglio" gestito utilizzando spacciatori specifici e sempre meno utilizzatori, spinti dalla necessità di finanziamento per il loro uso, a spacciare.

Purtroppo i dati generali a livello nazionale non sono più disponibili in questa forma, né si può verificare la significatività del campione fornito da San Vittore, sarebbe importante estendere la rilevazione ad altri carceri. Per approfondire l'analisi sulla presenza di stranieri, come manovalanza del mercato delle droghe, si possono considerare le sentenze (Figura 11).

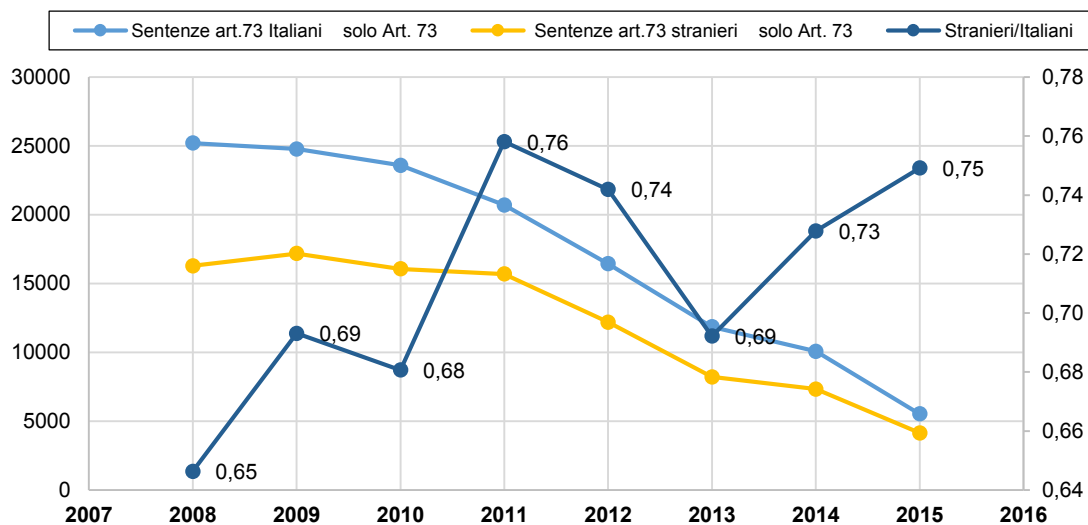


Figura 11. Andamento delle sentenze per art.73 del DPR 309/1990 e dell'indicatore stranieri/italiani

L'andamento dell'indicatore stranieri/italiani della Figura 11 è confermato anche dai dati del Casellario sulle sentenze e, in particolare, la distribuzione degli anni di reato per le sentenze emesse nel 2016, risultano analoghi andamenti anche per altri anni, che mostrano che la durata dei processi è più breve per gli stranieri (Figura 12), invio in carcere più rapido.

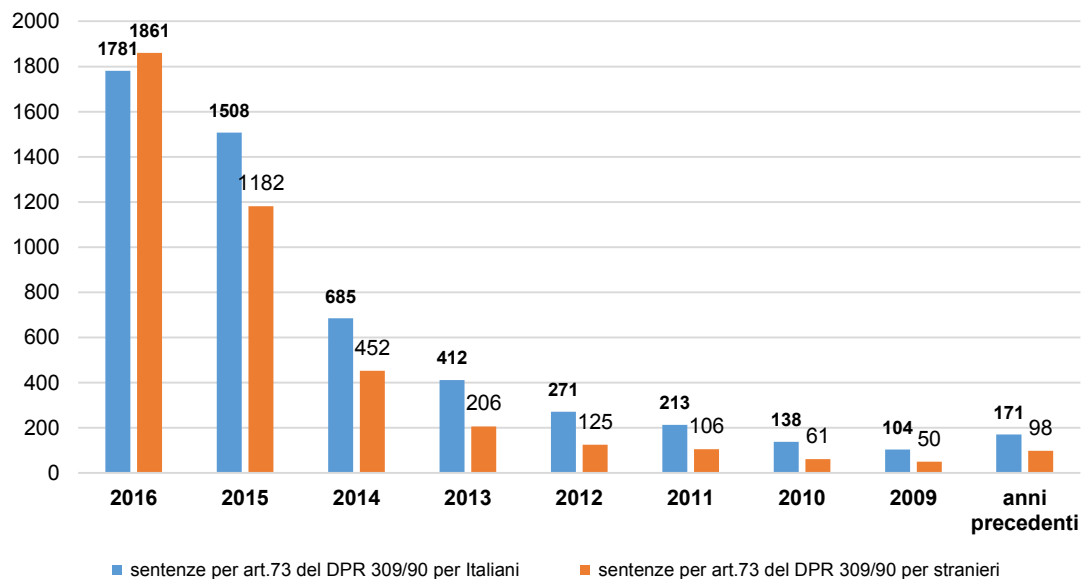


Figura 12. Distribuzione dell'anno del crimine per i soggetti che hanno subito la sentenza relativa all'art.73 del DPR 309/1990 nel 2016

Visto che tante presenze in carcere sono dovute a reati di spaccio di sostanze illegali e di furto da parte di tossicodipendenti per finanziare il loro uso, si può stimare che quasi la metà dei detenuti sia in carcere per effetto dell'attuale regolazione del mercato delle sostanze illegali. Per esempio, se si considerano i dati del 2017 presi dal *Nono Libro Bianco sulle Droghe* del 2018 (4), i tossicodipendenti presenti sono il 25,53% e i ristretti solo per art.73 sono il circa il 24%. Se si considera che solo circa il 25% dei tossicodipendenti è presumibilmente in carcere per il reato relativo all'art. 73, (circa 6,8%) si può stimare che circa il 43% dei detenuti è in carcere (prevalenza), come conseguenza del DPR 309/1990 nel 2017. Se poi si prendessero in esame gli ingressi in carcere (incidenza) si avrebbe una percentuale ancora maggiore.

Anche aspetti più interessanti e utili per la valutazione delle politiche antidroga possono essere analizzati sulla base dei dati del DAP, come quelli riportati nella Tabella 4 per il 2017.

Tabella 4. Distribuzione del numero di ingressi per soggetto per italiani, stranieri e donne nel 2017

Numero di ingressi per soggetto	italiani	stranieri	totale	di cui donne
1	7.155	6.440	13.595	876
2	65	174	239	5
3	3	15	18	-
4 e oltre	-	3	3	-
Totale soggetti	7.223	6.632	13.855	881

Dati in questa forma sono stati forniti dal DAP per un progetto Eravid (<https://www.eravid.eu/projects/idps/>), e sono stati richiesti in questa forma perché possono essere utilizzati per ottenere una stima della popolazione totale di soggetti coinvolti in reati analoghi (art. 73) e che rischiano di entrare in carcere, cioè lavoratori del mercato delle sostanze illegali di livello medio-basso (5, 6).

Le stime sono riportate nella Figura 14 per il periodo 2009-2017.

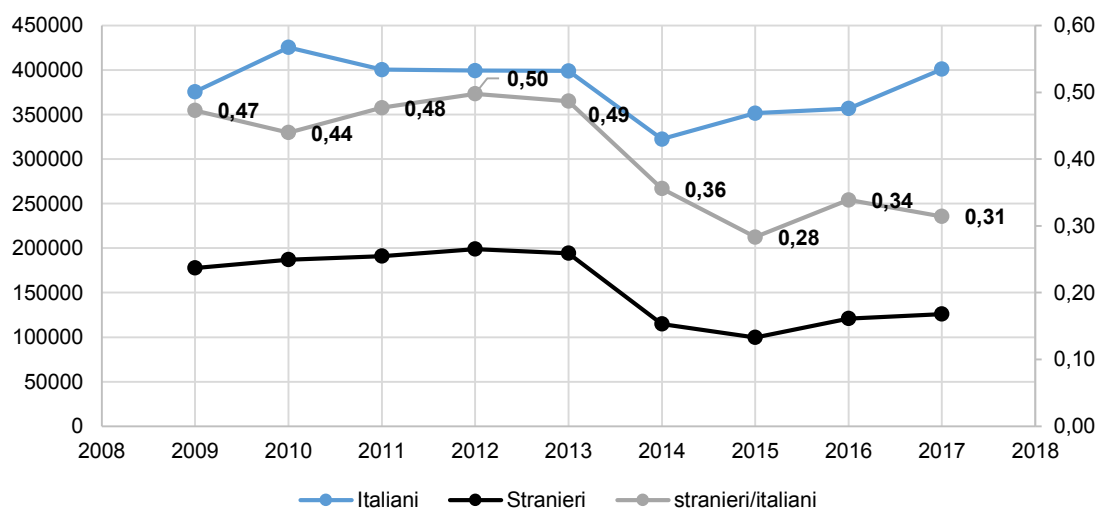


Figura 14. Curve relative alla stima delle popolazioni italiana e straniera coinvolte in spaccio a rischio di carcere per art. 73 DPR 309/1990 (asse sinistro) e indicatore stranieri/italiani (asse destro)

L'andamento della stima vede una riduzione della popolazione a rischio di ingresso in carcere per art.73 nel 2014, che conferma che i soggetti coinvolti nello spaccio hanno visto diminuire tale rischio in seguito alla sentenza della Corte Costituzionale.

Queste stime permettono anche di introdurre un indicatore di efficacia degli interventi di repressione che si ottiene, per esempio, calcolando il rapporto tra le denunce per art.73 da parte della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA)* e la popolazione stimata, ovvero degli individui che la DCSA dovrebbe identificare e "catturare". L'indicatore oscilla attorno al 6% (3, 4).

Tale ordine di grandezza corrisponde ai "numeri" riportati nei rapporti della Direzione Centrale Antimafia dove si sostiene che le quantità di droghe sequestrate annualmente oscillano tra il 5% e il 10% delle quantità introdotte nel mercato, come, sulla base del nostro indicatore, risultano anche gli spacciatori di tali sostanze annualmente identificati. Ci sarebbero anche altri dati che dimostrano l'ordine di grandezza, così limitato, di tali indicatori, per esempio, la costanza dei prezzi al dettaglio delle diverse sostanze illegali, come risulta dai dati DCSA riportati nei loro rapporti annuali.

Riabilitazione?

Fin qui sono stati presentati e utilizzati solo dati amministrativi, pubblici o raccolti da CSRO. Per concludere è utile mostrare alcuni dati, forniti dall'Associazione ONG "Nessuno tocchi Caino" (<https://www.nessunotocchicaino.it/>), di una survey dedicata ai detenuti sottoposti a ergastolo ostativo, raccogliendo diverse informazioni. I dati derivano da 252 questionari di cui si analizzano qui solo le risposte a domande relative ad alcuni aspetti.

La Tabella 5 riporta i dati sui tipi di reato e si osserva che il numero di reati è maggiore rispetto al numero di detenuti (in media circa 1,38 reati a testa).

Tabella 5. Distribuzione del tipo di reati dei soggetti del campione

Reato	Numero	%
Mafia (Art. 416-bis)	125	49,6
Traffico di droghe in associazione (Art. 74 DPR 309/1990)	16	6,3
Rapimento (Art. 630)	5	2,0
Omicidio (Art. 575)	197	78,2
Estorsione (Art. 629)	6	2,4
Totale	349	100

Per quanto riguarda il tempo relativo all'arresto, i dati sono riportati nella Figura 15, da cui emerge che la maggior parte dei soggetti (74%) è entrato in carcere prima del 2000 (3 soggetti non hanno fornito questo dato 1%).

All'interno di un carcere sono in genere previsti sia interventi sanitari per patologie fisiche e psichiche (non si riportano qui i dati relativi alle patologie e all'assistenza fornita raccolti nella survey), sia interventi sociali. Questi ultimi dovrebbero soddisfare gli obiettivi del periodo trascorso in carcere ovvero, a parte la salute, la rieducazione e riabilitazione.

* Dati forniti per Eranid IDPSO e pubblicati annualmente sul rapporto della DCSA

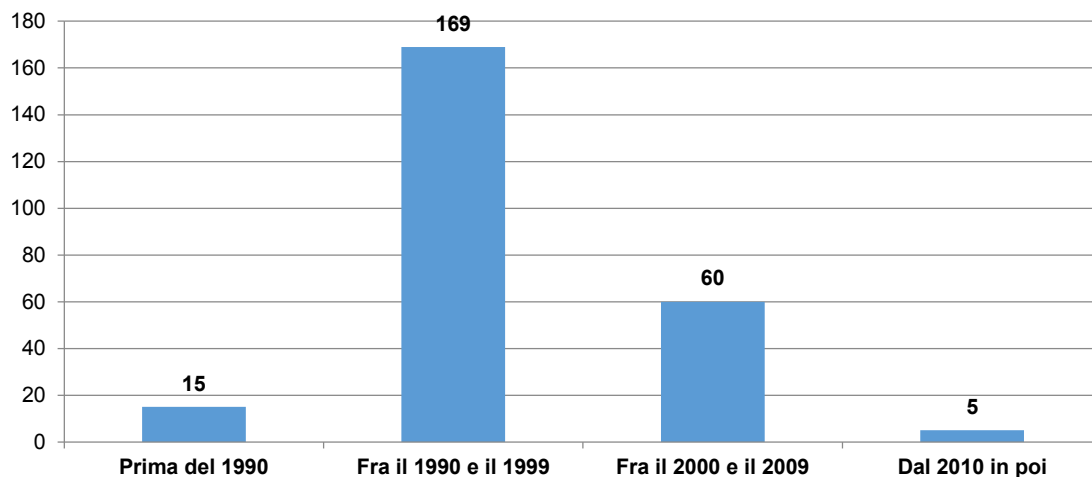


Figura 15. Distribuzione del periodo di ingresso in carcere

Nonostante il lungo periodo trascorso in carcere per la maggior parte dei soggetti, solo meno della metà dichiara di aver completato i programmi di riabilitazione (109), 70 dichiarano di non averli terminati, ma il punto più critico è che ben 60 dichiarano di non saperlo, dimostrando scarsa chiarezza tra i detenuti e il personale che si occupa di loro e, in particolare, dei programmi di riabilitazione (13 non rispondono).

Per quanto riguarda gli incontri con gli operatori incaricati dei programmi di riabilitazione, solo 132 detenuti su 230 rispondono affermativamente alla domanda in merito a incontri regolari con gli operatori e 98 dicono di no (22 non rispondono).

Conclusioni

Si potrebbe procedere a esaminare tanti altri dati come, per esempio, l'ingresso di speciali nazionalità nei procedimenti per art. 73, date le rotte dell'importazione in Europa, attraverso l'Africa, di cocaina o la durata dei periodi di detenzione per italiani e stranieri, e per le donne, ma per ora è sufficiente avere a disposizione i dati presentati per riflettere su vari aspetti da approfondire nel futuro prossimo, per esempio:

- sono adeguati i dati dei Ministeri del Giustizia e della Salute per capire il problema criminalità in generale;
- sono linkabili i dati dei Ministeri per permettere studi adeguati della salute in carcere;
- qual è il costo e il costo sociale derivante dall'applicazione del DPR 309/1990;
- qual è l'efficacia dell'aspetto repressivo di tale legge e quali le conseguenze negative e i costi;
- si può programmare adeguatamente la Riduzione del Danno in carcere (in realtà di deve);
- ci sono differenze di comportamento da parte degli stranieri e dello Stato rispetto agli stranieri;
- il carcere riabilita? in che forma e in che proporzione;
- le donne, come affrontare il problema della diversità e dell'uguaglianza.

Tentativi di risposte entreranno in interventi futuri, visto che alcuni punti sono obiettivi di Eravid "Illicit Drug Policies and Social Outcome" (IDPSO) in corso di svolgimento.

Bibliografia

1. Di Censi L, Fabi F. *Statistiche sulla repressione del traffico di droghe in Italia: misurare l'inefficacia delle leggi proibizioniste*. Roma: UniversItalia di Onorati srl; 2017.
2. Sander G, Scandurra A, Kamenska A, MacNamara C, Kalpaki C, Bessa CF, Laso GN, Parisi G, Varley L, Wolny M, Moudatsou M, Pontes NH, Mannix-McNamara P, Libianchi S, Antypas T. Overview of harm reduction in prisons in seven European countries. *Harm Reduct J* 2016;13(1):28.
3. Wiessing L, Ferri M, Běláčková V, Carrieri P, Friedman SR, Folch C, Dolan K, Galvin B, Vickerman P, Lazarus JV, Mravčík V, Kretzschmar M, Sypsa V, Sarasa-Renedo A, Uusküla A, Paraskevis D, Mendão L, Rossi D, van Gelder N, Mitcheson L, Paoli L, Diaz Gomez C, Milhet M, Dascalu N, Knight J, Hay G, Kalamara E, Simon R, EUBEST working group, Comiskey C, Rossi C, Griffith P. Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study. *Harm Reduction Journal*, 2017;14(1):19.
4. *Nono libro bianco sulle droghe. Edizione 2018 sui dati del 2017*. Dossier di fuoriluogo.it; 2018
5. Mascioli F, Rossi C. Useful supply indicators for evaluating law enforcement efficacy, the size of the drug market and other issues. *Proceedings of the Eighth. ISSDP Conference*. Roma: UniversItalia di Onorati srl; 2015. p.189-209.
6. Farina Coscioni MA, Rossi C. *Proibizionismo, criminalità, corruzione*. Roma: UniversItalia di Onorati srl; 2016.

PRINCIPIO DI EQUIVALENZA DELLE CURE E IL DIRITTO ALLA SALUTE IN AMBITO CARCERARIO

Sabina Gainotti, Carlo Petrini
Unità di Bioetica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

Il carcere è un'istituzione che, per i suoi obiettivi di sicurezza e "rieducazione" delle persone detenute, tende a privare in tutto o in parte i propri ospiti della libertà, limitando in qualche modo anche la loro possibilità di esercitare scelte rilevanti per la salute.

In una delle sue opere più importanti, "Asylums", il sociologo canadese Erving Goffman annovera il carcere tra le cosiddette "istituzioni totali", in quanto istituzione che "serve a proteggere la società da ciò che si rivela come un pericolo intenzionale nei suoi confronti, nel qual caso il benessere delle persone segregate non risulta la finalità immediata dell'istituzione che li segrega" (1).

Eppure, garantire il diritto alla salute delle persone detenute significa riconoscere il loro valore di persone, da cui non può prescindere un vero programma di rieducazione e reinserimento nella società civile.

L'assistenza sanitaria penitenziaria ha un ruolo fondamentale nell'identificazione dei bisogni di salute delle persone detenute, e nella rilevazione di condizioni di sofferenza acute e croniche.

La richiesta di applicare alla sanità penitenziaria gli stessi standard diagnostici e terapeutici del sistema sanitario nazionale, in termini di qualità e specificità, si fonda sul cosiddetto principio di "equivalenza delle cure".

Il principio di equivalenza delle cure in ambito carcerario si fonda sui principi etici più generali di uguaglianza e giustizia, secondo cui tutti gli esseri umani hanno uguale valore e possiedono uguali diritti, indipendentemente dal loro status giuridico, e la società deve mettere in atto forme di giustizia redistributiva al fine di contrastare e ridurre il più possibile le disuguaglianze esistenti.

L'importanza etica del diritto alla salute e, dunque, del principio di equivalenza, deriva dal ruolo fondamentale della salute nel garantire altri diritti umani fondamentali della persona, come il diritto al lavoro e la piena partecipazione alla vita sociale e civile di una società democratica.

Nonostante la rilevanza etica del principio di equivalenza esistono difficoltà oggettive nella sua realizzazione pratica, attribuibili in parte alle specificità dei bisogni di salute della popolazione carceraria che richiedono di elaborare interventi sanitari e di promozione della salute adatti al contesto, e in parte agli imperativi di sicurezza e controllo tipici dell'ambiente carcerario che possono limitare l'autonomia della persona detenuta nelle proprie scelte sanitarie e, in mancanza di regole chiare, ostacolare l'instaurarsi di un rapporto fiduciario tra medico e paziente, fondamentale in ogni progetto di cura.

È importante riconoscere e analizzare queste difficoltà per elaborare politiche sanitarie che siano in grado di garantire in modo efficace il diritto alla salute delle persone detenute e favorire l'equivalenza delle cure in carcere anche da un punto di vista etico.

Principio di equivalenza delle cure in carcere

Il principio di equivalenza delle prestazioni sanitarie è citato in numerosi documenti e dichiarazioni nazionali e internazionali sui diritti delle persone detenute.

Ad esempio, la risoluzione 45/111 dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) del 14 dicembre 1990 concernente i principi fondamentali per il trattamento dei detenuti afferma che i detenuti dovrebbero godere degli stessi standard di assistenza sanitaria di cui si avvale la comunità e dovrebbero avere accesso ai servizi sanitari necessari a titolo gratuito, senza che vi sia discriminazione sulla base del loro status giuridico (2).

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nell'ambito del progetto "Health in Prisons", riporta tra i suoi obiettivi strategici quello di promuovere tutti i servizi sanitari penitenziari, compresi i servizi di promozione della salute, per raggiungere standard equivalenti a quelli presenti nella comunità più ampia (3).

A livello europeo il principio di equivalenza appare per la prima volta nel 1973 in una relazione del Comitato europeo per la Prevenzione della Tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT) del Consiglio d'Europa, tra gli standard dell'organizzazione dell'assistenza delle persone detenute, dove si includono: accesso a un medico, equivalenza delle cure, consenso del paziente e riservatezza, assistenza sanitaria preventiva, assistenza umanitaria, indipendenza professionale e competenza professionale (4).

A seguire, la Raccomandazione N. R (98) 7 del Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa dell'8 aprile 1998 concernente gli aspetti etici e organizzativi dell'assistenza sanitaria in carcere, riporta come standard fondamentali l'equivalenza delle cure, l'accesso a un medico, il consenso del paziente e il rispetto della sua riservatezza, e l'indipendenza professionale (5).

L'ultima versione delle *European Prison Rules*, adottate dal Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa nel gennaio 2006, dedica un ampio paragrafo all'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, dove si raccomanda che in ogni carcere presti servizio almeno un medico di medicina generale qualificato e altro personale con formazione in ambito sanitario e siano previsti meccanismi di tutela della salute al momento dell'ingresso in carcere della persona detenuta, e per tutta la durata della sua permanenza.

Inoltre, per la prima volta si fa specifico riferimento alla necessità di organizzare i servizi sanitari penitenziari in stretta relazione con i servizi sanitari pubblici locali (7).

La Dichiarazione di Mosca sulla Salute carceraria come parte della Sanità Pubblica dell'OMS (*The Moscow Declaration on Prison Health as a Part of Public Health*) (8) riporta le principali motivazioni che rendono urgente il rafforzamento di questo legame:

- la popolazione carceraria è composta in buona parte da persone vulnerabili e marginalizzate, con problemi di salute e condizioni croniche non trattate, e con comportamenti a rischio come prostituzione e tossicodipendenza;
- il movimento di persone infette o ad alto rischio di sviluppare malattie infettive all'interno del carcere e di ritorno alla vita civile comporta il rischio di diffusione di malattie trasmissibili all'interno e all'esterno del sistema penitenziario;
- in quasi tutte le carceri del mondo le condizioni di vita sono malsane. Sovraffollamento, violenza, mancanza di luce, di aria fresca e acqua pulita, cibo scadente e pratiche rischiose per la diffusione delle infezioni come i tatuaggi, sono realtà molto comuni. I tassi di infezione per tubercolosi, HIV ed epatite sono molto più elevati rispetto alla popolazione generale.

Diversi Paesi hanno avviato iter specifici per garantire la collaborazione tra servizi sanitari penitenziari e territoriali, mentre in alcuni Paesi si è deciso di trasferire direttamente la competenza per la tutela della salute delle persone detenute ai servizi sanitari territoriali (9).

In Norvegia ad esempio, il processo di affidamento dell'assistenza sanitaria penitenziaria alle autorità sanitarie locali è stato completato negli anni '80. In Francia la tutela della salute della popolazione carceraria è stata affidata alla Direzione Generale della salute per le questioni di salute pubblica del Ministero della Salute, già dal 1994. In Inghilterra e Galles, l'assistenza sanitaria all'interno delle carceri è stata formalmente presa in carico dal National Health Service (NHS) nell'aprile 2003, e il National Institute for Clinical Excellence (NICE) ha pubblicato linee guida dedicate rispettivamente alle procedure da adottare per garantire la salute fisica dei detenuti (10) e la loro salute mentale (11).

In Italia il principio di equivalenza è in qualche modo insito nell'idea di diritto alla salute come diritto inalienabile di ogni persona, indipendentemente dalla condizione di libertà o detenzione, sancito dalla Costituzione all'art. 32:

“La Repubblica tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti” (12).

Tuttavia, anche in seguito all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano (SSN) nel 1978, la tutela della salute delle persone detenute è rimasta a lungo di competenza del Ministero della giustizia, ritenendosi che sussistesse, a causa delle esigenze di sicurezza, una specialità legittima dell'assistenza sanitaria in carcere (13).

La Legge 419/1998 ha introdotto il principio di equivalenza all'art. 5 (Riordino della medicina penitenziaria), in cui si delegava il Governo ad emanare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria prevedendo il trasferimento dal Ministero della Giustizia all'SSN di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali riguardanti la sanità penitenziaria (14).

Lo stesso principio è riaffermato nel DL.vo 230/1999 sul riordino della medicina penitenziaria all'art. 1:

“i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci e appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani sanitari Regionali e in quelli locali” (15).

A partire dal 1° gennaio 2000, sono transitate all'SSN le funzioni relative alla tossicodipendenza, mentre per le altre funzioni è iniziato un periodo di sperimentazione in alcune Regioni, con la costituzione di un Tavolo di consultazione permanente, che ha il compito di verificare l'attuazione del transito della medicina penitenziaria alle Regioni sull'intero territorio nazionale e di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale (16).

Bisogni di salute nella popolazione carceraria tra diritto alla salute, controllo e sicurezza

I bisogni di salute della popolazione carceraria presentano importanti specificità, e richiedono un adattamento allo speciale contesto carcerario di interventi sanitari programmati per la popolazione generale.

Alcuni rapporti a cura dell'OMS dedicati alla salute dei detenuti a livello mondiale delineano un quadro costituito prevalentemente da una popolazione giovane e affetta da patologie di tipo psichico, infettivo e del cavo orale (17, 18).

In Italia la salute della popolazione detenuta è stata oggetto di un recente studio multicentrico finanziato dal Ministero della salute che ha coinvolto oltre 15.000 detenuti (arruolati nel 2014) presenti in 57 strutture (quasi il 30% del totale nazionale degli istituti) nelle strutture detentive di Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria e dell'Azienda sanitaria di Salerno (19).

Secondo i risultati dell'indagine il 67,5% delle persone detenute in Italia è affetto da almeno una patologia (anche non grave), con differenze importanti per regione, ma soprattutto per sesso (uomini: 67%, donne: 75% e transgender: 95,7%) e fascia d'età (18-29 anni: 58,4%; 30-39 anni: 63,9%; 40-49 anni: 70,9%; 50-59 anni: 76,7%; >60 anni: 82,6%).

Le patologie più frequenti sono i disturbi psichici, che interessano il 41,3% delle persone detenute, seguiti dalle malattie dell'apparato digerente e dalle malattie infettive e parassitarie che coinvolgono rispettivamente il 14,5% e 11,5% delle persone detenute visitate.

Nonostante l'elevato consumo di tabacco nella popolazione carceraria (71% contro 22% della popolazione generale in Italia), i disturbi respiratori, prevalenti nella popolazione generale e nei soggetti più anziani, sono tra i più rari in carcere, essendo l'età media delle persone detenute relativamente bassa (19).

Dunque, l'assistenza sanitaria penitenziaria è prevalentemente orientata alla cura delle dipendenze e dei disturbi psichici, e di patologie frequenti nella popolazione carceraria come epatite, HIV, tubercolosi e malattie a trasmissione sessuale (10, 17, 18).

I bisogni di salute e il "consumo" di servizi sanitari della popolazione carceraria sono tendenzialmente più elevati rispetto alla popolazione generale, anche a causa degli effetti negativi per la salute dell'ambiente carcerario.

Secondo alcune stime epidemiologiche, la permanenza in carcere è predittiva non solo di un peggiore stato di salute degli ospiti, ma anche di un più rapido processo d'invecchiamento rispetto alla popolazione generale. Ad esempio, le probabilità di ammalarsi di una persona detenuta dell'età di 50 anni sarebbero le stesse di un individuo di 60 anni al di fuori dal carcere (20, 21).

Per garantire alle persone detenute un accesso corretto e tempestivo ai servizi sanitari sarebbe necessario aumentare la disponibilità di trattamenti all'interno del carcere anche se, come rilevano alcuni, un principio di equivalenza unicamente centrato sulla disponibilità di trattamenti rappresenterebbe uno standard minimo e non potrà mai bastare a rispondere agli specifici bisogni di salute della popolazione carceraria (22, 23).

Il principio di equivalenza dunque, più che sulla disponibilità di trattamenti, dovrebbe misurarsi sugli obiettivi e sui risultati di salute delle persone detenute, che dovrebbero essere gli stessi osservati nella popolazione generale (24, 25, 26).

La psichiatria è l'ambito in cui il principio di equivalenza è più difficile da realizzare. L'elevata prevalenza dei disturbi psichiatrici tra le persone detenute è un fenomeno comune a tutte le carceri del mondo.

Spesso il carcere è il triste punto di arrivo di persone per cui le cure psichiatriche normalmente offerte all'esterno non hanno funzionato, e i casi con doppia diagnosi di malattia mentale e dipendenza da sostanze sono molto frequenti (27). Nell'indagine italiana, ad esempio, i disturbi mentali da dipendenza da sostanze costituiscono quasi la metà del totale dei disturbi psichici (49,6%) e il problema affligge circa il 24% della popolazione detenuta arruolata nello studio (28).

Spesso per queste persone il motivo della detenzione è legato all'aver commesso atti di violenza, e nelle valutazioni sul loro trattamento le considerazioni di pubblica sicurezza assumono un peso notevole.

Le cure disponibili per affrontare queste condizioni sono limitate e mai equivalenti alle cure disponibili all'esterno, e spesso i medici psichiatri sono chiamati a concentrarsi sulle situazioni più urgenti come il rischio di suicidio, lo scompenso psicotico acuto e i principali disturbi comportamentali.

Secondo alcuni, infine, l'equivalenza delle cure in psichiatria non è semplicemente pensabile perché il carcere è un ambiente di per sé nocivo per la salute mentale, e il medico penitenziario non potrà mai dare al paziente psichiatrico ciò di cui avrebbe davvero bisogno: una famiglia o una relazione emotiva stabile, un lavoro appagante e, naturalmente, la libertà (29).

Anche la cura delle tossicodipendenze si svolge in un contesto diverso rispetto alla popolazione generale, rendendo difficile anche in questo caso parlare di "equivalenza" delle cure. In carcere le persone con tossicodipendenza sono praticamente costrette a smettere di assumere sostanze, e la cura con metadone è iniziata in assenza di una vera e propria volontarietà.

La domanda da porsi dunque è se l'ambiente carcerario soddisfi le condizioni essenziali per l'adozione di uno stile di vita sufficientemente sano da parte delle persone detenute, quanto a disponibilità di risorse, corretta alimentazione, possibilità di svolgere attività sociali e presenza di personale medico.

Per migliorare lo stato di salute delle persone detenute, accanto alla disponibilità di trattamenti e vaccinazioni, sarebbe necessario adottare misure preventive che includano l'offerta di informazione, l'educazione, campagne di screening e campagne contro i comportamenti a rischio, adattate al particolare contesto dell'ambiente carcerario (30).

La conoscenza di specifiche patologie e fattori di rischio sono elementi indispensabili nella definizione di azioni di prevenzione dei comportamenti a rischio e promozione della salute.

Queste azioni non possono essere semplicemente mutate dai modelli ritenuti validi per la popolazione generale, ma devono essere adattati ai bisogni e caratteristiche della popolazione target e specificamente mirati ai comportamenti ad alto rischio associati alla vita in carcere: scambi di strumenti, iniezione di droghe e relazioni intime tra persone dello stesso sesso (31).

La progettazione e implementazione di misure preventive deve fondarsi su una comprensione approfondita dei concetti di malattia e salute, fisica e mentale e di ciò che costituisce un problema di salute in ambiente carcerario, al fine di mettere in atto procedure adeguate per promuovere comportamenti salutari.

Rapporto medico paziente tra autonomia limitata del paziente e dovere di neutralità del medico penitenziario

In ambito carcerario, il rapporto medico paziente è condizionato in molti modi dalla mancanza di risorse e dagli obiettivi di controllo e sicurezza che limitano la possibilità per le persone detenute di scegliere le proprie cure in modo autonomo.

L'esempio più ovvio di questa limitazione dell'autonomia è l'impossibilità per la persona detenuta di scegliere il proprio medico curante, poiché la scelta è affidata a monte al Servizio Sanitario Nazionale e all'amministrazione penitenziaria.

Anche la "domanda" di assistenza sanitaria è regolata in modo rigido in carcere, essendo i bisogni di salute della popolazione carceraria sempre superiori alle risorse disponibili mentre l'"offerta" di cure primarie è proposta in modo più interventista rispetto alla popolazione generale, ad esempio quando, al proprio arrivo in carcere, la persona detenuta è chiamata a sottoporsi ad una visita medica. In quel caso, la persona detenuta deve dare il proprio consenso informato a ricevere la visita che deve essere il più rapida e completa possibile. Tuttavia, essendo obbligatoria, la visita medica è "offerta" in modo attivo e, per motivi di sicurezza, la possibilità di un rifiuto non è prevista.

Secondo Niveau, queste due caratteristiche dell'ambiente carcerario, la "regolazione della domanda" e l'"offerta attiva" dei controlli sanitari, evidenziano alcuni limiti di attuazione del

principio di equivalenza delle prestazioni sanitarie rispetto alla popolazione generale, e lo sforzo speciale a cui sono chiamati i professionisti che si impegnano a perseguirlo (30).

Infine, l'autonomia delle persone detenute nelle scelte sanitarie può essere influenzata da vincoli legati al contesto di privazione della libertà e alla possibilità di sottrarsi, seppur per poco tempo. Spesso la salute della persona detenuta è un fattore determinante nelle decisioni circa la durata della detenzione o le condizioni in cui questa si svolge, e ciò potrebbe condizionare le scelte della persona detenuta relative ai propri trattamenti sanitari. Un detenuto, ad esempio, potrebbe decidere di sottoporsi a un intervento di chirurgia elettiva per prolungare la propria permanenza in ospedale, o accettare di assumere un trattamento farmacologico anti-androgeno o anti-psicotico nella speranza di anticipare la propria scarcerazione o ottenere la libertà condizionale.

Quindi, spesso, nella medicina penitenziaria il concetto di autonomia è più complesso rispetto alla medicina di comunità e il personale sanitario che opera in questo ambito deve prestare particolare attenzione ai condizionamenti che potrebbero portare il paziente ad assumere dei rischi per il proprio corpo e la propria salute.

Infine, un aspetto difficile da comprendere nella sua interezza, ma molto tipico nell'assistenza sanitaria in carcere, è il problema della simulazione di malattia e di altre manipolazioni, con le difficoltà che queste creano nella relazione terapeutica tra medico e paziente.

Da un lato il medico che lavora in ambito carcerario deve prestare particolare attenzione al tentativo di manipolazione da parte delle persone detenute, tentativo che può condizionare pesantemente la qualità di una relazione terapeutica, al punto che alcuni autori raccomandano ai medici penitenziari di praticare anche al di fuori del carcere per evitare il fenomeno della "acculturazione"(30). Dall'altro per il medico i tentativi di manipolazione possono provenire dallo stesso personale carcerario e, se un medico è molto coinvolto nel funzionamento del carcere, può essere difficile per lui/lei mantenere la neutralità necessaria a garantire alle persone detenute le cure di cui hanno bisogno (3).

In alcuni casi, il medico penitenziario può essere chiamato a trascorrere l'intera vita lavorativa all'interno di un carcere, instaurando con l'amministrazione carceraria un rapporto di stretta collaborazione. In queste situazioni può capitare che la direzione del carcere richieda l'assistenza del medico nella gestione dei prigionieri che stanno creando difficoltà. Ad esempio, il personale di sicurezza potrebbe richiedere al medico di sedare le persone con comportamenti violenti contro sé stessi, gli altri detenuti o il personale di sicurezza. In alcune giurisdizioni, le amministrazioni penitenziarie potranno richiedere ai medici di fornire informazioni riservate sullo stato di sieropositività di una persona detenuta.

Il valore della neutralità è particolarmente importante per il medico e i professionisti sanitari che operano in ambito carcerario, e l'indipendenza professionale è un valore richiamato in diverse dichiarazioni internazionali sul diritto alla salute in ambito carcerario.

Il giuramento di Atene del 1979 dello *International Council of Prison Medical Services* (32) ad esempio afferma:

We, the health professionals who are working in prison settings, meeting in Athens on September 10, 1979, hereby pledge, in keeping with the spirit of the Oath of Hippocrates, that we shall endeavour to provide the best possible health care for those who are incarcerated in prisons for whatever reasons, without prejudice and within our respective professional ethics.

[Noi, professionisti della salute occupati in ambito carcerario, riuniti ad Atene il 10 settembre 1979, con la presente ci impegniamo, in linea con lo spirito del giuramento di Ippocrate, a fare del nostro meglio per fornire la migliore assistenza sanitaria possibile alle persone detenute per qualsiasi motivo, senza pregiudizi e nel rispetto delle nostre rispettive etiche professionali] (Traduzione non ufficiale a cura degli autori)]

Il medico penitenziario non dovrebbe mai perdere di vista il fatto che il suo rapporto con la persona detenuta dovrebbe essere prioritario rispetto ad ogni altra considerazione. Un medico non dovrebbe mai intraprendere azioni che non siano nel migliore interesse del proprio paziente.

Allo stesso modo, come per tutti gli altri pazienti, i medici dovrebbero sempre cercare il consenso del paziente prima di intraprendere qualsiasi azione clinica, a meno che il paziente per motivi clinici non sia in grado di esprimere il proprio consenso.

Nel documento "Health in prisons" l'OMS ha elaborato una lista di raccomandazioni etiche specifiche per l'assistenza sanitaria carceraria che danno indicazioni anche pratiche al personale sanitario che voglia:

- Indipendentemente dalle circostanze, l'obiettivo finale per il personale sanitario penitenziario deve sempre essere il benessere e la dignità del paziente.
- I risultati di test ed esami medici effettuati in carcere nella pratica clinica con il consenso del paziente devono essere trattati con lo stesso rispetto per la riservatezza accordato ai dati di qualunque altro paziente.
- Al fine di evitare ogni confusione relativa al ruolo del medico, tra le visite mediche effettuate a scopo di cura quelle effettuate per scopi forensi, il medico all'inizio della consultazione dovrebbe chiarire con il paziente che, nel secondo caso, il segreto professionale non si applica ai risultati dei test.
- Indipendentemente dai problemi di sicurezza, il personale sanitario deve avere accesso illimitato a tutti i detenuti in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo, compresi i detenuti sottoposti a misure disciplinari.
- Il personale sanitario non deve in alcun caso partecipare all'applicazione di sanzioni contro i detenuti o alle decisioni che le determinano, in quanto ciò pregiudicherebbe la fiducia nel rapporto medico-paziente.
- Il personale medico non dovrebbe intraprendere alcuna azione medica su persone sottoposte a contenimento (incluse le manette), fatta eccezione per le persone con malattia mentale in fase acuta che rappresentano un potenziale rischio grave e immediato per sé stessi e per gli altri.
- I medici che effettuano ricerche in parti intime del corpo intimo devono spiegare alle persone detenute, prima di procedere con l'ispezione, che stanno intervenendo puramente come esperti e che i loro atti non hanno uno scopo diagnostico o terapeutico.
- Durante uno sciopero della fame, il medico deve evitare il rischio che i detenuti, l'amministrazione penitenziaria o le autorità giudiziarie strumentalizzino le loro decisioni mediche.
- Se un detenuto presenta segni fisici e/o sintomi mentali compatibili con l'essere stato sottoposto a tortura o trattamento crudele, inumano e degradante, il medico ha il dovere di documentarli prendendo in considerazione le preferenze del paziente, e segnalare tali atti attraverso canali appropriati.
- Il servizio sanitario penitenziario può svolgere un ruolo molto importante nella lotta ai maltrattamenti all'interno e all'esterno dello stabile. L'esame fisico e psicologico eseguito all'arrivo di un nuovo ospite è particolarmente importante in questo senso.
- Tutto il personale sanitario che lavora con i detenuti su base continuativa dovrebbe avere accesso a uno specifico programma di training. Dovrebbe essere in grado di analizzare problemi, specificità e meccanismi interni di prigionie diverse, gestire situazioni potenzialmente pericolose o violente e riconoscere i rischi di violazioni etiche specifiche per le loro attività (3).

Conclusioni

L'equivalenza delle cure in carcere è un principio affermato nelle dichiarazioni e raccomandazioni dei più importanti organismi internazionali sui diritti delle persone detenute, ed è richiamato nelle normative e politiche di numerosi Paesi sull'assistenza sanitaria carceraria. Per garantire alle persone detenute un'assistenza sanitaria disponibile, accessibile, accettabile e di qualità (traduzione dell'acronimo AAAQ: *Availability, Accessibility, Acceptability and Quality of services*), che sono i quattro imperativi del diritto alla salute (33), è necessario uno sforzo conoscitivo delle più importanti specificità a livello clinico, ambientale, sociale e anche etico dell'assistenza sanitaria in carcere, che permettano di programmare politiche sanitarie adatte al contesto e quindi più efficaci, a partire dal riconoscimento del valore della salute fisica e mentale della persona e della sua importanza nell'intero processo riabilitativo e di reinserimento nella vita civile, che dovrebbe essere il fine ultimo dell'istituzione penitenziaria.

Bibliografia

1. Goffman E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Doubleday, a division of the Doubleday Broadway Publishing Group, a division of Random House, Inc. ; 1961. Cit. in: Goffman E. *Asylums: Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Traduzione di Franca Basaglia, Torino: Einaudi, 2003.
2. United Nations. Basic principles for the treatment of prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990. New York, United Nations; 1990 Disponibile all'indirizzo: <http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm> Ultima consultazione: 30 Ottobre 2018.
3. WHO Regional Office for Europe. *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: World Health Organization; 2007.
4. Committee of Ministers of the Council of Europe. *Resolution (73) 5, The European Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Adopted by the Committee of Ministers on 19 January 1973*. Strasbourg: Council of Europe; 1973.
5. Committee of Ministers of the Council of Europe. *Recommendation No. R (87) 3 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules. Adopted by the Committee of Ministers on 12 February 1987*. Strasbourg: Council of Europe; 1987.
6. Committee of Ministers of the Council of Europe. *Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison*. Strasbourg: Council of Europe; 1998.
7. Committee of Ministers of the Council of Europe. *Recommendation No. R (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules. Adopted 11 January 2006*. Strasbourg: Council of Europe; 2006.
8. WHO Regional Office for Europe. *Declaration on Prison Health as a Part of Public Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
9. Tomascovski K. *Prison health: international standards and national practices in Europe*. Helsinki: The European Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations (HEUNI); 19; 1992.
10. National Institute for Health and Care Excellence. *Physical health of people in prison*. London: NICE; 2016. NICE guideline [NG57]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng57> ultima consultazione 30/10/2018.
11. National Institute for Health and Care Excellence. *Mental health of adults in contact with the criminal justice system*. London: NICE; 2017. NICE guideline [NG66]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng66>; ultima consultazione 30/10/2018.

12. Italia. Costituzione della Repubblica Italiana. *Gazzetta Ufficiale* n. 298 del 27 dicembre 1947.
13. Italia. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. *Gazzetta Ufficiale* n. 360 del 28 dicembre 1978, Suppl. Ordinario.
14. Italia. Legge 30 novembre 1998, n. 419. Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Gazzetta Ufficiale* n. 286 del 7 dicembre 1998.
15. Italia. Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230. Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale* n. 165 del 16 luglio 1999, Suppl. Ordinario n. 132.
16. Ministero della Giustizia. Diritti dei detenuti. Disponibile all'indirizzo: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_0_7.page; ultima consultazione: 30 Ottobre 2018.
17. WHO Regional Office for Europe. *Prisons and health*. Copenhagen, (Denmark) WHO 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1; ultima consultazione 30/10/2018..
18. WHO Regional Office for Europe. *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen, Denmark, WHO, 2007.
19. *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*. Firenze: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; 2015. (Documenti ARS Toscana, n. 83).
20. Mitka M. Aging prisoners stressing health care system. *JAMA* 2004;292:423-4.
21. Hayes AJ, Burns A, Turnbull P, Shaw JJ. The health and social needs of older male prisoners. *Int J Ger Psychiatry* 2012;27(11):1155-62.
22. Birmingham L, Wilson S, Adshead G. Prison medicine: ethics and equivalence. *Br J Psychiatry* 2006;188:4-6.
23. Exworthy T, Samele C, Urquía N, Forrester A. Asserting prisoners' right to health. Progressing beyond equivalence. *Psychiatric Services* 2012;63(3):270-5.
24. Lines R. From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. *International Journal of Prisoner Health* 2006;2(4):269-80.
25. Charles A, Draper H. 'Equivalence of care' in prison medicine: is equivalence of process the right measure of equity? *J Med Ethics* 2012;38:215-8.
26. Jotterand F, Wangmo T. The Principle of Equivalence reconsidered: assessing the relevance of the principle of equivalence in prison medicine. *Am J Bioethics* 2014;14(7):4-12.
27. Farrell M, Boys A, Bebbington P, et al. Psychosis and drug dependence: results from a national survey of prisoners. *Br J Psychiatry* 2002;181:393-8.
28. I disturbi psichici. In: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. Settore Sociale, Osservatorio di Epidemiologia. *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*. Collana dei Documenti ARS, n. 83. (Cap. 4) Disponibile a: <https://www.ars.toscana.it/collana-documenti-ars/pubblicazioni-2015/2977-la-salute-dei-detenuti-in-italia-i-risultati-di-uno-studio-multicentrico-2015.html>; ultima consultazione 30/10/2018.
29. Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *Br Med J* 2003;327:480.
30. Niveau G. Relevance and limits of the principle of "equivalence of care" in prison medicine. *J Med Ethics* 2007;33:610-3.

31. Belenko SR, Shedlin M, Chaple M. HIV risk behaviors, knowledge, and prevention service experiences among African American and other offenders. *J Health Care Poor Underserved* 2005;16(4 Suppl B):108-29.
32. Prison Health Care Practitioners. *Oath of Athens*. London: Prison Health Care Practitioners. 1979. Disponibile a: http://www.medekspert.az/ru/chapter1/resources/The_Oath_of_Athens.pdf; ultima consultazione 30 ottobre 2018.
33. World Health Organization. *The right to health. Factsheet*. Geneva: WHO. Disponibile a: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/ESCR/Health/RightToHealthWHOFS2.pdf>; ultima consultazione 30 ottobre 2018.

PERSONA IN STATO DI DETENZIONE: PROMOZIONE E TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE

Matteo Schwarz

*Unità Operativa Ricerca Psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione,
Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie e immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione

Il tema della tutela della salute e più in generale dei diritti dei detenuti all'interno degli istituti di pena rappresenta sempre di più un'emergenza reale nel nostro Paese, forse anche grazie all'aumentata percezione della dimensione del problema in seguito a casi di cronaca dalla vasta eco mediatica, come la morte, avvenuta il 22 ottobre 2009, di Stefano Cucchi, drammatica vicenda recentemente riportata all'attenzione dell'opinione pubblica da una pregevole opera cinematografica che ha messo in evidenza, senza sbavature retoriche o aprioristiche prese di posizione, le criticità di un sistema penale e carcerario che mostra tutti i propri limiti nel proteggere adeguatamente l'incolumità e il benessere di chi viene dalla giustizia affidato a strutture detentive che versano in un ormai cronico stato di emergenza.

La tutela della persona all'interno degli istituti di pena è da sempre un tema che appassiona e coinvolge chi si occupa di diritti umani, poiché nella figura del detenuto confluiscono criticità che mettono a dura prova il funzionamento di un sistema giuridico e giudiziario. In questo contesto, un ruolo importante nel definire la portata delle norme che regolano il funzionamento del sistema carcerario, anche sotto il profilo sanitario, è svolto anche dalla giurisprudenza (1-4).

Una recente pronuncia della Corte di Cassazione (sez. IV Penale, sentenza 11-23 maggio 2017, n. 25576) ha evidenziato gli aspetti fondamentali e le fonti normative che regolano il funzionamento della sanità carceraria, definendo precisi obblighi e responsabilità. La sentenza prende avvio da un caso di imputazione per il delitto di omicidio colposo a carico dei sanitari cui un detenuto, deceduto in una casa circondariale per le complicazioni di una polmonite massiva, era stato destinato in quanto sottoposto alla sanzione disciplinare dell'esclusione dall'attività comune.

Oggetto della pronuncia, che riforma i precedenti provvedimenti assolutori e di non luogo a procedere nei confronti dei sanitari imputati sono, in particolare, alcune disposizioni della legge sull'ordinamento penitenziario, ma la sentenza compie un'apprezzabile analisi a tutto campo dei principali provvedimenti normativi, nazionali e internazionali, che concorrono a disegnare il sistema dei diritti sanitari del detenuto.

Il punto di avvio della Corte di Cassazione è costituito proprio dalla corretta interpretazione della legge sull'Ordinamento Penitenziario (O.P.) vigente al momento della pronuncia e ora riformata, in particolare di quelle disposizioni che disciplinano i controlli sanitari che devono o possono essere eseguiti sui detenuti (5)

Le disposizioni in esame sono state, come qui sopra accennato, oggetto di procedura parlamentare di modifica, conclusosi con la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* dei tre decreti legislativi n. 121, 123 e 124 del 2 ottobre 2018 (6-8).

Tuttavia, a prescindere dalle novità che sono intervenute a vari livelli sul testo della legge O.P., ciò che emerge con chiarezza dalla pronuncia della Corte di Cassazione è la necessità di fornire una lettura delle norme che disciplinano l'assistenza sanitaria in carcere coerente con le finalità rieducative della pena, che postula il perseguimento di una piena ed efficace tutela del diritto alla

salute del condannato. Solo una condizione di benessere psico-fisico dello stesso può infatti garantire il suo recupero e, conseguentemente, il suo reinserimento sociale. In tal senso, quindi, in ossequio all'art. 27 Cost. e ai suoi corollari, il detenuto ha diritto alla tutela della propria salute sia fisica che mentale, posto che in effetti la pena può svolgere la propria funzione rieducativa – verosimilmente – solo su di una persona mentalmente in grado di comprenderne appieno portata e significato.

Tanto premesso, la Corte effettua un'attenta analisi del caso posto alla sua attenzione, riguardante un detenuto sottoposto alla sanzione della esclusione dalle attività in comune, interpretando questo istituto in modo coerente con i principi costituzionali e con le altre disposizioni della stessa legge, in particolare con l'art. 11.

La Corte pone l'accento sull'obbligo di sottoporre a costante controllo sanitario il soggetto detenuto, garantendone, in tal modo, l'adeguata tutela della salute, con specifico riguardo alla necessità di certificare la compatibilità dello stato di salute della persona con lo stato di detenzione garantendo la continuità del controllo sanitario nel corso di tutto il periodo di espiazione della pena.

Ne consegue, dunque, che il sanitario del carcere deve sottoporre a visita medica il detenuto sia all'atto dell'ingresso in carcere, sia nel corso della detenzione, e ciò anche laddove manchi una esplicita richiesta in tal senso del detenuto stesso, dovendo segnalare l'eventuale sussistenza di malattie che richiedono particolari cure e indirizzando, in tali casi, il paziente verso strutture ospedaliere esterne all'istituto penitenziario, ove tali cure non possano essere adeguatamente garantite all'interno dell'istituto di pena.

L'art. 11 in esame prevede infatti che in ogni istituto penitenziario sia presente e attivo un servizio sanitario rispondente alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti.

Va poi sottolineato che il nuovo co. 3 dell'art. 11 O.P. prescrive l'adozione da parte dell'azienda sanitaria locale nel cui ambito sia ubicato un istituto penitenziario di una carta dei servizi, che deve essere messa a disposizione dei detenuti e degli internati con idonei mezzi di pubblicità.

È qui fondamentale sottolineare che l'interpretazione della legge O.P. operata nella sentenza impugnata dinanzi alla Cassazione, e dalla stessa annullata con rinvio, non considerava che l'art. 11 nella versione antecedente alla riforma, disponeva che l'assistenza sanitaria venisse prestata, nel corso della permanenza nell'istituto “con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati”, con ciò ponendo un obbligo di controllo delle condizioni sanitarie generali dei detenuti che non può essere limitato al controllo iniziale, dovendo essere periodico, né può intendersi regolato secondo una periodicità annuale, dovendo essere caratterizzato da adeguate frequenza e regolarità.

Con specifico riguardo alle visite mediche, ne è dunque prevista una di carattere generale all'atto dell'ingresso nell'istituto, allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche, ma anche in seguito i sanitari non possono limitarsi a tale episodico riscontro generale, avendo l'obbligo di visitare quotidianamente gli ammalati e coloro che ne facciano richiesta e di segnalare immediatamente la presenza di patologie che richiedano particolari indagini e cure specialistiche.

È dunque previsto un ruolo proattivo del sanitario nel tutelare e promuovere la salute del detenuto, non potendosi il medico o l'infermiere limitarsi a rispondere a richieste di intervento interamente rimesse all'iniziativa dell'interessato o ai casi di patologia manifesta, ma dovendo al contrario costruire un sistema di cura che si ispiri ai principi della prevenzione e della regolarità nella verifica dell'integrità psico-fisica dei detenuti.

Il corretto inquadramento e l'interpretazione delle disposizioni che regolano la tutela della salute in ambito penitenziario non possono peraltro prescindere da regole e principi concepiti e dettati anche a livello sovranazionale.

La tutela del diritto alla salute delle persone private della libertà personale si ricava, in primo luogo in via interpretativa, dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo e dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo, che sostanzialmente fanno riferimento al divieto di sottoporre i detenuti a trattamenti disumani e degradanti. In tal caso, infatti, pur non rinvenendosi alcuna disposizione specifica sul punto, l'attività giurisprudenziale della Corte Europea dei diritti dell'uomo ha permesso di ricondurre il diritto alla salute nell'ambito dei diritti garantiti in ambito internazionale, quale corollario del diritto alla vita e alla dignità umana. Di rilievo sono poi anche le Regole penitenziarie Europee, nelle quali si afferma che la finalità del trattamento sanitario consiste nel "salvaguardare la salute e la dignità" dei condannati, in una prospettiva che prevede il loro reinserimento sociale (art. 3 delle Regole penitenziarie Europee). E ancora degna di menzione è la deliberazione approvata dall'ONU in materia di principi di etica medica per il personale sanitario in ordine alla protezione dei detenuti, nella quale è espressamente previsto che gli esercenti le attività sanitarie incaricati di prestare cure a persone detenute o comunque private della libertà, hanno il dovere di proteggerne la salute fisica e mentale, nello stesso modo che li impegna nei confronti delle persone libere (9).

Stato dell'arte

Un aspetto rilevante nella prospettiva qui sopra delineata è rappresentato poi dall'intervenuta riforma della medicina penitenziaria per mezzo del DL.vo 22 giugno 1999, n. 230, che ha coerentemente previsto il trasferimento della sanità all'interno degli istituti di pena dal Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale con ciò imponendo, in ossequio al principio di sussidiarietà verticale, precisi obblighi di collaborazione e integrazione, ciascuna nel proprio ambito, alle diverse istituzioni dello Stato coinvolte nella gestione della persona detenuta (10).

Più in generale, va poi ricordato che la possibilità per il detenuto di fruire di cure mediche appropriate anche nella condizione di restrizione carceraria, oltre a porsi in linea con la normativa di principio, costituisce il presupposto fondante la linea di demarcazione tra la compatibilità e l'incompatibilità delle condizioni psico-fisiche della persona con il regime carcerario. Tale rilievo è desumibile dal sistema di norme costituito dagli artt. 299, comma 4-ter, cod. proc. pen., 147 n. 2 cod. pen. e 47 *ter*, comma 1-*ter*, I.n.354/1975 e impone un'interpretazione del testo normativo conforme all'obiettivo di associare la privazione della libertà personale al costante controllo delle condizioni di salute della persona.

Come si è già sopra ricordato, con la pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* del 26 ottobre 2018 dei decreti legislativi n. 121, 123 e 124 del 2 ottobre 2018, si è concluso il tortuoso iter della riforma dell'ordinamento penitenziario (2). Si tratta, in particolare, dei decreti legislativi che hanno dato (parziale) attuazione alla legge delega 23 giugno 2017, n. 103 (così detta riforma Orlando).

La riforma compie un'importante adeguamento della disciplina sull'ordinamento penitenziario ai principi di cui al DL.vo 230/1999, concernente il riordino della medicina penitenziaria, confermando, in particolare, la piena operatività del Servizio Sanitario Nazionale all'interno degli istituti penitenziari. Inoltre, essa amplia le garanzie dei reclusi, modificando la disciplina della sopraccitata visita medica generale all'ingresso in istituto: il medico deve, in particolare, annotare nella cartella clinica tutte le informazioni riguardo ad eventuali maltrattamenti o violenze subite dal detenuto; estende la gamma dei trattamenti sanitari che i reclusi possono richiedere in carcere a proprie spese, in particolare includendo gli interventi chirurgici nei reparti clinici interni al carcere, previ accordi con la ASL competente, e prevede controlli sanitari in carcere da parte della stessa ASL, anche a seguito delle segnalazioni ricevute.

Importanti sotto il profilo del benessere e della salute sono anche le nuove disposizioni che regolano alcuni aspetti fondamentali della vita all'interno degli istituti di pena. Sono infatti introdotte misure volte ad integrare i reclusi di nazionalità straniera, tra le quali quelle che prevedono la garanzia ad un'alimentazione rispettosa del loro credo religioso nonché l'inserimento, tra il personale dell'amministrazione degli istituti penitenziari, di mediatori culturali e di interpreti. Ulteriori disposizioni mirano invece a considerare e accogliere gli specifici bisogni e i diritti delle donne detenute. La riforma, inoltre, integra le disposizioni dell'ordinamento penitenziario con la finalità di garantire il rispetto della dignità umana e la migliore conformità possibile della vita penitenziaria a quella esterna. Vanno in questa direzione le previsioni sull'ampliamento delle ore minime che i detenuti possono trascorrere all'aperto, la richiesta di prossimità tra l'istituto penitenziario e la famiglia del recluso, le specifiche tutele per i reclusi esposti a minaccia di soprusi a causa del proprio orientamento sessuale o della propria identità di genere, nonché l'ampliamento dei diritti di informazione e comunicazione.

Di notevole interesse, nell'ottica di una più piena tutela dei soggetti più deboli, tra i quali vanno senza alcun dubbio annoverati anche i detenuti minorenni, sono le disposizioni circa l'intervento educativo e l'organizzazione degli istituti penitenziari minorili.

Oltre a prevedere e a disciplinare le cosiddette misure penali di comunità, dove per tali devono intendersi quelle misure che si pongono come alternative alla detenzione e che si qualificano per essere destinate ai condannati minorenni e giovani adulti (si tratta di istituti come l'affidamento in prova al servizio sociale, l'affidamento in prova con detenzione domiciliare, la detenzione domiciliare, la semilibertà e l'affidamento in prova terapeutico), la riforma detta inoltre disposizioni circa l'intervento educativo e l'organizzazione degli istituti penitenziari per i minorenni, con particolare riferimento a:

- caratteristiche delle camere di pernottamento;
- ore di permanenza all'aperto (almeno 4 ore al giorno);
- formazione professionale.
- tutela dell'affettività dei minori reclusi (colloqui mensili, colloqui telefonici, supporto psicologico, visite prolungate con familiari);
- regole di comportamento all'interno degli istituti penitenziari minorili, alla sorveglianza dinamica e alle forme di custodia attenuata;
- fase di dimissione del detenuto minorenne.

Conclusioni

È auspicabile che il sistema qui sopra delineato trovi una concreta e rapida attuazione, ponendo finalmente un efficace argine all'insorgere di situazioni di crisi, che troppo spesso deflagrano in episodi tragici che potrebbero essere evitati o contenuti attraverso un coerente e progressivo sforzo di riduzione del *gap* esistente tra il funzionamento del sistema detentivo delineato sulla carta e quello realmente esistente.

Il raggiungimento di questi obiettivi presuppone necessariamente adeguati investimenti sia sotto il profilo dell'adeguamento strutturale sia, soprattutto, sotto l'aspetto delle competenze professionali del personale, non solo sanitario, che opera all'interno degli istituti di pena e le cui capacità comunicativo-relazionali dovrebbero formare oggetto di una continua attività di formazione e aggiornamento.

Bibliografia

1. Italia. Legge 12 agosto 1993, n. 296 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 giugno 1993, n. 187, recante nuove misure in materia di trattamento penitenziario, nonche' sull'espulsione dei cittadini stranieri. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.188 del 12.8.1993.
2. Italia. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.165 del 16.7.1999 - Suppl. Ordinario n. 132.
3. Italia. DPR 30 giugno 2000, n. 230. Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della liberta. *Gazzetta Ufficiale* n.195 del 22.8.2000 - Suppl. Ordinario n. 131.
4. Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee adottata dal Consiglio dei Ministri l'11 gennaio 2006
5. Italia. Legge 26 luglio 1975, n. 354. Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della liberta. *Gazzetta Ufficiale* n. 212, 9.8.1975, S.O.
6. Italia. Decreto legislativo 2 ottobre 2018, n. 121. Disciplina dell'esecuzione delle pene nei confronti dei condannati minorenni, in attuazione della delega di cui all'articolo 1, commi 81, 83 e 85, lettera p), della legge 23 giugno 2017, n. 103. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 250 del 26.10.2018 - Suppl. Ordinario n. 50.
7. Italia. Decreto legislativo 2 ottobre 2018, n. 123. Riforma dell'ordinamento penitenziario, in attuazione della delega di cui all'articolo 1, commi 82, 83 e 85, lettere a), d), i), l), m), o), r), t) e u), della legge 23 giugno 2017, n. 103. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 250 del 26.10.2018 - Suppl. Ordinario n. 50
8. Italia. Decreto legislativo 2 ottobre 2018, n. 124. Riforma dell'ordinamento penitenziario in materia di vita detentiva e lavoro penitenziario, in attuazione della delega di cui all'articolo 1, commi 82, 83 e 85, lettere g), h) e r), della legge 23 giugno 2017, n. 103. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 250 del 26.10.2018 - Suppl. Ordinario n. 50.
9. United Nations - General Assembly. *Resolution 37/194. Principles of Medical Ethics. Distr. GENERAL 18 December 1982. (A/RES/37/194)*. New York: UN; 1982.
10. Italia. Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230. Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.165 del 16.7.1999 - Suppl. Ordinario n. 132

PROPOSTA DI UN MODELLO OPERATIVO PER UNA RELAZIONE PROFESSIONALE EFFICACE TRA OPERATORE SANITARIO E PERSONA DETENUTA MIRATA ALLA PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

Anna Maria Luzi, Anna Colucci

*Unità Operativa Ricerca Psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione,
Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie e immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione

Secondo le linee guida pubblicate dal Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (*European Centre for Disease prevention and Control, ECDC*) e dal Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA*), il periodo di detenzione all'interno di un istituto di pena può costituire un'importante opportunità per attivare interventi di promozione e di tutela della salute rivolti al singolo detenuto e all'intera comunità carceraria (1). Ciò è ancor più vero per quanto riguarda la prevenzione, la diagnosi e la cura di alcune patologie infettive per le quali un intervento sanitario precoce rappresenta un elemento focale per una gestione adeguata e un controllo efficace da attuare all'interno di un contesto caratterizzato da aspetti peculiari sul piano strutturale, ambientale, giuridico e clinico.

L'ambito carcerario costituisce, infatti, una comunità "confinata", un'istituzione totale, nella quale sono presenti soggetti diversi: detenuti, agenti di custodia, amministrativi, educatori, assistenti sociali, medici, infermieri, referenti delle forze dell'ordine, agenti di custodia e della magistratura, i quali si muovono in una realtà fondata su una struttura gerarchica, che deve assolutamente essere conosciuta nella sua complessità, nelle sue diverse sfaccettature e nella rigidità delle sue regole.

In un contesto dove il sovraffollamento e la carenza di personale non consentono di garantire condizioni di vita umane e dignitose, è fondamentale che il singolo detenuto mantenga o ritrovi la propria identità. La persona in stato di detenzione non va identificata con il reato che ha commesso o con la pena che gli è stata inflitta, bensì considerata una persona con la sua unica e irripetibile personalità, dotata di una dimensione fisica, psichica e sociale. Affinché ciò si verifichi è importante che l'operatore penitenziario e tra questi in particolare l'operatore sanitario possieda competenze tecnico-scientifiche e comunicativo relazionali mirate a creare con la persona detenuta un'interazione professionale efficace all'interno della quale possa sentirsi riconosciuta e finalizzata ad evitare quella sorta di depersonalizzazione e di destrutturazione del sé che talvolta colpisce il detenuto.

Il presente lavoro intende proporre una riflessione sull'importanza di una comunicazione professionale efficace nelle carceri, nonché illustrare e condividere l'applicazione di un Modello Operativo comunicativo-relazionale mirato a fornire agli operatori del settore una mappa concettuale di riferimento, un protocollo procedurale utile per gestire un'interazione adeguata in una realtà così singolare quale è quella penitenziaria, al fine di garantire la promozione e la tutela

della salute, del singolo detenuto e dell'intera collettività di reclusi, per quanto attiene in modo specifico l'area delle malattie infettive.

Comunicazione per una relazione professionale efficace in ambito penitenziario

La comunicazione è un processo molto complesso che coinvolge individui appartenenti a una medesima cultura o anche a culture differenti, i quali attraverso segni di varia natura stabiliscono una base per un comune intendimento. Si tratta di un processo di scambio di informazioni, emozioni, vissuti, saperi e influenzamenti reciproci che avvengono in un determinato contesto (2).

Gli esseri umani comunicano attraverso diversi canali:

- il verbale, che fa riferimento ai contenuti, alle parole, ai termini tecnici il cui utilizzo dovrebbe essere sempre fortemente limitato all'interno della relazione tra l'operatore sanitario e la persona detenuta;
- il paraverbale che si riferisce all'inflessione della voce, al tono, al timbro, al ritmo, e alla cadenza delle parole
- il non verbale, che include il movimento (cinesia) e la posizione del corpo, i gesti, l'espressione del viso, il silenzio, il pianto e ogni altra espressione non verbale di cui l'organismo sia capace, come pure i segni di comunicazione che inevitabilmente sono presenti nel contesto in cui ha luogo la comunicazione. Elementi questi che potrebbero sembrare secondari nella relazione professionale tra la persona detenuta e l'operatore sanitario, ma che di fatto nella quotidiana pratica delle carceri rappresentano chiavi di lettura indispensabili per comunicare salute.

Canali questi che non solo coesistono, ma sono reciprocamente complementari in ogni scambio comunicativo e consentono di trasmettere contenuti (il "cosa") e al contempo permettono di attribuire, attraverso il canale para verbale e quello non verbale, un significato determinato dal tipo di relazione esistente tra i partecipanti allo scambio comunicativo (il "come"). Attraverso il canale para verbale e non verbale vengono trasmesse le emozioni, gli stati d'animo, ma anche il tipo di rapporto gerarchico esistente tra i partecipanti allo scambio comunicativo (3).

Nell'istituzione carceraria il processo comunicativo e all'interno di questo l'ascolto assumono particolare rilevanza; infatti il rapporto tra operatore sanitario e persona detenuta è molto complesso in quanto fortemente influenzato da diversi fattori. La capacità da parte dell'operatore di impostare il rapporto con la persona detenuta in modo che si instauri una vera e propria "relazione di aiuto professionale", mantenendo costantemente aperta la comunicazione e l'interazione, rappresenta il cardine fondamentale per ottenere risultati efficaci. In questa prospettiva la comunicazione risulta essere un processo complesso in cui entrano in gioco una molteplicità di fattori individuali e di contesto che influenzano la relazione e attivano reazioni di tipo emozionale in base alla personalità di ogni singolo individuo coinvolto nell'interazione e alla problematica specifica oggetto del processo comunicativo.

Tra operatore sanitario impegnato in ambito carcerario e detenuto si instaura una relazione professionale, caratterizzata dall'interazione tra due "complesse dimensioni": da una parte vi è il professionista che ha le competenze per rispondere ai bisogni di salute e alle richieste dell'altro (persona detenuta) e che entra nella relazione non solo per il suo ruolo e le sue specifiche competenze, ma globalmente con la sua dimensione individuale e sociale oltre che con i suoi valori e modelli culturali; dall'altra parte vi è una persona che va considerata anch'essa

globalmente come portatrice di bisogni, richieste, problematiche che possono assumere un profilo diverso in relazione ai vissuti presenti e passati, al contesto familiare e sociale di appartenenza, al proprio sistema di valori in merito a cosa possa essere accettabile e cosa no, al più ampio quadro culturale di appartenenza o di provenienza come nel caso delle persone detenute straniere.

Ne consegue la necessità che l'operatore sanitario possa entrare in relazione con la persona detenuta comunicando su:

- un piano affettivo (sentimenti ed emozioni della persona);
- un piano cognitivo (modalità proprie della persona di acquisire conoscenze, affrontare i problemi, attuare soluzioni al momento accettabili e soddisfacenti);
- un piano comportamentale, tenendo conto del sistema familiare e sociale di appartenenza, quali ad esempio la presenza/assenza di una rete amicale di riferimento, la presenza/assenza di figli, gli assunti culturali relativamente a come venga collocato il comportamento deviante e la relativa conseguenza del riconoscimento del reato e della detenzione.

Proposta di un modello operativo comunicativo-relazionale da applicare nel contesto carcerario per la prevenzione delle malattie infettive

In questo paragrafo viene presentato un modello operativo comunicativo-relazione da utilizzare nell'interazione tra operatore sanitario e persona detenuta, affinché la relazione professionale non sia improvvisata ma strutturata secondo fasi ben definite, così come è stato sperimentato e implementato in altri settori (migranti, tossicodipendenti, donne vittime di violenza) (4).

I maggiori punti di forza del modello sono da ricercare nell'opportunità di applicare una metodologia standardizzata e, al contempo, rispondente alla specificità del contesto carcerario. Pertanto, nella relazione professionale con la persona-detenuta lo standard del rapporto operatore-persona può presentare enormi limitazioni. *In primis* le difficoltà che possono comportare un'assenza di comprensione dei reali bisogni sanitari del detenuto, favorendo il rischio di un ritardo diagnostico o addirittura di una mancata diagnosi.

Appare, quindi, evidente l'utilità di incrementare le competenze dell'operatore sanitario sul piano comunicativo-relazionale, nonché integrarle con quelle tecnico-scientifiche, al fine di favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle risposte fornite alla persona detenuta. In quest'ottica l'intervento dell'operatore sanitario svolto secondo procedure, azioni e fasi temporali collocate all'interno di un protocollo comunicativo-relazionale standardizzato, può costituire un elemento di base utile per favorire un approccio globale alla prevenzione delle malattie infettive.

Il modello operativo comunicativo-relazionale si articola in quattro fasi:

1. Accoglienza;
2. Proposta di eseguire eventuali accertamenti diagnostici;
3. Comunicazione della diagnosi e discussione della prognosi;
4. Opzioni di trattamento e continuità delle cure.

Ciascuna delle quali prevede specifiche procedure e azioni replicabili, ma al tempo stesso, adattabili ogni volta alla singola persona, alla sua storia, alla sua specifica situazione e all'intervento sanitario richiesto.

Nel Riquadro 1 sono riportate le quattro fasi del modello operativo comunicativo-relazionale.

RIQUADRO 1. Fasi del modello operativo comunicativo-relazionale*da applicare nel contesto carcerario per la prevenzione delle malattie infettive***1. Accoglienza**

- Preparare il setting interno (autoconsapevolezza dell'operatore) ed esterno, considerando la peculiarità del contesto carcerario che rischia di incidere fortemente sulla gestione dei processi di prevenzione, diagnosi e cura della persona reclusa (porre attenzione all'ambiente fisico, alla presenza /coinvolgimento degli altri componenti dell'equipe e del personale di custodia, considerare norme e regolamenti, eventualmente proporre la presenza di un mediatore linguistico-culturale nel caso si tratti di persone detenute non italiane)
- Accogliere e ascoltare attivamente in modo empatico (comprensione e accettazione incondizionata dell'altro senza confondersi con l'altro, evitando atteggiamenti giudicanti e di pregiudizio, ricordando che l'altro è una "persona", anche se in quel momento vive in uno stato di detenzione)
- Focalizzare il problema
- Individuare e condividere un obiettivo
- Proporre, se necessario, l'accertamento diagnostico, spiegando a cosa servano gli esami indicati e le possibili implicazioni di questo
- Fornire il consenso informato (in modo che la persona detenuta comprenda ed eventualmente firmi)
- Fornire indicazioni/informazioni utili a modificare eventuali comportamenti a rischio per la propria e per l'altrui salute
- Accordarsi per l'esecuzione dei test
- Rendersi disponibili per ulteriori incontri compatibilmente con la normativa e l'organizzazione carceraria
- Salutare adeguatamente (non interrompere in modo brusco o frettoloso il colloquio).

2. Accertamento diagnostico

- Preparare il setting interno ed esterno (vedere Fase 1 - Accoglienza)
- Accogliere e ascoltare attivamente
- Fornire chiarimenti sull'accertamento diagnostico che si sta andando ad eseguire
- Comprendere cosa la persona sappia della/e specifiche patologie per le quali viene raccomandato/indicato un esame diagnostico
- Proporre il consenso informato (in modo che la persona comprenda ed eventualmente firmi)
- Eseguire l'accertamento diagnostico
- Preparare la persona al risultato dell'accertamento diagnostico e alle implicazioni che un esito positivo potrebbe rappresentare in un contesto carcerario
- Concordare i tempi per la consegna del risultato dell'accertamento
- Fornire supporto emotivo
- Rendersi disponibili per ulteriori incontri compatibilmente con la normativa e l'organizzazione carceraria
- Salutare adeguatamente (non interrompere in modo brusco o frettoloso il colloquio).

3. Comunicazione della diagnosi e discussione della prognosi

- Preparare il setting interno ed esterno (vedere Fase 1 - Accoglienza)
- Accogliere e ascoltare attivamente
- Comunicare immediatamente il risultato dell'accertamento diagnostico, senza tergiversare, in un linguaggio semplice e non tecnicistico
- Accettare e contenere le emozioni (qualsiasi sia la modalità comunicativa utilizzata)
- Fornire informazioni adeguate sulla malattia, sulle eventuali modalità di contagio se si tratta di una malattia infettiva, sulla profilassi (definire per ciascuna patologia azioni specifiche) e sulla terapia
- Affrontare le implicazioni del risultato diagnostico nel presente e in futuro (prendendo in considerazione la gestione di un'eventuale malattia in carcere, laddove lo stigma legato ad alcune infezioni potrebbe rappresentare un ulteriore elemento di criticità per la persona detenuta)
- Fornire un intervento di prevenzione in funzione dell'esito dell'esame diagnostico (esito positivo, esito negativo, esito indeterminato)
- Verificare ciò che la persona abbia compreso circa il risultato dell'esame diagnostico e il piano terapeutico
- Informare sulla disponibilità della cura anche all'interno del carcere e delle procedure di profilassi nel caso queste siano necessarie

- Valutare le informazioni che la persona è in grado di recepire
- Fornire supporto emotivo
- Predisporre e facilitare l'invio della la persona alla struttura sanitaria specifica e più appropriata qualora in carcere non ci sia la disponibilità di un presidio adeguato
- Predisporre una breve relazione sullo stato clinico della persona detenuta nel caso che questa debba essere inviata ad una struttura sanitaria esterna
- Fornire la possibilità di usufruire di un piano di assistenza, che possa accompagnare la persona detenuta anche nel caso di trasferimenti da una struttura carceraria all'altra o in caso di dimissioni dal carcere
- Valutare la questione della privacy
- Salutare adeguatamente (non interrompere in modo brusco o frettoloso il colloquio).

4. Opzioni di trattamento e continuità delle cure

- Preparare il setting interno ed esterno (vedere Fase 1 - Accoglienza)
 - Accogliere e ascoltare attivamente
 - Proporre il piano terapeutico
 - Porre attenzione alla concordanza del piano terapeutico (condivisione del piano terapeutico - implementazione dell'empowerment della persona e coinvolgimento nel processo decisionale) per far sì che la persona aderisca consapevolmente al trattamento farmacologico, assumendo un ruolo attivo nel farsi carico della propria salute. Infatti, per un'adeguata aderenza alla terapia è importante puntare sulla concordanza della persona relativamente al piano terapeutico restituendole consapevolezza, responsabilità e capacità decisionale
 - Valutare le modalità più appropriate per la somministrazione della terapia farmacologica, garantendo il rispetto della privacy
 - Favorire la continuità delle cure anche in caso di trasferimento della persona detenuta in altre strutture carcerarie o in caso di dimissione dal carcere
 - Salutare adeguatamente (non interrompere in modo brusco o frettoloso il colloquio).
- In questa percorso risulta quanto mai prioritario:
- Lavorare in equipe attraverso il coinvolgimento continuo delle diverse figure professionali e del personale di custodia
 - Lavorare in rete con strutture socio-sanitarie governative e non, coinvolte nel sistema carcerario
 - Attivare protocolli e percorsi di salute basati sul rispetto della privacy.

Abilità e tecniche comunicative

Affinché l'operatore sanitario impegnato nella struttura carceraria accolga la persona detenuta e instauri un'interazione efficace, è fondamentale e prioritario che sia in grado di entrare in contatto con sé stesso, sia pienamente consapevole del raggio di azione e dei limiti del proprio ruolo, conosca a fondo il proprio setting interno (valori, pregiudizi, motivazioni, schemi di riferimento culturali, vissuti personali, emozioni) e, soprattutto, sappia distinguere il proprio sé da quello dell'altro, attraverso una continua azione di auto-osservazione e di auto-monitoraggio di quanto avviene nella relazione. Contestualmente, è necessario che l'operatore sanitario sia consapevole del linguaggio para verbale e non verbale, particolarmente importante in questo contesto, che consente di trasmettere, ai vari soggetti coinvolti nella relazione professionale, il peso e il significato da attribuire a quanto esplicitato a livello verbale.

Alla luce di tutto diventa prioritario per l'operatore sanitario acquisire abilità e tecniche comunicativo-relazionali quali:

– *Autoconsapevolezza*

L'autoconsapevolezza permette all'operatore di definire, di volta in volta, il setting interno e quello esterno connotato da una precisa dimensione spazio- temporale. Il setting interno fa riferimento alla capacità dell'operatore di aprirsi all'ascolto dell'altro, dedicando alla persona-utente un tempo e uno spazio mentale dove le interferenze presenti nel contesto

carcerario possano essere tenute sotto controllo. Nel carcere, infatti, il setting esterno risulta essere fluido e con confini spaziali poco chiari, pertanto, la consapevolezza dell'operatore di dover definire il proprio setting interno assume una rilevanza cruciale nell'instaurare una relazione costruttiva con la persona detenuta.

L'autoconsapevolezza dell'operatore sanitario facilita l'instaurarsi di una relazione con la persona detenuta, all'interno della quale ogni "rumore" esterno possa essere tenuto sotto controllo, in cui si instauri un clima accogliente, sicuro, rispettoso della persona, scevro da qualsiasi giudizio e pregiudizio.

– *Empatia*

L'empatia, che consente di seguire, afferrare, comprendere il più pienamente possibile l'esperienza soggettiva della persona detenuta, ponendosi dal suo stesso punto di vista "come se" fosse il proprio, ma con la consapevolezza che appartenga al mondo dell'altro. Si tratta, infatti, di saper entrare nello schema di riferimento della persona detenuta, nel suo "mondo", al fine di comprenderne pienamente pensieri e intenzioni, di cogliere la situazione che sta vivendo dalla sua prospettiva (empatia cognitiva), condividendo al tempo stesso l'esperienza emotiva dell'altro (empatia emotiva), ma essendo ben consapevole che non è il proprio modo di pensare e di provare emozioni. L'operatore empatico non può e non deve confondersi con l'altro, in quanto, se ciò avvenisse, non sarebbe più in grado di aiutarlo e di sostenerlo nel processo di cambiamento e di fornire, pertanto, risposte appropriate alle sue richieste.

– *Ascolto attivo*

L'ascolto attivo si basa sull'empatia e sull'accettazione incondizionata dell'altro e consente l'attivazione di un rapporto professionale positivo e di un clima relazionale non giudicante. Saper ascoltare permette di cogliere il contenuto della comunicazione nelle sue tre componenti: verbale, para verbale, non verbale.

L'operatore sanitario ponendosi in un atteggiamento di ascolto attivo mostra un autentico interesse nei riguardi della persona detenuta e ciò costituisce l'opportunità di sentirsi compresa e di poter riportare i propri bisogni di salute senza il timore di essere giudicata. Per l'operatore sanitario saper ascoltare in modo empatico si traduce in una maggiore possibilità di stabilire con l'altro un'alleanza terapeutica efficace.

Nell'ascolto attivo entrano in gioco contemporaneamente diversi piani in quanto attraverso questa abilità l'operatore ascolta i contenuti (comunicazione verbale) e la relativa connotazione emotiva (comunicazione para verbale e non verbale) con la quale questi vengono espressi. Al contempo, l'operatore sanitario ascolta sé stesso, i propri vissuti, il proprio sistema culturale e valoriale, cercando di fare in modo che non interferisca nella relazione. Per ascoltare attivamente la persona detenuta, l'operatore può fare riferimento al metodo del rispecchiamento empatico o della restituzione che si avvale di alcune tecniche, quali: riformulazione, delucidazione, capacità di indagine, messaggi in prima persona:

- La *riformulazione* consiste nel ripetere e nel restituire alla persona detenuta ciò che ha detto, utilizzando gli stessi termini senza aggiungere nessun altro contenuto. In questo modo l'operatore verifica di aver ben compreso quanto raccontato dal detenuto, contemporaneamente questo sente di essere stato ascoltato ed è disponibile a proseguire nel racconto mostrandosi più collaborativo.
- La *delucidazione* consiste nel cogliere e nel restituire all'altro le emozioni emerse durante il colloquio; la tecnica è utile per agevolare la comprensione del vissuto emotivo della persona detenuta, che emerge dal para verbale e dal non verbale, in quanto l'operatore sottolinea i sentimenti che accompagnano il contenuto verbale e

attribuisce loro un valore finalizzato a rendere la relazione professionale realmente costruttiva.

- La *capacità di indagine* è una tecnica comunicativa che consente all'operatore di porre domande appropriate (domande aperte, chiuse, ipotetiche) in funzione della specifica fase del colloquio con la persona. Le domande aperte, utili nella fase iniziale della relazione, lasciano ampia possibilità di risposta, tendono ad approfondire la relazione e stimolano l'esposizione di opinioni e pensieri.
- I *messaggi in prima persona* permettono all'operatore sanitario di favorire una distinzione tra ciò che pensa, ritiene, percepisce e ciò che invece appartiene all'altro con problematiche legate alla sua salute.

In ultima analisi l'applicazione efficace di un Modello di riferimento comunicativo-relazionale necessita di operatori sanitari formati e costantemente aggiornati, in grado di favorire non solo l'attivazione di un clima di apertura e di disponibilità nei riguardi della persona detenuta, ma anche di acquisire una strategia mirata a proteggere la propria qualità di vita personale e professionale al fine di prevenire il burn out, patologia professionale caratterizzata da *esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale*, che colpisce prevalentemente gli operatori sanitari impegnati in interventi di aiuto in aree particolarmente critiche.

Conclusioni

Il diritto alla salute per la persona detenuta rappresenta il primo dei diritti dai quali scaturiscono tutti gli altri in quanto comprende non solo la necessità di curare il recluso con una patologia in atto o che si ammali durante la detenzione, ma anche di attivare interventi di promozione e tutela della salute al fine di garantire una vita dignitosa, sia durante la detenzione sia durante la fase del reinserimento nella società. In tale prospettiva risulta indispensabile che l'operatore sanitario si appropri e utilizzi procedure operative comunicativo-relazionale standardizzate, con l'obiettivo di rispondere in modo puntuale ed efficace ai bisogni di salute di una popolazione, la quale a causa della mancanza di libertà e delle criticità presenti all'interno dell'ambiente carcerario, ha un patrimonio di salute estremamente vulnerabile. Per la realizzazione di quanto sopra esplicitato emerge la necessità di predisporre e organizzare a livello nazionale e locale specifici percorsi di formazione rivolti al personale sanitario e di custodia del carcere, all'interno dei quali affrontare tematiche riguardanti gli aspetti tecnico-scientifici specifici dei diversi ruoli, nonché tematiche riguardanti conoscenze e competenze comunicativo-relazionali. Solo così, infatti, gli operatori, consapevoli del proprio ruolo e costantemente aggiornati saranno facilitati nell'attivare relazioni professionali personalizzate e strutturate in modo efficace.

Bibliografia

1. European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*. Stockholm: ECDC; 2011.
2. Watslawick P, Beavin R, Jackson J. *Pragmatica della comunicazione umana*. Torino: Boringhieri; 1976.
3. De Mei B, Luzi AM. *Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale. Dossier GUADAGNARE SALUTE*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012-2015.
4. Luzi AM, Suligoj B (Ed.). Nuove Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze nei Servizi per le Dipendenze. *Not Is Super Sanità* 2017(Suppl.1);2(30).

CONTESTI CONFINATI E COMPORTAMENTO: IL CONTRIBUTO DELL'ETOLOGIA E DELLE NEUROSCIENZE

Giovanni Laviola, Augusto Vitale

*Centro di Riferimento per le Scienze comportamentali e la Salute mentale, Istituto Superiore di Sanità,
Roma*

Introduzione

Un principio ben delineato nella teoria dell'evoluzione, formulata da Charles Darwin nel 1959 nell' "Origine delle Specie", descrive la differenziazione e la continuità delle forme viventi, comunque sulla base di una origine comune, che prevede quindi la conservazione nel tempo di caratteristiche comuni a specie diverse. Questo principio è alla base del razionale che ci consente attualmente di studiare, mediante l'utilizzo di appropriati modelli animali, i meccanismi e i processi biologici che sottostanno alla fisiologia e al comportamento della nostra stessa specie. Dal momento della pubblicazione dell' "Origine delle specie", l'uomo è Homo sapiens, un animale tra le tante altre forme viventi del pianeta, un primate tra le scimmie a lui fileticamente più prossime, e che condivide con gli altri esseri viventi, specialmente i mammiferi tra i vertebrati, una serie di caratteristiche anatomiche, fisiologiche e comportamentali.

Sulla base di questo assunto, come già accennato, la ricerca di laboratorio utilizza e studia gli animali come modelli. Questi ultimi rappresentano condizioni sperimentali che utilizziamo come simulazione al fine di caratterizzare i processi biologici di base e i comportamenti. È possibile studiare in questo modo processi patologici spontanei o indotti sperimentalmente, tali da mimare e approssimare, per quanto possibile, i quadri patologici che colpiscono gli individui della nostra specie. L'idea è che, sfruttando le somiglianze evolutive tra l'essere umano e le altre specie, sia in ultima analisi possibile ottenere informazioni e conoscenze, da utilizzare per contribuire a un miglioramento della nostra salute. È importante menzionare qui che l'uso degli animali in sperimentazione è strettamente regolato da una Direttiva europea (1) e dal corrispondente decreto legislativo italiano (2).

In questo contributo offriremo alcune riflessioni derivanti dalla nostra esperienza nello studio del comportamento animale sia in condizioni naturali che nell'ambiente standardizzato e confinato del laboratorio. Un particolare riferimento verrà indirizzato agli studi in specie animali utilizzate nella ricerca etologica, biomedica e tossicologica. In una prospettiva evuzionistica, il nostro fine è quello di offrire un quadro di informazioni di riferimento e di possibile riflessione per coloro che per vari motivi si vengano ad occupare della gestione della qualità della vita in condizioni di ambiente confinato.

Necessità etologiche

Tutti gli animali, esseri umani compresi, presentano una serie di necessità che devono essere soddisfatte per permettere innanzitutto la sopravvivenza e garantire un livello di benessere adeguato. In generale, tutti gli esseri viventi devono procurarsi cibo, evitare i predatori e adattarsi alle variazioni ambientali. Si può parlare di "necessità etologiche" (l'etologia è la disciplina che

studia il comportamento animale) quando queste necessità vengono soddisfatte tramite la messa in atto di particolari comportamenti. Questi tratti comportamentali si sono selezionati per poter meglio rispondere alle sollecitazioni ambientali, attraverso l'evoluzione, quindi in un contesto di ambito naturale, sia a livello specie-specifico che a livello del singolo individuo. Inoltre, in parallelo con la diversificazione delle capacità cognitive, alcune particolari specie animali hanno sviluppato, nel corso dell'evoluzione, una capacità di affrontare le sfide ambientali in maniera più variegata e particolarmente plastica. Tale acquisizione di capacità si accompagna però con la necessità di interagire con un ambiente ricco di stimoli, per poter sostenere con l'esercizio la curiosità e porsi continuamente degli obiettivi da raggiungere (3). Questo è il caso, per esempio, dei primati, inclusa la specie umana, caratterizzati da sofisticate capacità cognitive e una estrema complessità del mondo sociale nel quale queste specie si sono evolute. Ciò implica la necessità di raggiungere e mantenere uno stato di benessere psicologico adeguato (al di là dei semplici bisogni fisiologici o delle necessità comportamentali più elementari) (4, 5).

Si è maturata nel corso degli ultimi decenni una consapevolezza nel mondo della ricerca più prettamente etologica riguardo al caso degli animali utilizzati in sperimentazione, in particolare, per quanto riguarda le condizioni ambientali in laboratorio. Mentre queste da un lato rispondono alla necessità di un controllo stretto anche ai fini di ottimizzare e mantenere i costi ridotti, dall'altro possono risultare in quanto altamente standardizzati, lontano da un contesto di natura. È importante ricordare, che gli organismi animali attualmente presenti sono il risultato di un dialogo continuo, cioè uno scambio di informazioni e selezione, tra la genetica e l'ambiente naturale. Se quindi le condizioni di allevamento diventano molto standardizzate, in quanto a dimensioni e organizzazione spaziale e funzionale delle strutture, con ritmi di illuminazione o di buio, qualità e quantità del cibo mantenuti strettamente regolati e costanti, allora la possibilità di accedere ad attività motorie o sociali che rispettino la storia evolutiva della specie, appare di conseguenza strettamente limitata. In queste condizioni quindi il livello di benessere può risultare notevolmente compromesso.

Benessere e cattività: gli arricchimenti ambientali e l'approccio etologico

Un interessante punto di vista sull'importanza di garantire un adeguato livello di benessere psico-fisico agli animali in cattività verte su come interpretare il concetto di benessere. Nella letteratura recente su questo tema, sempre più si intende benessere non più solo come un'assenza di malessere, ma come la possibilità di intervenire attivamente per migliorare lo stato di benessere di un individuo.

In generale, specialmente per quanto riguarda i mammiferi e i primati in particolare, un ambiente di cattività adeguato dovrebbe presentare una serie di caratteristiche, tra le quali: la possibilità di sentirsi sicuri e protetti; una appropriata complessità fisico-spaziale; la possibilità di avere un buon grado di controllo sull'ambiente; la possibilità di poter perseguire degli obiettivi e infine di raggiungere dei risultati, e un appropriato contesto sociale (6). Uno dei modi per venire incontro a queste necessità è l'uso degli arricchimenti ambientali, mediante per esempio l'introduzione di oggetti manipolabili o l'accesso a partner sociali. Lo scopo di tali arricchimenti è quello di stimolare la manifestazione di comportamenti che sono invece fortemente limitati e penalizzati dalla vita in cattività, in modo da avvicinarsi il più possibile a un repertorio di comportamenti che è il risultato dell'evoluzione per quella specie.

In una situazione cosiddetta di natura, un individuo è quindi generalmente in grado di soddisfare le proprie "necessità etologiche" e ciò, in generale, corrisponde a un buon stato di

benessere. Per esempio in natura, i macachi trascorrono molto del loro tempo a cercare, manipolare e consumare il cibo. In condizioni di cattività (anche se ora le condizioni sono molto migliorate), in genere il cibo arriva sempre alla stessa ora, già tagliato e preparato per essere consumato. Quindi ne segue che il tempo dedicato alle attività naturali di foraggiamento è notevolmente penalizzato e viene data meno, o preclusa del tutto, la possibilità per l'individuo di mettere in atto comportamenti "naturali". È stato dimostrato che, qualora venga data la possibilità di scelta, i macachi preferiscono lavorare per ottenere cibo (es. cercare il cibo scavando tra la segatura) che invece nutrirsi semplicemente e senza sforzo direttamente dai distributori di cibo (7).

Quindi, in condizioni di arricchimento, l'ambiente fisico offre maggiori possibilità di manipolazione e controllo da parte del soggetto sperimentale e in quanto tale, risulta probabilmente più vicino alle condizioni naturali. In tale modo, viene favorita quindi anche una espressione più ricca (meno stereotipata) delle differenti componenti del repertorio comportamentale tipico della specie. A questo proposito, uno studio condotto su cavie di laboratorio allevate in ambiente arricchito, ha mostrato come comportamenti ritenuti indici di stati ansiosi, che vengono normalmente esibiti se in presenza di un predatore (in questo caso il collare impregnato dell'odore di un gatto) vengano espressi a livelli significativamente ridotti da parte di questi soggetti, rispetto alla condizione cosiddetta di controllo. Tale studio dimostra che il profilo emozionale e la reattività a stimoli potenzialmente avversi e ansiogeni sono, negli animali da esperimento, ampiamente modulabili mediante modifiche anche semplici nelle caratteristiche dell'ambiente di vita quotidiana (8).

Cattività e comportamento

Durante il corso dello sviluppo ontogenetico, il cervello dei mammiferi assume man mano la sua struttura e funzione attraverso il susseguirsi di una serie di programmi complessi iscritti nei geni. Questi ultimi assicurano che le diverse tipologie di cellule e le numerose aree nervose trovino il proprio posto e connessioni finali, per la maggior parte, già al momento della nascita. È la interazione continua tra il programma genetico e l'ambiente ad assicurare che gli stimoli derivanti da quest'ultimo (sensoriali, motori, cognitivi, ecc.) possano esercitare un ruolo chiave nel rifinire i circuiti nervosi, al livello più sottile.

Sappiamo ormai molto su come i fattori genetici, e eventualmente l'azione di specifici agenti biochimici e farmacologici, siano capaci di modulare finemente la funzione cerebrale. Mentre invece, non è stata posta altrettanta attenzione al ruolo dell'ambiente, in questo senso. Le indagini epidemiologiche condotte ad esempio in ambito clinico neurologico e psichiatrico ci hanno consentito notevoli avanzamenti nelle conoscenze riguardo il contributo, anche congiunto, operato dalle variabili genetiche e ambientali. Questi studi tuttavia, dovendo considerare un numero molto elevato di fattori ambientali, riconoscono una certa limitazione nella capacità di identificare, soprattutto nel campo dei disordini neurologici e mentali, il ruolo di singoli fattori eziologici. A questo proposito invece, la disponibilità di appropriati e validati modelli animali, che permettono di tenere sotto stretto controllo la maggior parte delle variabili coinvolte, è risultata cruciale: i) nell'identificazione dei processi fisiologici e i meccanismi molecolari coinvolti, e ii) il ruolo delle modulazioni ad opera dell'ambiente.

Il sistema nervoso, in quanto intrinsecamente caratterizzato da una elevata plasticità, risulta di conseguenza anche particolarmente vulnerabile ai cambiamenti dell'ambiente esterno all'organismo. Osservazioni condotte su modelli animali suggeriscono, con una certa consistenza, come determinati eventi ambientali, quali condizioni di forte stress psicosociale possano indurre deviazioni significative nel comportamento di un individuo, interferendo con le componenti

emozionali e attenzionali alla base ad. es. dei processi cognitivi. Le evidenze acquisite grazie agli studi delle neuroscienze indicano come un monitoraggio regolare delle caratteristiche dell'ambiente di vita di un individuo e dello stato di benessere psicofisico di quest'ultimo, possano aprire la strada a possibilità di intervento, di supporto e di stimolo, facendo leva ad esempio sul potenziale di riserva fisiologico (incluso quello di recupero) di ciascun individuo.

Rientra nell'ambito di questi studi l'attenzione a introdurre modifiche delle condizioni dell'ambiente di vita quotidiana, al fine di cercare di alleviare o contrastare eventuali condizioni patologiche, di origine sia genetica o ambientale. Una letteratura internazionale ormai consolidata indica come un'adeguata stimolazione sensori-motoria e sociale, sia in grado di esercitare un'influenza positiva importante, tale da poter rappresentare un'utile strategia terapeutica nel caso di animali sperimentali con deficit cognitivo-comportamentali e con disturbi neurologico-funzionali. Adeguati arricchimenti ambientali possono costituire fonte di tale stimolazione (9).

Un altro esempio interessante è quello dei comportamenti stereotipati. Infatti, il manifestarsi di comportamenti stereotipati è un indice validato di una situazione ambientale problematica per lo stato di benessere di un particolare individuo. La stereotipia comportamentale può essere intesa come una sequenza comportamentale ripetitiva e invariata, che non sembra avere alcuno scopo o funzione apparente (10). Tale fenomeno comportamentale si osserva quando una qualche caratteristica ambientale previene il manifestarsi di un comportamento tipicamente specie-specifico. Negli zoo si può osservare ad esempio il classico andirivieni di mammiferi predatori lungo un percorso che viene ripetuto senza sosta. La ragione di questa stereotipia è da individuarsi nel fatto che a questi animali non viene permesso percorrere lunghe distanze con la necessaria libertà di movimento, una esigenza etologica tipica dello stile di caccia di tali specie. Quindi, essenzialmente, l'animale viene privato della possibilità di manifestare un comportamento che è nella sua natura, cioè frutto di un lungo processo evolutivo.

L'uso di arricchimenti ambientali è forse il modo più diffuso per affrontare una stereotipia comportamentale. L'importante è fornire al soggetto animale l'opportunità di mettere in atto un comportamento preferito e alternativo rispetto alla stereotipia, ridurre la motivazione che porta alla stereotipia e aumentare la possibilità di controllo dell'animale sull'ambiente (es. consentendo di non essere sempre in vista a conspecifici, personale tecnico o visitatori). Ciò che è importante è offrire all'animale nuove e diversificate opportunità comportamentali (10). Bisogna anche considerare che per alcuni casi o individui l'introduzione di un arricchimento potrebbe rappresentare invece un elemento di imprevedibilità, con conseguente aumento di stress e disagio psicologico (11).

Nel caso poi di animali che presentino profili severi di comportamento anormale, l'introduzione di arricchimento deve essere accompagnata da una particolare attenzione. Per esempio, macachi adulti che siano stati tenuti per anni in isolamento, possono apparire particolarmente suscettibili a sviluppare anomalie comportamentali, quali il cingersi con le proprie braccia ("huddling"), l'oscillare ritmicamente il corpo ("rocking") e afferrarsi gli arti con veemenza ("self-clasping"). In questi casi, l'introduzione nella stesso alloggiamento, di individui più giovani può rivelarsi particolarmente efficace. La caratteristica dei giovani è di esprimersi in genere con una maggiore "leggerezza, goffaggine e novità" dei comportamenti, che si associano generalmente alla assenza di esibizioni di minaccia e messa in discussione di eventuali stati di dominanza. Questo consente di inibire attivamente eventuali atti aggressivi e evitare i conflitti che si avrebbero invece tra due soggetti adulti. Tale strategia può avere come conseguenza la riduzione significativa dei comportamenti anormali, anche se tale approccio necessita di cautele particolari e di tempi spesso molto lunghi (12, 13). La lunghezza, apparentemente notevole e eccessiva, di tale "trattamento" in alcuni casi è legata al fatto che alcune stereotipie comportamentali sono il risultato di adattamenti biologici a livello del sistema nervoso centrale, che come tali sono complessi da modificare. Questa è la ragione per cui una stereotipia

comportamentale deve essere affrontata il prima possibile, senza che si arrivi a un punto di difficile ritorno.

Nel caso dei carnivori, è stato visto come l'introduzione di una fossa piena di sabbia che copriva pezzi di carne nascosti impedendone l'accesso immediato, aveva l'effetto di aumentare la diversità dei comportamenti espressi e diminuire l'espressione di stereotipie in un gruppo di licaoni (*Lycaon pictus*) ospitati in uno zoo (14). In effetti, in presenza di questo arricchimento gli animali mostravano una serie di comportamenti di ricerca del cibo tipici di una situazione naturale, e che un ambiente povero di complessità e quindi di stimoli aveva invece penalizzato. Lo stesso risultato è ottenuto introducendo arricchimenti che stimolano la ricerca di cibo in un gruppo di volpi (*Vulpes vulpes*) in cattività (15).

Punto di vista delle neuroscienze

Modifiche in parametri biochimici, fisiologici e comportamentali rappresentano adattamenti, spesso conseguenza dell'ambiente di vita di un individuo. Le caratteristiche dell'ambiente consistono di una componente fisica (es. le dimensioni della struttura di alloggiamento e gli eventuali oggetti in esso presenti), della componente sensoriale e di quella legata a disponibilità e caratteristiche del nutrimento, della componente psicologica (es. la possibilità di un certo tipo di controllo sugli eventi e la loro predicibilità), e una componente sociale (es. interazione con altri individui della stessa o di una specie differente, es. lo sperimentatore; la presenza di una struttura gerarchica, e lo stato sociale). Tutti questi fattori possono essere suscettibili di controllo e modulazione quantitativa e qualitativa (16).

È utile notare come in alcuni paradigmi sperimentali, tramite l'induzione di strategie di stimolazione sensori-motoria mediate dall'uso di arricchimenti ambientali venga favorita la plasticità di diversi sistemi fisiologici, inclusi quelli di compensazione e di recupero funzionale a livello del sistema nervoso centrale (9). Tali condizioni stimolerebbero la plasticità neuro-comportamentale mediante anche l'instaurarsi di un più elevato stato di vigilanza e di reattività agli stimoli. Come già detto, questa capacità fa capo alle connaturate motivazione e curiosità dei mammiferi verso gli stimoli presenti nell'ambiente. In studi di neuroscienze, cavie da laboratorio che presentano specifici deficit funzionali a livello cerebrale, esibiscono gradi importanti di recupero, con un certo ripristino della ricchezza del repertorio comportamentale proprio della specie, qualora vengano alloggiate per un periodo consistente in condizioni di ambiente arricchito. Il ruolo (e le eventuali interazioni) tra i diversi fattori coinvolti è tuttora oggetto di analisi (17). Risulta evidente quindi che un certo grado di stimolazione sensori-motoria, viene garantita al soggetto sperimentale, semplicemente rispettando (o meglio "ripristinando") alcune basilari necessità etologiche e fisiologiche. Ad esempio, la sola presenza di una partizione nella sede di alloggiamento può contribuire, incrementando la complessità dell'ambiente fisico-spaziale, anche all'instaurarsi di relazioni sociali più complesse (e verosimilmente più vicine a quelle specie-specifiche). In tali condizioni, viene consentito al soggetto sperimentale di operare o meno una scelta nel grado di vicinanza fisica e di controllo visivo con gli altri individui presenti.

Ulteriori evidenze sperimentali ormai consolidate nella letteratura, indicano che la crescita in un ambiente cosiddetto arricchito si associa a modifiche e adattamenti morfo-funzionali importanti a livello cerebrale. Sono questi parametri neurobiologici, indice di una piena efficienza del sistema nervoso, che è associata a un aumento nella espressione di alcuni geni. Più in particolare, sono coinvolti i geni responsabili della codifica dei recettori per i glucocorticoidi (il sistema fisiologico della reattività all'ambiente e allo stress) e dei fattori di crescita dei neuroni, quali *Nerve Growth Factor* (NGF) e *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BDNF), nell'ippocampo. Quest'ultima è un'area cerebrale nota per il suo specifico coinvolgimento in

funzioni cognitive e di memoria. Più in generale, è stato riportato un incremento significativo dei processi di neurogenesi, cioè il processo di genesi, proliferazione, maturazione e consolidamento di nuove cellule a livello del sistema nervoso centrale. La neurogenesi, fino a un certo numero di anni fa, si riteneva limitata solamente allo stadio pre-e-post-natale precoce, cioè alle fasi di elevata plasticità. Evidenze sperimentali più recenti, ma ormai consolidate, hanno dimostrato la presenza di processi di neurogenesi nell'ippocampo, anche in soggetti ormai adulti. Questo processo è principalmente legato ai normali fenomeni di plasticità e rimodellamento delle sottili connessioni cerebrali, responsabili dei processi di apprendimento e memoria (18).

L'accentuata plasticità del sistema nervoso in risposta alla stimolazione ambientale si conserva in età avanzata. È possibile quindi intervenire anche mediante metodiche non farmacologiche, volte alla stimolazione dei naturali meccanismi di reazione e recupero dell'organismo al fine ad esempio di rallentare deficit comportamentali e cognitivi eventualmente legati a fenomeni neurodegenerativi, normalmente associati al processo di invecchiamento.

Cosa rivelano gli studi sull'arricchimento ambientale?

Gli effetti degli stimoli associati a un ambiente arricchito sono come abbiamo visto, generalmente di natura benefica, protettiva o in ogni caso hanno una connotazione positiva. C'è tuttavia da considerare anche la cosiddetta, "altra faccia della medaglia". Infatti, almeno per gli studi sui modelli animali, più che rappresentare un vero arricchimento, la messa a disposizione, di partner sociali e di oggetti di vario tipo e funzione (es. separatori, cassette, tunnel, palle e ruote per favorire l'esercizio motorio, ecc.), rappresenta una condizione che può apparire semplicemente "in aggiunta". Dovremmo invece riflettere sul fatto che questa strategia ha la funzione, in estrema analisi, di mimare (pur con le dovute limitazioni) la condizione normale di un organismo animale nel suo ambiente di natura (19, 20). È utile menzionare qui, per onore di verità, che la presenza di tali arricchimenti di base è ormai una pratica diffusa e risponde attualmente a precisi principi etici e normative internazionali che regolano l'utilizzo degli animali nella sperimentazione (Direttiva europea).

I risultati degli studi sugli effetti dei cosiddetti arricchimenti rappresentano una preziosa fonte di informazioni e conoscenze sulle capacità, intrinseche degli organismi animali, di rispondere e adattarsi alle condizioni dell'ambiente. Un grado elevato di plasticità del sistema nervoso centrale, una capacità di neurogenesi continua ed efficiente appaiono processi normalmente presenti e connaturati a un organismo che sia ben integrato nel suo ambiente. Tale evidenza ci viene indirettamente suggerita dagli studi delle neuroscienze ricordati recentemente. L'utilizzo di ambienti arricchiti rappresenta una metodica sperimentale molto potente che ci ha permesso di far emergere il potenziale di capacità adattative, e di compensazione, degli organismi animali. In qualche modo e con la dovuta cautela, questa strategia di intervento "ambientale" è stata ricondotta da alcuni agli effetti riportati nella clinica tramite l'adozione di stili di vita salutari, con specifica attenzione alla dieta e all'esercizio fisico, fino all'utilizzo delle terapie cognitivo-comportamentali e la psicoterapia. Questi studi nel loro complesso ci informano sulle conseguenze fisiologiche, e i meccanismi biologici che sostengono il ripristino di una condizione di vita "più ricca", e approssimabile per quanto possibile, a quella di natura, in organismi animali altrimenti alloggiati in condizioni standardizzate. Quest'ultime risultano per forza di cose in un ambiente comparabilmente impoverito (19). Indirettamente, questi studi suggeriscono inoltre che condizioni ambientali altamente standardizzate possono dare luogo a profili di scarso benessere, e all'emergere di conseguenti sintomi disfunzionali e maladattativi (20).

Conclusioni

Il concetto di salute è oggi riferito non più alla semplice assenza di malattia ma a una visione “olistica” della interazione funzionale tra componenti fisiologiche, psicologiche e sociali. L’enfasi si sta spostando dal trattamento alla prevenzione, ovvero agli effetti di promozione e di mantenimento della salute. La psicologia della salute studia i cosiddetti “health behaviours”, lo stile di vita, i comportamenti a rischio e le strategie di “coping”. Cioè quelle strategie di tipo cognitivo-comportamentali che l’organismo adotta al fine di esercitare un certo grado di controllo sugli eventi della vita e la propria reazione a questi. È stato inoltre dimostrato che queste strategie intervengono nel mediare in modo rilevante l’impatto degli eventi e condizioni di stress nei riguardi della salute fisiologica e psicologica.

Da un punto di vista olistico, appare evidente l’interazione tra aspetti biologici, fisiologici, comportamentali e psicosociali. Un insieme di valutazioni e un approccio integrato, visti nell’ambito di un paradigma bio-psico-sociale, possono dar conto dell’impatto di fattori specifici sulla condizione di salute di un individuo. Tale approccio si basa sui contributi teorici e metodologici che derivano da aree differenti di ricerca, quali l’etologia, la psicologia, la psico-neuro-immunologia, le neuroscienze (21).

Per quanto riguarda il comportamento, cercare di riprodurre una replica il più possibile perfetta dell’ambiente naturale è senza alcun dubbio molto difficoltoso. Infatti, l’ambiente di cattività consente in generale un’espressione abbastanza limitata del variegato e ricco repertorio comportamentale tipico di una determinata specie. Inoltre, l’assenza apparente di anomalie comportamentali osservabili non rappresenta di per sé un indice di equilibrio fisiologico e psicologico.

La ormai consolidata letteratura scientifica sul benessere animale sembra trovare una valida controparte nella crescente letteratura sulla promozione della salute umana. In quest’ultima infatti lo stile di vita, i comportamenti salutari, e la disponibilità di un supporto sociale ed emotivo sono posti crescentemente in relazione con le regolazioni neuroendocrine e immunitarie dell’individuo e il suo stato di salute. Appare emergere una base comune negli studi che coinvolgono la nostra specie e gli altri animali. Si sono individuati alcuni importanti criteri: i) il grado di controllo esercitato sull’ambiente e ii) il ruolo supportivo di un ambiente strutturalmente complesso e arricchito e di positive interazioni sociali (21). Oltre al campo della salute umana, questo approccio si rivela prezioso per l’etica della sperimentazione animale e per la qualità dei risultati ottenuti tramite essa. Infine, studi e ricerche condotti in ambiti emersi su fronti culturali apparentemente distanti e non direttamente collegati quali quello del benessere animale e il campo della promozione della salute umana, possono convergere in un unico approccio di riflessione teorica e metodologica, con forte potenzialità di stimolo e arricchimento reciproco.

Bibliografia

1. Europa. Direttiva 2010/63/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 settembre 2010, sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici Testo rilevante ai fini del SEE. *Gazzetta Ufficiale dell’Unione europea* L 276/33 del 20/10/2010
2. Italia. Attuazione della direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici. DL 4 marzo 2014, n. 26. *Gazzetta Ufficiale* n. 61 del 14.3.2014.
3. Poole TB. The nature and evolution of behavioural needs in mammals. *Animal Welfare* 1992;3:203-20.
4. Novak MA, Suomi SJ. Psychological well-being of primates in captivity. *Am Psychol* 1988;43:765-73.

5. Savage-Rumbaugh S, Wamba K, Wamba P, Wamba N. Welfare of apes in captive environments: comments on, and by, a specific group of apes. *J Appl Anim Welfare Sci* 2007;10:7-19.
6. Bassett L, Buchanan-Smith HM. Effects of predictability on the welfare of captive animals. *Appl Anim Behav Sci* 2007;102:223-45.
7. Reinhardt V. Caged rhesus macaques voluntary work for ordinary food. *Primates* 1994;35:95-8.
8. Laviola G, Rea M, Morley-Fletcher S, Di Carlo S, Bacosi A, De Simone R, Bertini M, Pacifici R. Beneficial effects of enriched environment on adolescent rats from stressed pregnancies. *Eur J Neurosci* 2004;20:1655-64.
9. Rosenzweig MR, EL Bennett. Psychobiology of plasticity: Effects of training and experience on brain and behavior. *Behav Brain Res* 1996;78:57-65.
10. Mason G, Clubb R, Latham N, Vickery S. Why and how should we use environmental enrichment to tackle stereotypic behaviour? *Appl Anim Behav Sci* 2007;102:163-88.
11. Young RJ. *Environmental enrichment for captive animals*. Oxford: Blackwell Science; 2003.
12. Reinhardt V. Preliminary comments on pairing unfamiliar adult male rhesus monkeys for the purpose of environmental enrichment. *Lab Primate Newslt* 1988;27:1-4.
13. Reinhardt V. Pair-housing rather than single-housing for laboratory rhesus macaques. *J Med Primatol* 1994b;23:426-31.
14. Price LJ. A preliminary study of the effects of environmental enrichment on the behaviour of captive African wild dogs (*Lycaon pictus*). *Biosci Horizons* 2010;3:132-40.
15. Kistler C, Heggin D, Wurbel H, Konig B. Feeding enrichment in an opportunistic carnivore: The red fox. *Appl Anim Behav Sci* 2009;116:260-5.
16. Hannan AJ. Review: Environmental enrichment and brain repair: Harnessing the therapeutic effects of cognitive stimulation and physical activity to enhance experience-dependent plasticity. *Neuropathol Appl Neurobiol* 2014;40:13-25.
17. Morley-Fletcher S, Rea M, Adriani W, Laviola G. L'influenza dei fattori socio-ambientali sui processi fisiologici di recupero dal danno cerebrale: Il contributo dei modelli animali. *Ann Ist Super Sanità* 2001;37:567-72.
18. Nithianantharajah J, Hannan A. Enriched environments, experience-dependent plasticity and disorders of the nervous system. *Nature Rev Neurosci* 2006;7:697-09.
19. Laviola G, Hannan AJ, Macri S, Solinas M, Jaber M. Effects of enriched environment on animal models of neurodegenerative diseases and psychiatric disorders. *Neurobiol Disease* 2008;3:159-68.
20. Wurbel H. Ideal homes? Housing effects on rodent brain and behaviour. *Trends in Neurosci* 2001;24:207-11.
21. Terranova ML, Laviola G. Health-promoting factors and animal welfare. *Ann Ist Super Sanità* 2004;40:187-93.

AMBIENTE, DIRITTI UMANI E QUALITÀ DELLA SALUTE

Domenico Alessandro de Rossi
Federazione Italiana Diritti Umani, Roma

Architettura penitenziaria e strutture di contenzione umana: modelli da ripensare

L'architettura, la costruzione di edifici o la pianificazione del territorio sono parte delle diverse attività attraverso cui l'uomo trasforma, mantiene o degrada l'ambiente all'interno del quale vive. Queste alterazioni, insieme a molte altre legate per esempio all'agricoltura o alla escavazione per trarre materiali dalla terra, vengono svolte nell'azione di antropizzazione dell'habitat e sono le più varie. Sebbene tali interventi siano attuati allo scopo di adattare l'ambiente (naturale) alle proprie esigenze e migliorare la qualità della vita, non è detto che queste azioni abbiano sempre un impatto positivo sull'ambiente e quindi sull'uomo. Anzi, al contrario, quando non sono ben ponderate, spesso hanno un effetto negativo, danneggiando in maniera irreversibile il naturale equilibrio dell'ecosistema del quale parte integrante è l'uomo. In tal senso la materia qui da osservare si presenta in termini relativamente complessi in quanto vede più elementi molto diversi tra loro interagire secondo flussi e dinamiche di segno opposto: da un lato, l'influenza che il sistema cervello-mente determina sull'ambiente (soggettivistico); dall'altro, l'ambiente come elemento modificante il sistema mente-cervello (oggettivistico) (Figura 1).

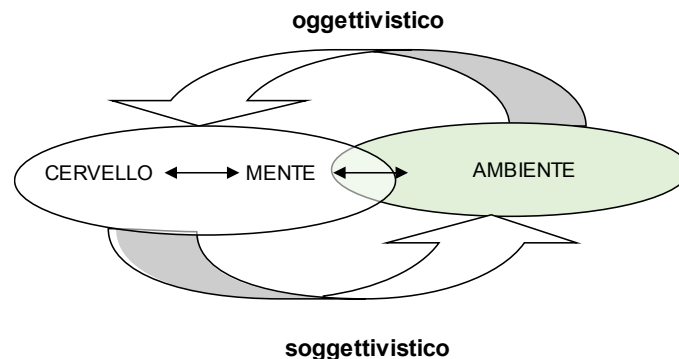


Figura 1. Interazione tra sistema cervello-mente (soggettivistico) ed ambiente (oggettivistico)

L'interrelazione tra il comportamento umano e l'ambiente appartiene ormai di diritto allo studio delle neuroscienze e di altre discipline collaterali, solo apparentemente distanti come l'architettura e la progettazione dell'habitat: discipline che, anche se con ritardo, si stanno finalmente affacciando al problema, seppur non avendo ancora sviluppato la necessaria sistematicità metodologica di base. L'architettura, branca dell'azione umana che struttura e modifica l'ambiente all'interno di questo *flusso orientato* di informazione interattiva, è determinata a monte dall'attività mentale-progettuale dell'uomo per rispondere alle sue esigenze. All'inverso, insieme al vasto campo delle arti in generale, essa ha significative capacità di

indirizzare, orientare e modificare il comportamento umano avvalendosi di varie tipologie di stimoli sensoriali e culturali forse ancora non del tutto esplorati, noti o sistematizzati in senso semiotico. Proprio in merito alla semiosi, è giusto qui ricordare Vitruvio, il grande architetto vissuto ai tempi di Augusto, che nel suo trattato in dieci libri *De Architectura*, nel definire questa “arte” con la chiarezza del ragionamento latino, la riporta all’interno dei suoi precisi termini di significatività. Con sorprendente intuizione di sistematizzazione metalinguistica utilizzata con largo anticipo rispetto agli approcci successivi dei più moderni linguisti, il trattatista scrive:

“Cum in omnibus enim rebus, tum maxime etiam in architectura haec duo insunt: quod significatur et quod significat”¹.

In questa breve introduzione riguardante l’ambiente naturale e antropizzato e le diverse relazioni che si determinano in modalità interattiva nel comportamento dell’uomo, nel fare riferimento anche alla prossemica² e alla psicologia della forma, più avanti si osserverà quanto l’architettura e lo spazio da essa creato viene a condizionare l’individuo, specialmente in situazioni di contenimento quali sono le carceri o altri tipi di ambienti restrittivi. Le relativamente recenti discipline citate, ma più ancora un nuovo approccio sistemico in cui sia più marcato l’interesse olistico di meglio legare tra loro i fenomeni e le conoscenze, possono aiutare il progettista e auspicabilmente coloro che vivono e lavorano all’interno o in prossimità di queste particolari strutture, a sviluppare sempre più una consapevolezza allargata riguardante il ruolo e l’influenza che l’ambiente “fisico” assume in particolari circostanze. Questo nuovo modo di riflettere sul ruolo dell’habitat e dei suoi pesanti condizionamenti può aiutare meglio il recupero della persona ristretta, non come mero accessorio ma come elemento determinante contestuale in cui intervengono e si manifestano i vari fenomeni di interazione tra contesto spazio temporale e psiche.

La prossemica², occupandosi del significato della distanza e la psicologia della Gestalt per quanto riguarda il valore e quindi degli aspetti qualitativi della forma percepita, indirettamente introducono alla questione attuale della funzione dell’architettura penitenziaria e delle necessarie attenzioni (progettuali) che debbono essere adottate affinché coloro che sono ristretti non abbiano a soffrire danni alla salute oltre alla sofferenza per il tempo che viene loro sequestrato per effetto della condanna.

Significato della distanza

Le considerazioni sin qui svolte utilizzando le conoscenze della prossemica portano il progettista di strutture destinate alla detenzione a compiere un’analisi appropriata circa il

¹ “Perché come in tutti i campi, così in particolar modo in architettura sussistono questi due concetti: il significato” e il significante”. Marco Vitruvio Pollione. *De Architectura*. Edizioni Studio Tesi, Pordenone, 1990.

² Il termine inglese *proxemics*, derivato di *proximity*, “prossimità”, è stato introdotto dall’antropologo americano E.T. Hall negli anni Sessanta del 20° secolo per indicare lo studio dello spazio umano e della distanza interpersonale nella loro natura di segno. La prossemica indaga il significato che viene assunto, nel comportamento sociale dell’uomo, dalla distanza che questi interpone tra sé e gli altri, tra sé e gli oggetti, e, più in generale, il valore che viene attribuito da gruppi culturalmente o storicamente diversi al modo di porsi nello spazio e di organizzarlo, su cui influiscono elementi di carattere etnologico e psicosociologico. Nell’impostazione filosofica della fenomenologia, il riconoscimento dell’intenzionalità della coscienza conduce alla nozione di una spazialità umana non geometrica ma vissuta, che non può essere esplorata al di fuori del rapporto costitutivo con il mondo. Da *Prossemica – Universo Corpo – Treccani*

problema della dimensione da usare all'interno di questo tipo di istituti ai fini anche della salvaguardia al diritto della salute. Atteso che, per quanto si è annotato, l'accorciamento *al di sotto di una determinata soglia* delle distanze fra esseri umani, può provocare gravi stati di ansia e in ultimo di forte stress. Se poi, come spesso avviene negli attuali penitenziari, vengono ad essere mescolati insieme individui appartenenti a culture, tradizioni e religioni profondamente diverse, il problema della distanza si pone in modo ancora più cocente e obbliga a riflessioni concernenti non solo lo spazio e le sue dimensioni ma anche il *criterio di attribuzione* degli ambienti e di coloro che in base alla loro cultura e tradizione più o meno provvisoriamente vengono ad occuparli. Si è ormai accertato che la distanza dei *sessanta/settanta centimetri* tra esseri umani può essere grave motivo di disagio per un anglosassone e misura accettabile per un individuo di cultura araba. Di qui i problemi dell'affollamento, della densità abitativa, della capacità reale e non teorica di accoglimento negli ambienti destinati alla detenzione che dovrebbero essere affrontati anche in base a tali principi, considerato che il rendere le condizioni di permanenza all'interno di un penitenziario di fatto inaccettabili, non favorisce certo il cambiamento in senso positivo del recupero dell'individuo nel corpo sociale. Anzi, ciò può determinare, oltre allo *stress* e la conseguente sofferenza, anche il consolidamento di un profondo odio sociale verso lo Stato e le istituzioni che per primi non sono in grado di garantire, con normali regole di convivenza civile, accettabili condizioni di vivibilità nel periodo della detenzione. È su questa ultima osservazione, intorno alla quale da molti anni e da differenti posizioni si discute, su cui anche il progettista deve riflettere correttamente cercando di adottare il più possibile misure che, salvaguardando il principio della sicurezza, del controllo e dell'economia, possano essere utili a diminuire le condizioni di stress e di sofferenza da *carezza di spazio vitale*. Il carcere nel suo *modello ideale* dovrebbe poter tenere conto che l'impianto edilizio è condizione fondamentale per la riabilitazione civile dell'individuo, superando una volta per tutte l'idea che la riduzione dello spazio possa essere un *elemento punitivo da accompagnare arbitrariamente alla durata della pena*. Spazio e tempo in questo caso dovrebbero essere ben distinti e mai adoperati insieme come spesso si è fatto, per costituire in modo più o meno surrettizio, forme diverse di retribuzione penale, arrecando contemporaneamente grave danno alla salute. Il campo che si apre, quindi, è vastissimo e impegna più di una disciplina specialistica come ad esempio la psicologia, la psichiatria, la farmacologia, la sociologia, l'antropologia, la biologia, l'ecologia, l'architettura, la medicina e forse non solo. È più che evidente che lo sforzo culturale in tal senso deve essere indirizzato e se possibile gestito in una logica olistica, prettamente incardinata su una nuova cultura sistemica dove venga superato il vecchio schema razionalista di tipo cartesiano volto a spaccettare le ragioni dell'essere, polverizzando di fatto il fenomeno nella sua complessità e interezza. La psicologia ambientale, affrontata nel suo complesso da Robert Bechtel, ritiene che oggi essa rappresenti la terza rivoluzione del pensiero, dopo quella copernicana e darwiniana. Infatti, come le altre, quest'ultima ci indica con chiarezza che gli esseri umani sono soggetti alla natura, all'ambiente in cui vivono, sono vissuti e dove hanno ricevuto le prime informazioni dall'ambiente.

Mapa cognitiva

La non più recentissima nozione di *mapa cognitiva* è un tentativo empirico di descrivere una rappresentazione mentale dell'ambiente nel quale l'individuo si trova, si troverà o in tempi diversi si è trovato. L'orientamento, ad esempio, è basato su questo schema della psiche, all'interno del quale ciò che lo rende utile e significativo non è la precisione "grafica", quanto le caratteristiche qualitative dei diversi riferimenti. Ciò è tanto importante per la definizione della qualità dell'habitat, sia esso inteso come città, quartiere, la casa o ambiente naturale che dovrebbe

impegnare il progettista (architetto o urbanista) a tenere in debito conto dei riferimenti simbolico spaziali atti a definire posizione, meta e direzione motivata di spostamento. L'elaborazione mentale di una mappa cognitiva, secondo Lynch (1960) nel suo "The Image of the City" (1), si articola almeno su cinque fattori fondamentali e rappresenta lo spazio secondo due tipologie: 1) *sequenziale*, quando mette in fila le informazioni sull'ambiente³; 2) *parallela*, quando rappresenta la situazione a volo d'uccello⁴. I fattori distintivi sono: a) *percorsi*: canali destinati al movimento; b) *margini*: confini tra elementi diversi; c) *distretti*: aree o spazi funzionali distinti e riconoscibili nel tessuto; d) *nodi*: punti di intersezione nella continuità della rete; e) *segnali di riferimento*: emergenze simbolico rappresentative naturali o artificiali. Questi schemi impegnano ovviamente la memoria e pertanto saranno più o meno precisi nella definizione della mappa cognitiva in funzione del grado di attenzione e delle condizioni mnestiche a sostegno (memoria uditiva, visiva, olfattiva). All'interno del campo vastissimo nel quale ci siamo finora inoltrati, riguardante le interazioni soggettive e oggettive dell'uomo, non possiamo dimenticare altrettanti fattori che condizionano e regolano la presenza umana nel contesto ambientale. Incorreremmo in un approccio superficiale se alle teorie, alle prassi progettuali, alle metodologie, al *sistema/flusso* cervello-mente-ambiente e viceversa, non facessimo anche il necessario riferimento a quelli che sono ulteriori fattori esterni, di contesto sociale, antropologico e normativo che intervengono a tutela della salute umana e dei diritti della persona ristretta, così come anche ai principi costituzionali che tendono a proteggere l'individuo proprio nelle condizioni di detenzione.

Salute, architettura penitenziaria e modelli da ripensare

Traggo dal libro "Non solo carcere" (2) parte del capitolo dedicato al tema in oggetto: "In tal senso è necessario esaminare alcune questioni riguardanti il complesso rapporto esistente tra l'*architettura*, intesa come *consapevole* tecnica del costruire e la sua capacità (o idoneità) di formulare *correttamente* gli spazi destinati alla detenzione.

Problematica a prima vista apparentemente assodata e di facile soluzione, ma in realtà ricca di contorni culturali importanti a stento definibili e non sempre sostenuti da visioni unitarie largamente condivise. Cosa sia l'edilizia penitenziaria sembrerebbe una domanda semplice se non ci ponessimo l'interrogativo del *come* realizzare lo spazio-contenitore di un carcere e cosa possa *significare* la vita all'interno di un penitenziario con i problemi connessi al *sovraffollamento*, al *rapporto con la città*, al sistema delle *reti trasportistiche*, alla *funzionalità interna ed esterna*. La vita di un condannato, che per un certo periodo di tempo è costretto a passare in prigione, ristretto e obbligato all'interno di una camera e di un gruppo di edifici, talvolta in condizioni di isolamento e/o in comunità, obbliga sempre il progettista a rivolgere la propria attenzione su una graduatoria di considerazioni che necessariamente debbono partire dalla vasta problematica concernente i *diritti umani*, per giungere agli *aspetti applicativi* dettati dalla legislazione vigente nel quadro di riferimento costituzionale e dalla determinata normativa. Elementi questi, tutti facenti capo ai vari organi dello Stato che hanno specifica competenza nella materia penitenziaria. Da un lato, la pietra miliare dei Diritti Umani e dall'altro, le diverse disposizioni applicative sono, talvolta, elementi posti ad una notevole distanza tra loro, obbligando il progettista ad elaborazioni che non sempre trovano la loro risposta nella rigida applicazione degli articolati forniti dai Dipartimenti competenti.

³ Schema derivante, ad esempio, quando si ricevono informazioni per gli indirizzi stradali (la seconda a destra, dopo la piazza)

⁴ La rappresentazione delle carte geografiche, topografiche o le planimetrie di edifici e appartamenti.

Funzione dello spazio penitenziario

Di contro sappiamo che in tutti gli altri casi che non siano quelli della progettazione di un carcere, normalmente l'attività svolta dal progettista nella maggior parte delle situazioni è indirizzata ad immaginare spazi che possano offrire il *massimo* della funzionalità, della comodità, del *comfort*, dell'estetica, in funzione delle risorse disponibili sempre nella compatibilità dei limiti posti dall'esterno, non solo economici. Anche per lo studio di un modello di penitenziario, non essendo mai tutto scontato, nel momento della progettazione il designer è chiamato a rivolgere (a se stesso) alcune domande. La prima delle quali concerne la comprensione della "*funzione-dello-spazio*" facendo riferimento alle sue molteplici espressioni presenti all'interno di un istituto di detenzione⁵. In cosa consista, infatti, l'attributo comunicativo dello *spazio-ristretto* dovrebbe essere una delle prime domande a cui occorrerebbe dare una risposta certa. Quali sono, infatti, i *criteri* minimi di *funzionalità* a cui deve attenersi il progettista e che riguardano i vari problemi concernenti la sicurezza, l'igiene, la vivibilità e la *dimensione di un ambiente-chiuso* quale è quello che per definizione identifichiamo come carcere? Che vuol dire benessere dentro il carcere? È legittimo porre un simile interrogativo? Al penultimo quesito si potrebbe rispondere semplicemente richiamando "tutto ciò che non comporti il suo contrario", cioè l'*inquietudine*, il *turbamento*, la *depressione*, il *dolore*, il *desiderio di autoannientamento*. A prima vista queste potrebbero sembrare domande retoriche poiché si ritiene che il carcere debba offrire, ovviamente senza disagio e sofferenza, *solo* l'obbligo della *permanenza all'interno di spazi ristretti* nella misura (minima) consentita, unitamente ad altri spazi ove possano essere garantite quelle attività permesse, destinate alla formazione, alla socializzazione e al lavoro.

La restrizione della libertà, che da sola corrisponde alla condanna, impone esclusivamente la permanenza del condannato in ambienti chiusi (ancorché differenziati); ove lo spazio fisico e perciò la dimensione, sono *intenzionalmente* ridotti; di fatto volti a diminuire la capacità di movimento. Aldilà delle misure minime riscontrabili nella arida normativa dedicata, un sicuro motivo di interesse per il progettista che si occupa dello studio delle funzioni all'interno di un penitenziario è dato dalla individuazione del limite sottile e dall'accertamento di quella *soglia* minima che divide un non meglio definibile *benessere* da un sicuro, accertabile e obiettivo *malessere* all'interno dei ristretti spazi del carcere.

Recupero, riabilitazione e remunerazione della vittima

Recentemente, tuttavia, le tendenze sono sempre più orientate verso un pensiero correzionale e in direzione di un uso più idoneo delle carceri intese non solo come strumento di limitazione della libertà e di esperienza della pena ma come momento di ristrutturazione del comportamento asociale e deviato. Attraverso massicci sussidi per la pianificazione e l'attuazione, i governi dovrebbero incoraggiare lo sviluppo di programmi speciali destinati alla *riabilitazione estensiva direttamente orientata anche al carcere a breve termine o, al meglio, verso una legislazione che prevedesse congrue misure deflattive circa l'affollamento degli istituti mediante l'utilizzo di articolati criteri di depenalizzazione dei reati minori e, contemporaneamente, di pratiche alternative alla detenzione all'interno degli istituti*. Istituti correzionali, carceri o penitenziari, sono vari modi per definire quelle strutture di servizio destinate alla gestione (quasi) totale della vita delle persone condannate. Dato che la riabilitazione è un obiettivo fondamentale di queste istituzioni, l'attuale filosofia correzionale chiede un trattamento individualizzato fino al più alto

⁵ Celle, camere di detenzione, ambienti di ricreazione, laboratori, palestre, ecc.

livello pratico, anche a livello di massima sicurezza. Gli elementi essenziali di un buon programma correzionale individualizzato comprendono sostanzialmente:

- la *classificazione scientifica* e di pianificazione del programma completo basato sulla storia del caso e lo svolgimento degli esami;
- i *servizi medici e dentistici* che forniscano trattamenti curativi e di correzione;
- la *terapia* individuale e di gruppo;
- la consulenza specifica;
- la *formazione professionale* ed (eventualmente) accademica;
- le *attività ricreative* al chiuso e all'aperto;
- i *servizi sociali* per i casi dei prigionieri e i loro familiari;
- i servizi speciali di trattamento, custodia e cura *per le donne con figli al seguito*;
- la *preparazione per libertà* condizionata o per il rilascio.

Le diverse varietà di programmi di trattamento, che corrispondono alle diverse esigenze dei detenuti, richiedono un sistema di *istituti correzionali specializzati*, classificati, coordinati e organizzati in termini di personale e di programma, in modo da poter soddisfare le esigenze specifiche dei detenuti. Le comunità di centri correzionali, specialmente all'estero e negli USA in particolare, sono il risultato del nuovo accento che ormai da anni si dà alla teoria correzionale di costruire o ricostruire *solidi legami tra l'autore del reato e la comunità*, di integrare o reintegrare l'autore del reato nella vita della comunità. Questo tipo di struttura si trova all'interno della comunità e può servire a contenere sia i trasgressori in attesa di processo che i condannati in via definitiva. La premessa di base di un tale impianto è il massimo utilizzo delle risorse della comunità nel processo di correzione, fornendo servizi esistenti alla struttura sulla base di un contratto. Ad esempio, le risorse educative e commerciali-industriali della comunità, possono essere utilizzate per la formazione e la riabilitazione dei criminali. Così il centro correzionale può funzionare come un ambulatorio, un centro di trattamento per un esteso sistema di libertà condizionata e, in definitiva, può risolvere il problema di sovraffollamento degli esistenti istituti detentivi. Tradizionalmente, almeno nei Paesi anglosassoni, tali enti sono stati situati al di fuori dei centri urbani, isolati su grandi distese di terreni demaniali tra boschi e foreste. Queste comunità hanno un complemento aggiuntivo esterno di personale e di servizi, compresi quelli medici, educativi, ricreativi, religiosi, alimentari e di manutenzione. La pianificazione di strutture di detenzione deve coinvolgere molte persone a livello governativo e della comunità locale. Dal momento che nessun singolo progettista od organizzazione può prendere in considerazione in modo adeguato tutte le molteplici esigenze della comunità nella pianificazione di un centro di detenzione, il ruolo del progettista durante questa prima fase deve essere come membro di un team specializzato. La stretta collaborazione con la pubblica amministrazione, dei vari Enti e delle principali organizzazioni coinvolte (rappresentanze sindacali, sociali, dei detenuti, ecc.) dovrebbe essere obbligatoria. In tal senso potrebbe essere corretto costituire un comitato consultivo, composto da competenti e interessati membri della comunità e del territorio, il cui sostegno potrebbe essere cruciale per l'accettazione del nuovo centro di detenzione. Nel nostro Paese, ad esempio, e in particolare nelle grandi città, svolgono questa funzione i municipi, le circoscrizioni con i relativi consigli di quartiere che talvolta si esprimono su tali argomenti, apportando il loro fattivo e utile contributo. Anche questi non secondari problemi possono essere motivo di attenta riflessione da non trascurare proprio nella fase progettuale.

Qualche interrogativo

Quali sono oggi, allo stato attuale della situazione carceraria nel nostro Paese, gli strumenti che, nel rispetto della normativa specifica e nel rispetto del mantenimento della condanna,

possono essere di aiuto al progettista affinché sia messo in condizione di procedere con sicurezza sul terreno di una progettazione che ammetta un *accettabile margine di benessere* all'interno degli spazi penitenziari? Quanto possono essere di aiuto al progettista i suggerimenti degli psicologi e in generale di tutti coloro che sono specializzati in materia, che hanno maturato esperienza diretta *nell'universo della detenzione*? Che tipo di reattività si riscontra nell'individuo costretto a vivere in spazi ridotti? Che incidenza ha la luce naturale e/o artificiale sulla psiche del detenuto per prevenire depressioni, patologie connesse o addirittura suicidi? Quanto è importante la *configurazione dello spazio architettonico* nel mantenimento della salute mentale di chi vive per anni all'interno di un penitenziario? Qual è l'incidenza dei suicidi in situazioni di stress prolungato dovuto a carenza o in difetto di spazi adeguati? E il riverbero sonoro? Che valore ha l'eco o il rumore assordante all'interno degli ambienti nel generare fenomeni di alienazione e *straniamento*? Che rapporto dimensionale ci deve essere tra locali artificiali destinati alla detenzione e spazi (sorvegliati) ove sia possibile respirare aria all'aperto? Il verde e la vegetazione possono concorrere per la qualificazione degli spazi all'aperto e, se del caso, in che misura al miglioramento delle condizioni psicologiche della detenzione? Siamo certi che sia utile che all'interno del carcere tutti gli ambienti, gli spazi, gli arredi e le componenti edilizie debbano sempre e necessariamente veicolare *messaggi* di durezza, di costrizione, di oppressione? È proprio necessario che la *scatola edilizia* sia percepita sempre e solo in termini di cancelli, grate, inferriate e bulloni? Può il progettista immaginare sistemi che, garantendo comunque la sicurezza, la vigilanza, il controllo e l'economia, siano conformati in modo da non generare necessariamente stimoli reattivi e di sofferenza in chi è costretto a vivere per lungo tempo in ambienti del tutto *artificiali*? Siamo certi che la detenzione di donne in stato di gravidanza o che abbiano figli che con loro convivono in stato di detenzione non debbano scontare la pena in ambienti appositamente *ri-creati*, fatti più a misura di asilo e meno di carcere, con ambienti interni e spazi all'aperto per la cura e custodia del bambino? Siamo sicuri che la maternità e tutto quel che segue in ordine all'affetto e all'educazione del bambino possano trovare in un carcere di forma tradizionale la migliore soluzione per le future generazioni che, senza alcuna colpa, trascorrono oggi i primi anni della loro vita in carcere vicino alle loro madri? È giusto porsi tali interrogativi perché vengano rivolti in primo luogo alle istituzioni, agli esperti e a coloro che in seguito dovranno svolgere in modo corretto una progettazione che sia al meglio adeguata alle esigenze di una più *umana* detenzione, tenendo ben presente il necessario punto di equilibrio tra la *riabilitazione* e l'invulnerabilità del principio del *ristoro della vittima*, mai dimenticando comunque il disagio della maternità in carcere e il rischio delle conseguenze traumatiche sulle indifese psicologie infantili.

Behaviourism e creatività

“Lunghi corridoi, pavimenti lucidi, finiture che riflettono la luce e i rumori, sono elementi ipnotici che rendono impersonale e ossessivo tutto il contesto ambientale. Lo sviluppo della scienza del comportamento umano (*behaviourism*) ha giustamente portato oggi ad una maggiore attenzione ed enfasi intorno alla riabilitazione dei trasgressori attraverso un più ragionato approccio concernente il *trattamento* e, quindi, la necessità di una formazione professionale specializzata in tal senso. La base di questi programmi destinati al recupero comportamentale è fonte costante di un'attenta riflessione per il detenuto come persona, ma soprattutto come individuo. Queste conoscenze non possono essere escluse dalla preparazione del progettista e devono essere applicate nella fase ideativa e organizzativa delle nuove strutture correzionali per creare un ambiente tale da favorire gli attesi risultati positivi. Occorre peraltro non dimenticare che la rimozione di un uomo dalla società e la conseguente perdita della sua libertà, privacy e indipendenza, nonché la rigorosa routine quotidiana, dà come risultato un ambiente totalmente

depersonalizzato e totalitario. In generale le convenzioni per la progettazione di istituti correzionali sono oggi ormai superate come anche i concetti di efficienza e di funzionalismo che hanno portato alla ripetitività e alla simmetrica modalità dello spazio e delle forme caratteristiche degli istituti di correzione.

Tra ammissibile benessere e insopportabile malessere

Questi interrogativi sono posti affinché in tutte le diverse fasi della progettazione vengano affrontate senza superficialità tali problematiche che sicuramente fanno parte di un corretto modo di procedere circa il non facile compito di creare spazi, ambienti ed edifici destinati alla detenzione. Per immaginare strutture che non comportino afflizione ma che possano contribuire ad agevolare il reinserimento sociale dell'individuo che ha scontato la pena e pagato il giusto tributo alla società. In discussione qui non è tanto il *limite inferiore* che si sta ricercando, valore abbastanza definito dalle norme applicative che con precisione recitano dimensioni, numero di ambienti, indici di vario genere, ma il tetto superiore oltre il quale non è ammesso procedere alla ricerca di un *ammissibile grado di benessere psicofisico* del detenuto. In tal senso è evidente che il percorso metodologico non può che essere fondato su quanto è previsto nella prima dichiarazione Americana dei Diritti dell'Uomo del 1776, nella proclamazione dei Principi nella Rivoluzione Francese del 1789, nel Patto della Società delle Nazioni Covenant del 1920, nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani⁶ nella sede delle Nazioni Unite, nella Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, nella Carta Costituzionale della Repubblica, nella normativa specifica. Tutto questo complesso di disposizioni e proponimenti rappresenta l'ideale asticella *al di sotto* della quale non è consentito, per uno Stato civile, scendere. Al contrario, ciò che rappresenta la vera sfida metodologica per le istituzioni, per il legislatore, ma anche per il progettista, è comprendere quanto possa essere legittimamente posto con ragionevole misura *al di sopra* di questo limite. In tal senso è appena il caso di ricordare che la pena dovrebbe consistere nella *sola* limitazione della libertà di movimento: quindi il *confinamento* all'interno di ambienti più o meno articolati da cui non è consentito uscire, *non altro*. In quanto *solo* restrittiva della libertà di libero trasferimento in altro luogo, la pena, nel rispetto dell'inalienabile principio del ristoro della vittima, non prevede affatto che si accompagni ad essa *anche* la diminuzione dello spazio al minimo di un accettabile grado di vivibilità.

Ricchezza ambientale come risorsa sistemica

L'ambiente di nuovo diviene una componente fondamentale nella emergenza della consapevolezza sociale ed ecologica e nel miglioramento delle capacità sistemiche dell'individuo nel momento in cui si integra in contesti più resilienti e persistenti nel tempo.

Volgiamo ora l'attenzione all'ambiente come stimolo allo sviluppo di adeguate capacità cognitive per la gestione dei problemi. È qui utile recuperare il concetto di *ambiente arricchito*, che può essere inteso come *una combinazione di stimoli complessi sociali e inanimati*.

I cosiddetti "ambienti arricchiti" presentano una complessità di stimoli sensoriali e cognitivi in un contesto di vita sicuro e prevedibile, mentre gli ambienti impoveriti presentano isolamento sociale e assenza o scarsità di stimolazioni cognitive e affettive.

⁶ L'art. 5 della Dichiarazione così recita: "nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamento o a punizione crudeli, inumani o degradanti".

Il termine *Enriched Environment* (ambiente arricchito) fu coniato per la prima volta da Rosenzweig negli anni '60 del secolo scorso, proponendolo come contesto sperimentale opposto a quelli, allora più utilizzati, fondati sulla deprivazione sensoriale (*ambiente impoverito*). Il significato reale dei protocolli sperimentali cosiddetti “arricchiti” è stato molto dibattuto, dato che gli ambienti arricchiti utilizzati nei protocolli sperimentali apparivano essere in realtà molto simili agli ambienti naturali di provenienza degli animali, e il loro concetto di arricchimento poteva dunque avere un significato solo relativo a quello di impoverimento. Questi aspetti sono stati comunque chiariti sia in contesti sperimentali animali, dove la presenza di un ambiente arricchito si è correlato con un aumento delle spine dendritiche dei neuroni corticali rispetto le condizioni di normale socialità o di isolamento, sia in recenti studi su neonati, dove lo stimolo periodico tattile velocizza la maturazione delle vie visive, e su uomini adulti, dove l'esercizio cognitivo e una costante attività fisica si sono correlati con un mantenimento di prestazioni mentali simili ai soggetti giovani (3).

Etica della responsabilità e qualità della salute

Per il progettista, che con gli spazi e le dimensioni degli stessi lavora utilizzando vari strumenti (tecnologie, materiali, colori, illuminazione naturale e artificiale, misure, proporzioni e forme, ecc.) pur nel rispetto delle norme che stabiliscono per taluni ambienti il *minimo* dimensionale⁷ oltre il quale non è consentito scendere, deve porsi l'interrogativo di fondo che riguarda l'individuazione dell'incerto confine che separa un *ammissibile* grado di benessere da un *insopportabile* sicuro malessere. Purtroppo la costruzione architettonica, benché sia strettamente dipendente dalle diverse normative, dalle disposizioni tecniche governative, rappresenta per il progettista lo strumento e l'oggetto finale che richiede lo scioglimento e la soluzione di simili interrogativi. È rimesso pertanto nelle mani di colui che deve concepire il progetto il compito di sostenere decisioni tecniche ammissibili che comunque si conformino, oltre che ai dettami normativi, anche agli *obiettivi finali* insiti nel proposito detentivo che non è solo remunerativo nei confronti della parte lesa ma al contempo teso al *recupero civile* dell'individuo condannato. Anche l'edilizia penitenziaria, nella sua auspicabile e corretta tendenza a *farsi* “architettura penitenziaria”, cioè linguaggio edilizio qualificato, può contribuire, nei limiti impostigli almeno in parte, alla soluzione di simili problemi. Proprio queste domande, pertanto, obbligano il progettista a compiere fin dall'inizio una ben orientata scelta di campo; che in partenza sia culturalmente radicata sul principio del recupero e del diritto alla riabilitazione dell'individuo in conformità alla Dichiarazione del 1948; che successivamente sostenga nell'azione professionale pluridisciplinare il ruolo etico e umanitario, riscoprendo che anche l'esercizio applicativo destinato alla progettazione di istituti penitenziari può essere di ausilio alla risoluzione di questi gravi problemi sociali.

Dichiarazione dei Diritti Umani

Soprattutto in questo caso, l'unico e vero punto di partenza per colui che compie il lavoro di progettista, la grande piattaforma ideologica cui occorre fare costante riferimento per potersi correttamente orientare nei meandri dei possibili modi di applicare l'azione detentiva per *mezzo dell'oggetto edilizio*, non può che partire dal codice etico della *Dichiarazione dei Diritti Umani*,

⁷ Standard minimi di superficie per camera in rapporto al numero di detenuti

dalla Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, dalla Carta Costituzionale della Repubblica Italiana e dalla specifica normativa che ad essa si conforma. Fatte queste asserzioni, possono essere posti alcuni quesiti intorno al problema del *fare architettura* nell'ambito dell'edilizia penitenziaria. Se, sulla scorta di quanto storicamente è stato analizzato, ci si è sufficientemente resi conto che il dibattito attorno al problema carcerario si è venuto fortemente evolvendo in termini di civiltà del diritto intorno alla metà del '700 grazie agli interventi dei vari filosofi, giuristi e filantropi che hanno riconosciuto al condannato, oltre alla capacità del pentimento, anche la possibilità del recupero e di una rieducazione ai fini di un reinserimento sociale, non costituirebbe grande difficoltà il comprendere che la progettazione prima e la costruzione di un penitenziario poi, dovrebbero essere volte a creare fisicamente, quelle condizioni migliori tecnico-funzionali che possano al meglio garantire le suddette finalità. Da queste considerazioni generali apparentemente astratte e di sapore quasi ideologico, deve partire innanzitutto la formazione di una specifica cultura *ad hoc* per meglio indirizzare una matura *coscienza progettuale* nei tecnici nella fase del concepimento della forma e nell'organizzazione degli spazi più rispondenti alle esigenze del recupero e della rieducazione. Tutto ciò che è contrario a questo metodo e che non si ispiri a questi principi, è fuori della norma della civiltà giuridica consolidata e condivisa dai Paesi civili e democratici. Non sarà certo solo dalla lettura della normativa indicante le misure, le grandezze, le dimensioni e dall'apprendimento del numero minimo di ambienti che si formerà la *cultura progettuale* necessaria alla ideazione di un organismo architettonico destinato a penitenziario. È da ritenere invece necessario che un approccio corretto alla progettazione debba contenere al proprio interno una solida e maturata coscienza attorno a questi grandi problemi di carattere sociale e umanitario.

Conclusioni

Questo lavoro scientifico contribuisce alla discussione di problematiche di ordine generale e all'individuazione di priorità e criticità di sistema, ed offre l'occasione di lanciare una proposta riguardante l'attivazione di uno studio concernente il rapporto tra neuroscienze e architettura, nella fattispecie di speciali modelli riguardanti ambienti ristretti e ICAM (acronimo che sta per Istituti A Custodia Attenuata per detenute Madri). Gli ICAM sono delle strutture detentive più leggere, istituite in via sperimentale nel 2006 per permettere alle detenute madri che non possono beneficiare di alternative alla detenzione in carcere, di tenere con sé i figli da 0 a tre anni

Bibliografia

1. Lynch K. *The Image of the City*. Cambridge, MA: MIT Press; 1960.
2. de Rossi DA (Ed.). *Non solo carcere, norme, storia e architettura dei modelli penitenziari*. Milano: ed. Mursia; 2016.
3. de Rossi DA (Ed.). *L'Universo della detenzione*. Milano ed. Mursia; 2011.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN AMBITO PENITENZIARIO: MODELLO OPERATIVO

Maurizio Musolino (a,b), Sandro Libianchi (c,d).

(a) *Risk Manager ASL Rieti*

(b) *Centro Regionale Rischio Clinico della Regione Lazio*

(c) *Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane, Roma*

(d) *Unità Operativa "Salute penitenziaria", III Casa Circondariale, Complesso Polipenitenziario di Rebibbia - ASL Roma 2*

Introduzione

Il *Clinical Risk Management* nasce nella seconda metà del secolo scorso, come strumento per il contenimento delle probabilità di arrecare danni al paziente, al fine di massimizzare i benefici degli sviluppi terapeutici delle scienze sanitarie e minimizzare gli esiti risarcitori in caso di errori o incongruenze operative da parte di operatori e organizzazioni.

Il *Clinical Risk Management* ha rappresentato la linea di convergenza di una scienza applicata, frutto di diverse discipline (scienze mediche e infermieristiche, ingegneria, modellistica e matematica), che sono confluite nel settore sanitario.

Così come altri ambiti della conoscenza, anche il clinical risk management ha modificato nel tempo il proprio paradigma cognitivo abbandonando l'approccio rigidamente meccanicistico della relazione causa-effetto a favore di una visione sistemica delle relazioni informative interne a un'organizzazione.

Nella fase iniziale di tale processo di trasformazione metodologica, cosiddetta "Safety.1", l'analisi degli eventi avversi fu caratterizzata da una visione lineare dei fenomeni in cui la storia di un evento, definita "cronologia narrativa", è rappresentata da una serie di azioni in successione consequenziale il cui esito negativo è definito "evento avverso" (*la metafora dell'effetto Domino o dell'effetto valanga*). La gestione degli errori, secondo tale modello, è condotta mediante la ricerca delle cause profonde (*root causes analysis*), ciò presuppone che esista sempre una chiara e puntuale identificazione delle stesse, così come della relazione causa-effetto che intercorre tra queste cause e l'evento avverso. Gli interventi correttivi, secondo tale visione, sono basati sulla eliminazione delle cause al fine di annullare la potenzialità futura del ripetersi di analoghi effetti indesiderati.

Successivamente, nell'analisi delle avversità, ha assunto un ruolo centrale il "fattore umano", in questa fase l'elemento di rilievo sul piano fenomenologico è l'affermazione del fatto che nelle evoluzioni avverse coesistono cause manifeste o prossime, e cause non-manifeste o latenti, i cui effetti potrebbero evitare in un evento indesiderato qualora le difese dell'organizzazione non intervenissero a protezione dall'esito inatteso (le cosiddette "debolezze di sistema": "modello del formaggio svizzero"). Tale modello vuole abbandonare l'idea meccanicistica dell'organizzazione come successione lineare di eventi, anche se persiste in questa visione un substrato culturale di determinismo in quanto individua il *primum movens* degli esiti avversi nelle deviazioni dalla norma dettata dalle procedure. Tali deviazioni si verificano per il concorso di specifici fattori contribuenti e slatentizzanti l'evoluzione avversa di processo. Gli interventi di miglioramento sono, secondo tale prospettiva, incentrati sulla neutralizzazione dei fattori contribuenti l'errore e, in questo caso, la gestione degli eventi è perseguita tramite l'eliminazione delle deviazioni dalla norma che hanno condotto all'incidente.

Negli ultimi decenni, il clinical risk management è entrato in una fase di ridefinizione delle organizzazioni come sistemi complessi, fase definita “Safety.2”. L’elemento di maggior rilevanza di questa fase, si può riassumere nel riconoscere l’esistenza di una variabilità intrinseca in tutte le dinamiche organizzative complesse, tale variabilità può essere un fattore favorente il buon esito nella quasi totalità degli output, così come può anche essere la causa di singolari evoluzioni avverse del processo. In altri termini, la stessa variabilità dei fattori organizzativi che è presente negli esiti desiderati, è presente anche nelle evoluzioni indesiderate, ciò che generalmente rende l’organizzazione idonea a garantire esiti positivi, sebbene immersa in un contesto di continua variabilità, è la proprietà, dell’organizzazione stessa, di mantenere dinamicamente la propria coerenza interna, e quindi il buon esito finale, a prescindere dalle turbolenze operative. Tale proprietà è definita quale “resilienza organizzativa”, la cui promozione è centrale nella gestione della sicurezza dei processi.

Le fasi sopra descritte rappresentano l’una il superamento, ma non la negazione, della precedente. La prima fase era funzionale alla visione del mondo organizzato concepito come un sistema produttivo seriale (*catena di montaggio*) in quanto quello era il modello di riferimento in più settori della società, la seconda era adeguata ai nuovi modelli organizzativi in cui iniziava a venir meno la verticalizzazione dei ruoli (*l’appiattimento della piramide organizzativa*) e la terza costituisce la risposta alla concezione dell’organizzazione come sistema e alla nuova morfologia a rete delle organizzazioni (*l’ologrammaticità organizzativa*). In questo percorso lo strumento procedurale è transitato da una valenza normativa dei comportamenti a quella di sostegno del professionista nell’incertezza tipica dei processi decisionali.

Procedure e organizzazione

Le procedure clinico-assistenziali rientrano tra gli elementi di natura strutturale di un’organizzazione, la corretta implementazione costituisce invece un indicatore di processo. Se da un lato è vero che in ogni sistema complesso, come lo è quello sanitario, è intrinsecamente imprevedibile con esattezza lo stato futuro di un processo, d’altro canto possiamo affermare che la struttura ha un elevato grado di determinabilità nel tempo. Quindi, ciò su cui l’organizzazione può incidere, è il mantenimento dinamico di un rigore strutturale adeguato ai requisiti di qualità degli esiti. È opportuno tuttavia precisare che anche la più rigorosa delle strutture organizzative non può mettere al riparo da possibili evoluzioni avverse di processo, malgrado ciò, è fondamentale la costruzione di un piano procedurale quale base di un processo di perfezionamento dei modelli di clinical risk management interni al sistema.

Si presenterà di seguito una proposta metodologica, sul modello grafico del “Pallottoliere”, con cui costruire un sistema procedurale minimo e finalizzato a garantire i requisiti di base per la gestione del rischio clinico in coerenza con le Raccomandazioni del Ministero della Salute in materia di sicurezza delle cure.

Riferimento normativo

Dal Glossario tratto da “La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico - Ministero della Salute 2006” si definisce “Evento sentinella” un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Tali eventi sono di seguito elencati:

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2.500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

In relazione agli eventi sopra elencati la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ha provveduto alla stesura e diffusione di Raccomandazioni utili ad offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti.

Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure

Le Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure sono le seguenti:

- RACCOMANDAZIONE n. 1: corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio (KCl) e altre soluzioni concentrate contenenti potassio.
- RACCOMANDAZIONE n. 2: prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.
- RACCOMANDAZIONE n. 3: corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.
- RACCOMANDAZIONE n. 4: prevenzione del suicidio di paziente in ospedale.
- RACCOMANDAZIONE n. 5: prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0.
- RACCOMANDAZIONE n. 6: prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto.
- RACCOMANDAZIONE n. 7: prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.
- RACCOMANDAZIONE n. 8: prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
- RACCOMANDAZIONE n. 9: prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.

- RACCOMANDAZIONE n.10: prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati.
- RACCOMANDAZIONE n. 11: morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).
- RACCOMANDAZIONE n. 12: prevenzione degli errori in terapia con farmaci “look-alike/sound-alike”.
- RACCOMANDAZIONE n.13: prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.
- RACCOMANDAZIONE n. 14: prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici.
- RACCOMANDAZIONE n. 15: morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso.
- RACCOMANDAZIONE n. 16: prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita.
- RACCOMANDAZIONE n. 17: riconciliazione della terapia farmacologica.
- RACCOMANDAZIONE n. 18: prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.

Percorsi sanitari dell'istituto penitenziario

Entriamo nel merito della sicurezza in materia di medicina penitenziaria. Il contesto di restrizione della libertà condiziona i percorsi sanitari ma deve garantire il diritto costituzionale alla salute nei principi e nelle forme pari a quelle di un soggetto libero. La Legge 24/2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, introduce un principio che richiama esplicitamente in causa il tema della salute a ogni livello e contesto in quanto all'art. 1 esprime che “La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività”.

Mappatura dei rischi: metodologia

Il punto di partenza dell'analisi organizzativa, prevede l'individuazione dei macroprocessi sanitari posti in essere all'interno della struttura attraverso un'accurata indagine conoscitiva eseguita con interviste strutturate agli operatori e la raccolta dati dai flussi informativi aziendali. L'insieme dei macroprocessi individuati deve essere esaustivo di tutte le attività sanitarie svolte nella struttura, ovvero, ogni attività clinica deve ricadere dentro uno o più macroprocessi.

Alla ricognizione e formalizzazione delle attività svolte, segue la costruzione di una matrice a doppia entrata (2D) con le raccomandazioni del Ministero in tema di sicurezza delle cure, la quale permette di individuare, nei punti di intersezione tra le linee di attività dei macroprocessi sanitari delineati e i contenuti delle raccomandazioni ministeriali, i nodi di maggior indice potenziale di rischio di evoluzione avversa dei processi di diagnosi, assistenza e cura a carico dei soggetti detenuti nella Struttura penitenziaria.

La matrice, o schema a “pallottoliere”, deve essere configurata in base alle specifiche caratteristiche della struttura esaminata e delle attività cliniche in essa espletate. A titolo esemplificativo possiamo specificare che:

- La Raccomandazione ministeriale n. 1 non è contemplata nella griglia in quanto negli istituti penitenziari non è prevista la somministrazione di soluzioni concentrate contenenti potassio per correggere stati di ipokaliemia.
- La Raccomandazione ministeriale n. 5 non è contemplata nella griglia in quanto negli istituti penitenziari non sono effettuate emotrasfusioni.
- La Raccomandazione ministeriale n. 11 non è contemplata nella griglia in quanto nel sistema penitenziario il sistema di trasporto extra-istituto è garantito dal servizio di soccorso delle ambulanze territoriali (nel Lazio: ARES 118) per i casi in urgenza non differibile e dal Nucleo Piantonamenti e Traduzioni della Polizia Penitenziaria - NPT (del Ministero della Giustizia) per il trasporto infermi nei casi di soggetti non critici.
- La Raccomandazione ministeriale n. 15 non è contemplata nella griglia in quanto negli istituti penitenziari non sono effettuate codifiche di *triage*.

Sempre a titolo esemplificativo si descrivono di seguito alcune possibili linee di attività o macroprocessi delineati nello studio preliminare della mappatura del rischio.

Presa in carico sanitaria dei così detti “Nuovi giunti”

La visita medica di ingresso è effettuata su ogni persona che viene ristretta in carcere come “Nuovo giunto”. Questa visita può essere generalmente eseguita contestualmente all’immatricolazione con la valenza di presa in carico sanitaria del soggetto. Durante questa fase viene effettuata una prima valutazione della persona e dei suoi bisogni di salute all’ingresso in carcere, al fine di intervenire, in maniera appropriata, sia nei riguardi dell’impatto sanitario esercitato dalla struttura sulla persona, sia della persona sulla struttura stessa. Si intende per presa in carico dei Nuovi giunti l’insieme delle seguenti attività:

- *Raccolta generale di notizie*
per valutare la storia socio sanitaria della persona sottoposta a regime di restrizione, finalizzata ad avere informazioni su precedenti contatti con strutture e servizi dell’SSN, altri istituti penitenziari o strutture privato-accreditate (es. comunità terapeutiche).
- *Valutazione clinica*
per rilevare e valutare le effettive condizioni psico-fisiche e programmare il percorso clinico del successivo periodo di permanenza nella struttura penitenziaria e/o valutare sin dall’inizio un’eventuale situazione clinica non trattabile con le risorse dell’Istituto e di conseguenza, per quegli aspetti che suggeriscono rischio o compromissione severa per la salute del soggetto e/o per la comunità dei detenuti/reclusi, richiedere il ricovero immediato presso una struttura ospedaliera. In caso di rilievo di lesioni riconducibili a traumi recenti procedere alla emissione di referto nei termini previsti dalla legge (*vedi* DL.vo 123/2018 “Riforma dell’ordinamento penitenziario, in attuazione della delega di cui all’articolo 1, commi 82, 83 e 85, lettere a), d), i), l), m), o), r), t) e u), della legge 23 giugno 2017, n. 103” pubblicato su *Gazzetta Ufficiale* n. 250 del 26 ottobre 2018 - Suppl. Ordinario n. 50 e vigente al 10 novembre 2018).
- *Valutazione psicologica*
per la valutazione dello stato psicologico in rapporto al rischio suicidario e/o di etero-autoaggressività.
- *Attivazione dei servizi*
per l’avvio ai vari percorsi assistenziali dell’Istituto (Medicina di Base, Medicina Specialistica, Servizio Dipendenze tossicodipendenze, Dipartimento Salute Mentale ecc.).

Assistenza medica di base

Per tutti i detenuti sottoposti a regime detentivo ordinario o particolare (collaboratori di giustizia, 41 bis, alta sicurezza, reclusioni precauzionali, ecc.) è prevista un'assistenza sanitaria di base improntata sul modello del "case management" (recepimento dell'accordo in Conferenza Unificata del 2015), il cui intervento può essere richiesto direttamente dal soggetto ristretto, o riferito dall'agente di polizia penitenziaria o dall'infermiere in servizio o da altro personale dell'istituto (educatori, religiosi, volontari ecc). Rientrano, tra le competenze della medicina di base, le seguenti attività:

- Visita medica dei detenuti che ne fanno richiesta;
- 2° visita (visite successive all'entrata) dei "Nuovi giunti" per una rivalutazione più approfondita dello stato di salute con il supporto, ove necessario, di mediazione culturale, mediazione psicologica per eventuali rifiuti a trattamenti o esami e/o una valutazione dei problemi attivi da parte del medico psichiatra;
- Richiesta di consulenze specialistiche necessarie (ORL, psichiatria, cardiologia, infettivologia, ortopedia, dermatologia, ginecologia, Ser.D, ecc.);
- Assistenza medica di urgenza/emergenza per i casi critici, che possono potenzialmente presentarsi nel corso delle 24 ore, in attesa del trasferimento in strutture sanitarie per acuti;
- Assistenza medica per ricoveri programmati o specialistica esterna ospedaliera;
- Consegna dei referti HIV, congiuntamente con uno psicologo, ai sieropositivi neo diagnosticati;
- Controllo quotidiano e registrazione dei parametri vitali dei detenuti che rifiutano vitto e/o acqua;
- Monitoraggio dello stato di salute dei detenuti sottoposti ad isolamento;
- Chiusura del diario clinico a fine detenzione, ovvero, al momento del trasferimento in altro Istituto di pena. La relazione è comprensiva di diagnosi circostanziata, elenco aggiornato dei problemi attivi, principali esami effettuati, terapia in atto; citare la cartella informatizzata ove disponibile
- Certificazioni e relazioni sanitarie richieste dal Tribunale o dalle strutture esterne (ospedali, comunità terapeutiche ecc.) aventi titolo;
- Prevenzione delle malattie infettive;
- Controllo per le assunzioni improprie di farmaci e stupefacenti in carcere;
- Eventuali prestazioni sanitarie d'urgenza per tutti i presenti in istituto (operatori, visitatori e personale di Polizia penitenziaria);
- Promozione della salute ed educazione sanitaria
- Garanzia di salubrità degli ambienti di vita e igiene degli alimenti (in collaborazione con il locale Dipartimento di Prevenzione);

Altre attività sanitarie trasferite dal medico incaricato ex Legge 740/1970, al Responsabile dell'UO di Medicina Penitenziaria aziendale dell'Istituto, ai sensi della Legge 354/1975, del DL.vo 230/1999, del DPR 230/2000 e del DPCM 1/4/2008.

Ambulatori poli-specialistici

Presso l'istituto penitenziario – a seconda delle dimensioni e della Regione di appartenenza – vi possono essere strutture sanitarie quali: la piastra poli-ambulatoriale composta da Studi medici, Sala operatoria per interventi ambulatoriali, Sala di sterilizzazione, Sala radiologica e Sala odontoiatrica.

Al poliambulatorio accedono tutti i detenuti dell'Istituto penitenziario bisognosi di consulenza specialistica strumentale, accertamento diagnostico e trattamento chirurgico. Le richieste di

consulenza sono attivate dal medico di reparto con diversi gradi di priorità e, nel caso di urgenze non differibili, il paziente viene trasportato in ospedale all'esterno della struttura penitenziaria.

La procedura di selezione e preparazione del paziente per l'intervento chirurgico ambulatoriale comprende la visita chirurgica e anestesiologicala, l'elettrocardiogramma e gli esami ematochimici (protocollo ordinario pacchetto Accorpamento Prestazioni Ambulatoriali APA). I soggetti arruolabili al trattamento chirurgico che rientrano nella categoria chirurgia ambulatoriale con anestesia locale e paziente vigile. La sorveglianza postoperatoria è assicurata – laddove necessaria - dalla permanenza del paziente operato in un locale temporaneo e prossimo ai locali sanitari e che permetta una sorveglianza breve, nella saletta attigua alla Sala operatoria, al fine di garantire la deambulazione sicura per il rientro autonomo nel reparto di reclusione.

Richiesta di prestazione esterna

Il percorso relativo alla prestazione esterna segue una via articolata in base ai modelli organizzativi congiunti dell'Istituto di pena, della ASL localmente competente e delle strutture ospedaliere di riferimento territoriale. La richiesta di visita specialistica o prestazione ambulatoriale a partenza dal prescrittore dell'istituto penitenziario perviene alla struttura esterna che fissa un appuntamento. La data e l'orario sono comunicati al Nucleo Piantonamenti e Traduzioni (NPT) che provvede al trasporto del detenuto in andata e ritorno. Questa traduzione può essere eseguita anche da ambulanza con personale addetto, qualora necessario.

Servizio tossicodipendenze

L'assistenza alle patologie da dipendenza è articolata negli istituti penitenziari secondo le normative vigenti in materia. A titolo esemplificativo, per la simulazione del macroprocesso Servizio tossicodipendenze, una possibile articolazione può seguire il seguente percorso: il detenuto "Nuovo giunto", dopo l'immatricolazione entra nell'area sanitaria dove viene classificato come soggetto consumatore (ovvero soggetto con sospetto di uso/abuso/dipendenza da alcol e/o sostanze stupefacenti, *gambling*, ecc.) e comunicata al Servizio per le Dipendenze (Ser.D). A questo flusso informativo segue l'apertura della cartella Ser.D con anamnesi medica, anamnesi tossicologica, valutazione clinica generale e valutazione sindrome astinenziale, prescrizione terapia sostitutiva o terapia farmacologica sintomatica, acquisizione firma consenso al trattamento dati personali, consenso all'eventuale terapia farmacologica sostitutiva, prescrizione esame urine per ricerca metaboliti sostanze stupefacenti. L'esito di questo approfondimento diagnostico può essere negativo, il paziente non viene preso in carico dal servizio dipendenze e la cartella clinica viene chiusa, rimanendo agli atti, secondo le procedure in atto in ciascuna Regione.

Costruzione del "Pallottoliere" e stesura del piano procedurale

Esplicitati i macroprocessi, è necessario intersecare nella matrice a doppia entrata le linee di attività individuate con le Raccomandazioni ministeriali sopra elencate e/o con altre fonti inerenti la sicurezza delle cure (Figura 1 e 2).

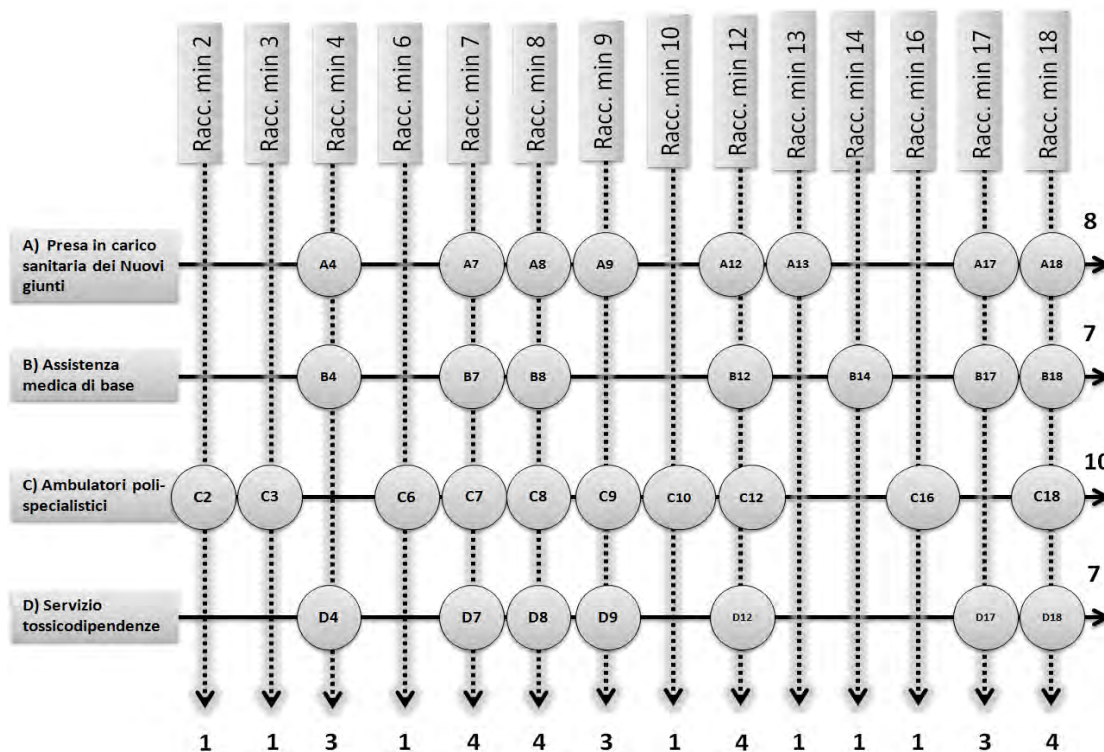


Figura 1. "Pallottoliere" delle Raccomandazioni ministeriali con le linee di macroprocesso

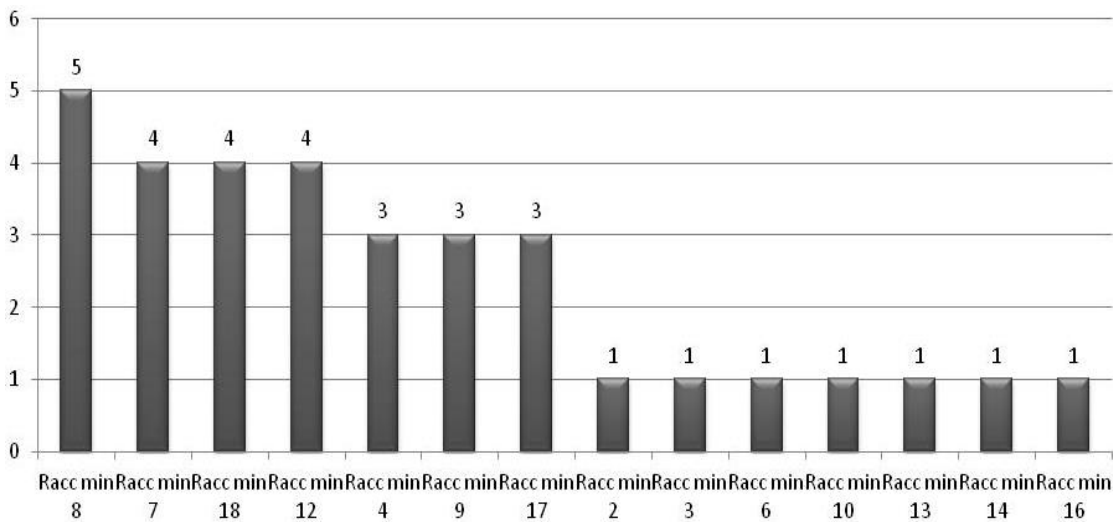


Figura 2. Rappresentazione delle implicazioni delle Raccomandazioni ministeriali

Il numero di Raccomandazioni ministeriali coinvolte nei macropercorsi sanitari individuati nel presente studio è ordinato in senso decrescente nel grafico seguente (Figura 3).

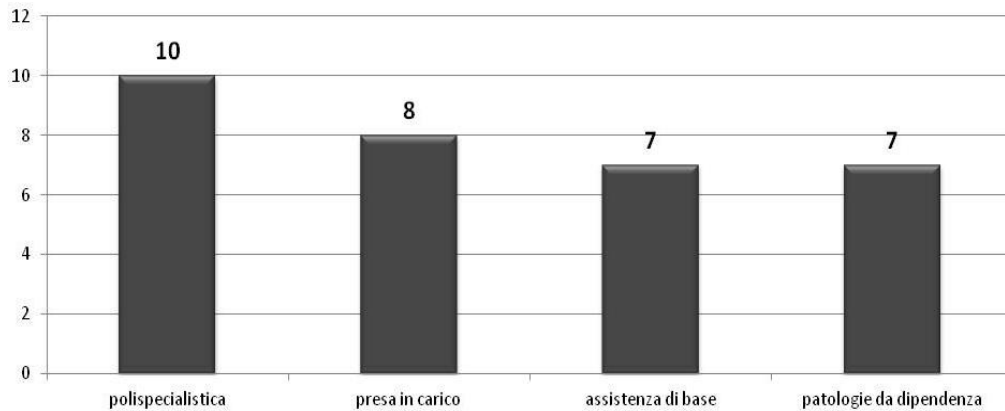


Figura 3. Rappresentazione delle implicazioni dei macropercorsi

Dalla mappatura in due dimensioni delineata in Figura 1 consegue, attraverso un processo di sintesi e redazione documentale, il Piano procedurale (Allegato al capitolo) per la messa in sicurezza delle specifiche attività previste nei differenti macroprocessi sopra descritti, in coerenza con le Raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza delle cure (1-5).

Conclusioni

Il modello proposto permette di:

- orientare il Risk manager nella fase iniziale del processo di mappatura del rischio clinico all'interno di una struttura penitenziaria, usualmente ad alta complessità e di nuova istituzione;
- agevolare la stesura del piano procedurale mediante la redazione di un numero sintetico di documenti procedurali;
- individuare i nodi a più elevato impatto sulle raccomandazioni al fine di produrre procedure selettivamente orientate alle specifiche organizzative della struttura di reclusione;
- ipotizzare l'istituzione di una struttura permanente deputata alla gestione del rischio clinico con funzioni di implementazione, promozione e monitoraggio delle buone pratiche clinico assistenziali in ambito di medicina penitenziaria. Ogni penitenziario dovrebbe dotarsi di un Risk manager dedicato e sufficientemente formato e addestrato (6, 7).

Bibliografia

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: US National Academies Press; 2000.
2. Hollnagel E. *Safety-I and Safety-II: the past and future of safety management*. Boca Raton, FL: CRC Press; 2014.
3. Pascu D, Romano G, Zanovello G, Rimondini M. *Apprendere dagli errori, un viaggio nella sicurezza del paziente attraverso storie di eventi avversi*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2015.
4. Governo clinico e sicurezza delle cure. *Raccomandazioni del Ministero*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile al'indirizzo: <http://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglio>

ContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=lineeguida; ultima consultazione 21/01/2018.

5. Italia. Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.64 del 17 marzo 2017.
6. Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema - Ufficio III. *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari*. Roma: Ministero della Salute; 2007.
7. Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema - Ufficio III. *Risk management in sanità. Il problema degli errori*. Roma: Ministero della Salute; 2004.

Allegato al capitolo

Piano procedurale per l'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali

Ambito procedurale	Nodi critici e obiettivi procedurali	Raccomandazioni ministeriali
1) Sicurezza del percorso chirurgico e odontoiatrico	C2; C3; C10 <i>Prevenire la ritenzione di materiale e/o la sottrazione dolosa di aghi, taglienti o strumentario</i> <i>Prevenire errori nella corretta identificazione delle lesioni cutanee da asportare e che richiedano accertamento istologico.</i> <i>Prevenire le complicanze operatorie in odontoiatria</i>	Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati
2) Prevenzione del suicidio	A4; B4; D4. <i>Effettuare uno screening del rischio suicidario nella fase della presa in carico, nel corso dell'assistenza medica di base e nel trattamento dei soggetti con patologia da dipendenza</i>	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
3) Sicurezza nella terapia farmacologica	A7; B7; C7; D7; A12; B12; C12; D12; B14; A17; B17; D17; A18; B18; C19; D18. <i>Regolamentare la terapia farmacologica nei diversi macroprocessi dei percorsi sanitari all'interno del Complesso penitenziario in relazione alle raccomandazioni ministeriali</i>	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike" Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli
4) Gestione sicura della gravidanza e del puerperio	C6; C16. <i>Garantire il corretto monitoraggio della gravidanza e prevenzione di parto precipitoso in carcere</i>	Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
5) Prevenzione atti di violenza verso operatori sanitari	A8; B8; C8; D8. <i>Produrre indicazioni comportamentali finalizzate a ridurre il rischio aggressivo da parte dei detenuti/reclusi</i>	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
6) Corretta gestione dei dispositivi elettromedicali	A9; C9; D9. <i>Garantire la corretta gestione degli elettromedicali</i>	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
7) Prevenzione e classificazione delle lesioni da caduta	A13. <i>Prevenire lesioni da caduta in soggetti con alterazione del sensorio, dell'equilibrio e della coordinazione motoria nella presa in carico del paziente e obiettivare eventuali lesioni traumatiche riferite a caduta.</i>	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie

Formazione

FORMAZIONE DEL PERSONALE PENITENZIARIO E PREVENZIONE DELLO STRESS

Gemma Marotta

Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale, Università "Sapienza", Roma.

Uno sguardo alla normativa

La Legge 395/1990 ha avuto l'obiettivo di modificare, in modo lungimirante, l'amministrazione penitenziaria e di istituire il Corpo di Polizia Penitenziaria con l'intento di aumentare la formazione e la professionalità di coloro i quali, come operatori di polizia, agiscono negli istituti di pena (1). Tale riforma ha gettato le basi di un cambiamento radicale e moderno, necessario ma che richiede, come imprescindibile presupposto, una specifica formazione del personale di polizia penitenziaria. I complessi e delicati compiti, che gli agenti devono espletare, vanno al di là di quelli che comunemente la società ritiene debbano svolgere. Questi compiti spaziano da una dovuta autorevole fermezza, che possa permettere l'ordine e la sicurezza all'interno degli istituti di pena, ad un'altrettanta dovuta sensibilità, che possa permettere la partecipazione degli agenti alle attività d'osservazione e di trattamento rieducativo dei detenuti e degli internati. Prima della Legge del 1990 agli agenti di custodia e alle vigilatrici penitenziarie erano demandati, prevalentemente, compiti di custodia e sicurezza; successivamente ne sono state ampliate le mansioni in virtù di una migliore identificazione dell'effettiva professionalità degli appartenenti al Corpo di Polizia Penitenziaria, considerato una forza civile avente ordinamento, organizzazione e disciplina rispondenti ai propri compiti istituzionali. Oltre ai compiti, precedentemente svolti dagli agenti di custodia, afferenti sorveglianza e sicurezza, il nuovo corpo di polizia penitenziaria (art. 5 Compiti Istituzionali): assicura l'esecuzione dei provvedimenti restrittivi della libertà personale; garantisce l'ordine all'interno degli istituti di prevenzione e pena e ne tutela la sicurezza; partecipa, anche nell'ambito di gruppi di lavoro, alle attività di osservazione e di trattamento rieducativo dei detenuti e degli internati; espleta il servizio di traduzione e di piantonamento dei detenuti e degli internati ricoverati in luoghi esterni di cura. La suddetta legge rappresenta uno degli anelli fondamentali dell'evoluzione legislativa del sistema giuridico penitenziario in base al dettato dell'art.27 c.3 della Costituzione. I successivi decreti delegati, previsti dalla legge di riforma, costituiscono un fondamentale momento dell'attuazione della stessa, anche se il tempo impiegato per il loro articolato iter formativo ha posticipato il momento della sua effettiva realizzazione sia a livello centrale che periferico. Per brevità di discorso basti menzionare il DPR 82/1999, che riprende il regolamento di servizio del Corpo di Polizia Penitenziaria aggiornando alcune disposizioni della riforma n. 395/1990 dopo ben nove anni dalla sua pubblicazione: in particolare degno di nota è l'art. 11 "Formazione e aggiornamento professionale: 1. Il personale del Corpo di polizia penitenziaria è tenuto alla formazione e all'aggiornamento professionale, anche mediante la frequenza di corsi a carattere residenziale, secondo le modalità stabilite dall'Amministrazione penitenziaria, che attua in tale settore ogni iniziativa utile al fine di assicurare livelli di adeguata professionalità e costante aggiornamento".

Va sottolineato che la norma più importante riguardo alle modalità di trattamento e di servizio degli agenti all'interno degli istituti penitenziari, non è il regolamento generale del Corpo di Polizia Penitenziaria, ma il regolamento di esecuzione della Legge 354/1975, il DPR 431/1976, che rendeva operativa la tanto attesa "riforma" penitenziaria; sono passati ben 24 anni per ritoccare e modificare il regolamento penitenziario con il DPR 230/2000.

Gli articoli di tale regolamento intendono stabilire, per linee generali, le condotte da seguire sia da parte dei detenuti sia da parte degli operatori penitenziari. È importante concentrare l'attenzione proprio sulle modalità con cui interagiscono i poliziotti penitenziari, che, sicuramente, svolgono un ruolo fondamentale nel far rispettare le norme, nello stile di vita del detenuto, nel clima lavorativo e, possibilmente, nel cambiamento stesso che il sistema penitenziario intende promuovere nell'individuo deviante. Queste considerazioni dimostrano quanto sia delicata e gravosa l'opera svolta dagli agenti, che devono sempre più contare su un'adeguata formazione professionale e umana, poiché devono trattare con persone con molteplici problemi e con caratteristiche specifiche. Ciò significa avere una considerevole preparazione e formazione nell'ambito delle dinamiche psicologiche, sottolineando in particolare il versante relazionale e tutto quello che riguarda i meccanismi psicologici e di comunicazione.

Un altro tassello fondamentale è rappresentato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 2008) "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" (2). L'attuazione della riforma della medicina penitenziaria ha richiesto la condivisione da parte di tutte le istituzioni coinvolte di ogni progettualità a livello nazionale, regionale e locale. Si è così sostanziato il principio fondante della riforma, avente come obiettivo quello di offrire alle persone detenute un'assistenza sanitaria pari a quella dei cittadini liberi e che si ispiri al criterio della globalità dell'intervento, dell'unitarietà dei servizi e delle prestazioni, dell'integrazione dell'assistenza socio-sanitaria, della garanzia della continuità terapeutica. In accordo con il Piano Sanitario Nazionale, nelle Linee di indirizzo allegate al DPCM 2008 sono indicati i principi e i principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti, tenuto conto della specificità della condizione di reclusione e di privazione della libertà, attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute della popolazione ristretta negli istituti di pena. I principi di riferimento prevedono il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, tra gli individui liberi e gli individui detenuti e internati; la necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale tra Servizio Sanitario Nazionale e Amministrazione penitenziaria, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute, nonché le esigenze di sicurezza all'interno degli Istituti penitenziari, delle Comunità e dei Centri Diagnostici Terapeutici (CDT). Le Linee di indirizzo specificano come gli interventi a tutela della salute debbano essere strettamente complementari con gli interventi mirati al recupero sociale del reo, attraverso azioni e programmi condotti con il concorso di tutte le istituzioni interessate, delle cooperative sociali e delle associazioni di volontariato; l'efficacia di tali interventi integrati è favorita dalla partecipazione diretta dei detenuti alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, e ai percorsi di preparazione all'uscita. Gli Istituti penitenziari e i CDT dovrebbero garantire, compatibilmente con le misure di sicurezza, condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona, evitando condizioni insostenibili di sovraffollamento, rispettando i valori religiosi e culturali. Le Linee di indirizzo individuano nella continuità terapeutica un principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura, che deve essere garantita dal momento dell'ingresso in carcere, durante gli eventuali spostamenti dei detenuti tra diversi Istituti penitenziari, e dopo la scarcerazione. Gli obiettivi da perseguire consistono nella promozione della salute, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, mirata all'assunzione di responsabilità attiva nei confronti della propria salute; nella promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà. Inoltre l'attuazione della prevenzione primaria, secondaria e terziaria, tramite progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socio-culturali, con riferimento anche agli stranieri. Al fine di perseguire tali obiettivi, le Linee di indirizzo individuano delle azioni

specifiche, tra cui si segnala, ai fini del presente lavoro, quello di “attivare programmi di formazione continua, con particolare riferimento all’analisi del contesto ambientale e alle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale, sia dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, che del personale della polizia penitenziaria”. L’esperienza acquisita all’interno degli Istituti penitenziari e in particolare le azioni concrete poste in essere pongono in luce la necessità di organizzare il lavoro all’interno di gruppi composti da diversi operatori penitenziari, superando una rigida distribuzione delle competenze settoriali, a favore di una rete di rapporti “interdipendenti e interdisciplinari”. La componente essenziale di qualsiasi programma di prevenzione, come nel caso qui all’attenzione, delle problematiche sanitarie, del disagio psichico in carcere e delle manifestazioni ad esso legate, non può prescindere dalla formazione del personale, in primis degli appartenenti al Corpo di Polizia Penitenziaria, spesso gli unici operatori potenzialmente in grado di intervenire in concreto, a fronte del verificarsi di emergenze ed eventi critici.

Questi ultimi dovrebbero essere destinati ad una specifica formazione e addestramento, che li abiliti alla gestione di situazioni di prevalente disagio sia fisico che mentale, in tutte le sue manifestazioni comportamentali. Tra i compiti istituzionali che la Polizia Penitenziaria espleta, oltre alla tutela dell’ordine e della sicurezza negli Istituti, come si è già detto, vi è la partecipazione a gruppi di lavoro e alle attività di osservazione e trattamento rieducativo dei ristretti. Lo stesso Comandante del Reparto partecipa alle riunioni del GOT (Gruppo di Osservazione e Trattamento) e dell’équipe, in cui confluiscono i fondamentali elementi raccolti dal personale, contributo di conoscenza di ineliminabile e insostituibile portata. Le diverse indicazioni dell’Amministrazione Penitenziaria sottolineano che “la funzione di supporto psicologico e umano”, sebbene non strettamente rientrante nei fini istituzionali, è delegata sempre più spesso alla Polizia Penitenziaria, considerata la sua assidua e costante presenza nelle sezioni detentive, tanto da suggerire la creazione di un “servizio di ascolto”, con l’intervento integrato della stessa accanto ad altri operatori. Seguendo tale linea, specie per quanto attiene il personale addetto a particolari sezioni e/o reparti, potrebbe anche essere prevista un’apposita specializzazione, riconosciuta dall’ordinamento del Corpo, in analogia a quanto previsto, ad esempio per gli operatori di Polizia Penitenziaria addetti alle strutture penitenziarie in ambito minorile.

Stato di salute della popolazione detenuta

Le prime rilevazioni sono state svolte dall’Ufficio III Servizio Sanitario della Direzione Generale Detenuti e Trattamento, attraverso la messa a punto di un Indice dello Stato di Salute della popolazione detenuta, da cui si traggono alcune informazioni, seppur datate, delle principali patologie presentate dai detenuti. Il sistema dell’Indice dello Stato di Salute fa parte di un più ampio progetto di informatizzazione della cartella clinica che consente la raccolta dati in maniera automatica e più capillare, con la sua duplice valenza, di rilevazione delle situazioni cliniche e di quantificazione della spesa di gestione delle stesse, in modo da ottenere da un lato una statistica clinica e dall’altro di valutare e motivare i finanziamenti necessari a gestire l’assistenza sanitaria in carcere.

Dal primo rapporto basato sull’Indice dello Stato di Salute, risalente al 2004 ed esaminato dalle Commissioni Giustizia e Igiene e sanità del Senato nel 2010 nell’ambito dell’attività conoscitiva, si legge che appena il 20% dei detenuti risultava sano, mentre il 38% si trovava in condizioni di salute mediocri, il 37% in condizioni scadenti e il 4% in condizioni gravi e con alto indice di comorbidità, vale a dire più criticità ed handicap in uno stesso paziente. Tra le cinque patologie maggiormente diffuse, si registravano: il 27% dei detenuti in stato di tossicodipendenza, il 15% con problemi odontoiatrici, altrettanti con depressione e altri disturbi psichiatrici, il 13%

con malattie osteo-articolari e il 10% con malattie epatiche; oltre al fatto che la stessa tossicodipendenza risultava spesso associata ad AIDS, epatite C e disturbi mentali. Si potrebbe pensare che sugli aspetti sanitari non vi siano 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 penitenziario. Da tali dati non era ancora possibile formulare una esatta statistica clinica delle patologie relative alla popolazione detenuta, perché non raccolti in maniera organica e dettagliata. In pratica si è potuto formulare 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. Questa approssimazione è stata tuttavia utilizzata per la previsione delle risorse da impiegare nella gestione del Servizio Sanitario Penitenziario, e almeno per quanto riguarda il D.Lgs. 230/99, per la formulazione degli indirizzi di riforma dell'assistenza in carcere.

Un quadro sicuramente più preciso, sia metodologicamente che lessicalmente, si deve alla ricerca "La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico", promossa dalla Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS Toscana) e finanziata dal Centro controllo malattie del Ministero della Salute, che ha coinvolto tutti i detenuti presenti negli istituti penitenziari di sei regioni (Toscana, Veneto, Lazio, Liguria, Umbria e Azienda sanitaria di Salerno) il 3 febbraio 2014 (3). In tal modo si sono potute fotografare le condizioni di salute di circa 16.000 detenuti in 57 istituti con particolare attenzione alla valutazione del rischio suicidiario e alla sperimentazione di azioni preventive. Dall'elaborazione delle schede informatizzate, compilate con i dati socio-demografici e sanitari contenuti nella cartella clinica cartacea dei detenuti, si è rilevato che, nonostante l'età media relativamente bassa (39,6 anni), oltre il 70% del campione è affetto da una qualche patologia. Nel dettaglio emerge che oltre il 40% dei detenuti arruolati presenta una patologia psichiatrica (ansia, disturbo nevrotico o reazioni di adattamento, depressione), fra cui la prima è la dipendenza da sostanze, in primis la cocaina, che coinvolge il 24% di tutto il campione. Le malattie dell'apparato digerente si collocano al secondo posto con il 14,5%, con una prevalenza delle patologie dei denti e del cavo orale. Nella comunità promiscua e sovraffollata del carcere, poi, si concentrano malattie infettive (epatite C, epatite B e HIV) che colpiscono l'11,5% dei soggetti arruolati. Non meno interessante è quanto emerso riguardo ai tentativi di suicidio e ai gesti di autolesionismo: il 5% dei detenuti aveva messo in atto almeno due volte un gesto autolesivo nel corso dell'ultimo anno. In questo ambito si è effettuato uno screening su tutti i nuovi giunti dalla libertà, a cui è risultato positivo il 53% dei soggetti per patologie prevalentemente relative a disturbi psichici e dipendenza da sostanze. A questi ultimi è stato applicato un protocollo specifico di prevenzione con totale successo: nessuno ha tentato il suicidio.

Gli aspetti di criticità correlabili alla comunità carceraria prospettano aree di intervento prioritarie, quali malattia mentale, tossicodipendenza, complesso delle patologie riferibili al sistema cardio-circolatorio, malattie infettive. Tra le patologie 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 la mole degli interventi sanitari forniti in risposta alla domanda espressa dalla popolazione detenuta e alle esigenze dell'organizzazione dell'istituto penitenziario. A fronte delle numerose incombenze del medico, nascono spesso problemi dovuti alla mancanza di comunicazione e interazione con l'area della sicurezza, se tali interventi non si attuano nella più stretta sinergia. In questi casi, più che mai, vi è la difficoltà di gestire situazioni molto delicate, che, se non affrontate nell'ottica della più ampia collaborazione, possono causare disagio alla gestione complessiva dell'Istituto, soprattutto nel caso di un evento critico come l'autolesionismo o il tentativo suicidiario del soggetto sottoposto alla misura dell'isolamento. In queste situazioni è indispensabile attuare un intervento integrato, che consenta di agire tempestivamente a seguito di un monitoraggio di équipe, svolto da tutte le figure professionali coinvolte, nella comprensione e

nel rispetto delle duplice esigenze, sanitarie e di sicurezza, al fine di trovare soluzioni idonee a problemi la cui gestione richiede molta attenzione, perché riguarda l'incolumità e la vita della persona che versa in condizioni di estremo disagio fisico e mentale.

Formazione/informazione del personale

In armonia con il monitoraggio continuo della salute delle persone detenute, quindi, si dovrebbe favorire la formazione degli operatori penitenziari che stanno a più stretto contatto con esse: i poliziotti penitenziari. Nei più recenti progetti formativi per gli allievi agenti di polizia penitenziaria sono presenti tra le materie dell'area disciplinare tecnico-operativa: "Educazione sanitaria ed elementi di primo soccorso" ed "Elementi di socio-psicologia della devianza" (4). In particolare per quanto riguarda la prima materia i contenuti sono: I principi d'igiene e profilassi nelle comunità; Le malattie infettive e le misure per la prevenzione del contagio; L'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari; Tossicodipendenza e alcol dipendenza; Il disagio psichico; Elementi di primo soccorso nei più frequenti casi di incidenti o malori; Primo intervento in caso di arresto cardiaco (*Basic Life Support*, BLS e *Basic Life Support and Defibrillation*, BLS-D); Tecniche di intervento nei casi di autolesionismo e di tentato suicidio e procedure da seguire. Nel caso della seconda i contenuti ricalcano i prevalenti programmi accademici di criminologia. In ogni caso il monte ore dedicato a ciascuna disciplina è rispettivamente di 20 e 18, cui si possono aggiungere 8 ore di approfondimento sulla "Gestione del disagio psichico". Alla luce di ciò emerge la scarsità di tempo dedicato alla formazione in campo sanitario. A dimostrazione di quanto detto, basti pensare al problema delle urgenze ed emergenze, che costituiscono le situazioni più delicate e frequenti in ambito carcerario in cui è richiesto un tempestivo intervento del sanitario. Nel caso delle urgenze sono necessarie una diagnosi e una terapia in tempi rapidi, spesso con la necessità di eseguire esami strumentali, valutare l'effetto dei farmaci somministrati ed eventualmente organizzare il trasferimento del paziente presso strutture più adeguate. Nelle emergenze, invece, la situazione è di gravità tale da richiedere l'intervento medico in tempi brevissimi, spesso in pochi minuti. Se tali situazioni sono di difficile gestione nel comune ambiente ospedaliero, nei penitenziari diventano ancora più complesse: in tali strutture la medicina ha spesso una valenza di tipo psicologico o igienico-preventivo, pertanto manca la pratica con questo problema clinico; inoltre il personale è scarso e le attrezzature a disposizione non sempre ottimali. Per questo sono particolarmente importanti i corsi di formazione e aggiornamento non solo di medici e paramedici, ma anche del personale interno, l'adeguamento delle attrezzature e l'insegnamento dei principi base della rianimazione cardiopolmonare ai detenuti stessi. Anche in questi casi è fondamentale l'integrazione tra l'area sanitaria e quella della sicurezza, per gestire l'urgenza con la massima collaborazione, al fine trovare soluzioni condivise, attraverso un quotidiano e sinergico confronto, nel rispetto dei reciproci ruoli. Infatti, alle difficoltà insite nella soluzione di un grave problema clinico, insorto improvvisamente, si aggiungono quelle di ordine burocratico legate al trasferimento del detenuto, normalmente autorizzato dall'autorità giudiziaria. Tra i casi che possono presentare i caratteri di urgenza o emergenza, il tentativo di suicidio da parte di un detenuto configura un'emergenza medica che richiede un intervento tempestivo, così come i gesti autolesivi o anche soltanto le manifestazioni della volontà di metterli in atto. Vi sono poi malattie del sistema nervoso che possono configurare situazioni di emergenza clinica tali da richiedere l'immediato trasferimento in centri di cura esterni. Si deve considerare l'attività di intervento sanitario urgente in Istituto Penitenziario esclusivamente come primo soccorso, giacché 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 riguarda situazioni di primo soccorso. Tra le cause si possono individuare aspetti più propriamente penitenziari, quali autolesionismo, tentativi di suicidio, traumatismi indotti o accidentali, e aspetti più generali come, più frequenti, emergenze cardiorespiratorie, intossicazione acuta da alcol o sostanze stupefacenti. Nelle strutture penitenziarie vi è carenza di 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 al ricovero esterno comporta, infatti, particolari oneri e attività da parte degli altri settori, quali la comunicazione all'Autorità Giudiziaria e agli Uffici superiori, la predisposizione della traduzione presso la struttura ospedaliera, il relativo piantonamento, e la predisposizione di altre misure di sicurezza nel caso di detenuto proveniente dal circuito di massima sicurezza, o quando trattasi di detenuto di cui all'art. 41bis dell'Ordinamento Penitenziario.

Perciò è fondamentale che il percorso formativo degli operatori della sicurezza sia specifico e continuo sulle diverse problematiche emergenti in carcere e sia costantemente monitorato a livello teorico e con verifiche pratiche. Va tenuto conto che l'attività formativa connessa alla medicina penitenziaria necessita, prima di tutto, di un ambiente comunicativo e operativo condiviso perché implica inevitabilmente un'integrazione e collaborazione inter-professionale. Si tratta sempre di un "lavoro di gruppo", in grado di favorire la conoscenza sanitaria, ridurre le distanze dei ruoli e superare le reciproche resistenze. Inoltre, lo scambio comunicativo tra operatori sanitari e penitenziari implica l'utilizzo di un linguaggio chiaro e comune, non troppo scientifico e di difficile comprensione per i non addetti (5-15).

L'idea di base è che la preparazione professionale di ogni operatore, basata su una formazione peculiare della specifica categoria di appartenenza, sia arricchita attraverso l'interazione con le figure professionali sanitarie in modo da raggiungere un proficuo interscambio professionale. Per la Polizia Penitenziaria, è auspicabile che tale formazione contribuisca anche a migliorare la percezione del proprio ruolo, poiché ciò permetterebbe di gestire le relazioni con i detenuti non più in modo intuitivo e personale ma con quell'arricchimento culturale necessario a dare, finalmente, una nuova immagine di questa difficile professione. La conseguenza sarebbe, infatti, che gli agenti, opportunamente formati e dotati dei necessari strumenti conoscitivi, verrebbero posti in condizione di capire i segnali di malessere dei detenuti e, quindi, di attivarsi e confrontarsi in maniera più adeguata con gli operatori sanitari. Ciò è tanto più necessario quanto più si consideri che la relazione con le persone detenute è molto logorante e comporta, anche per gli operatori, importanti costi emotivi ove affrontata senza adeguati strumenti.

Stress e *burnout* lavoro-correlato

Complessità e delicatezza dell'ambiente, in cui lavorano quotidianamente gli operatori penitenziari, devono essere sempre considerate nella formazione professionale, ma è, soprattutto, la variabilità di relazioni e rapporti, cui prende parte l'agente, l'elemento di maggiore tensione e stress. Se ne accenna per completezza di discorso e perché rappresenta un altro aspetto del problema della salute in ambiente penitenziario: le situazioni di stress dettate da condizioni personali, da condizioni organizzative/istituzionali, i conflitti che possono nascere con superiori, colleghi e detenuti e il mancato sostegno e riconoscimento sociale devono essere valutati come fattori che possono causare demotivazione e insoddisfazione, provocando quell'atteggiamento rigido e distaccato con i detenuti, tipico del burnout (16-19). Secondo la classificazione di

Eisenstat & Felner, l'istituto penitenziario è un "sistema burnout", perciò soltanto un intervento mirato a livello organizzativo può modificare le attese di ruolo, creando maggiori stimolazioni e motivazioni e abbassando il livello di disagio e malessere che si presenta negli operatori penitenziari. Una strategia d'intervento per la prevenzione del burnout, ritenuta efficace e utile nello specifico ambito del Corpo di Polizia Penitenziaria, è un percorso formativo centrato sulla conoscenza del fenomeno e sulle conseguenze che comporta; sull'aggiornamento centrato su acquisizioni mediche e psicologiche dei problemi legati all'Aids, alla tossicodipendenza, alle conseguenze psico-fisiche che la restrizione di libertà comporta negli individui; sulla capacità di un "saper essere" e "saper fare" adeguato nella relazione con i detenuti favorendo nell'espletamento delle funzioni istituzionali quell'interessamento distaccato (*detached concern*) che permetta un equilibrio, difficile da raggiungere e mantenere, tra empatia e obiettività. Infine, si considera di estrema efficacia anche la possibilità di una supervisione e di un lavoro di gruppo, che permetta la condivisione di vissuti e sentimenti tra i colleghi e favorisca il supporto emotivo e il senso di appartenenza al contesto lavorativo.

Un esempio virtuoso di iniziativa in questo ambito è l'approvazione nel dicembre 2011, da parte della Regione Lazio, del progetto degli interventi a sostegno degli operatori penitenziari proposti dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione penitenziaria del Lazio, che riguarda la costituzione di un servizio di counseling psicologico per il personale della polizia penitenziaria (20). Tale servizio, primo nato in Italia grazie ad una convenzione stipulata tra il DAP e l'ASL dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma, vuole promuovere la salute degli operatori, favorire l'individuazione di eventuali e potenziali difficoltà psicologiche e la loro risoluzione attraverso un Centro di Ascolto e di incontro con specialisti della salute mentale. Come si legge nel progetto: "lo specialista competente (psicologo/psicoterapeuta) svolge un'azione di indagine, ascolto, prevenzione, informazione e formazione e dove necessario di cura". La speranza è che questo tipo di intervento, rivolto solo al personale della Polizia Penitenziaria in servizio presso gli istituti penitenziari di Roma, Civitavecchia, Viterbo, Velletri e Frosinone, per un totale di 2.658 persone, venga promosso in tutte le regioni

Conclusioni

Come si può arguire, il problema della formazione/informazione in campo sanitario degli operatori penitenziari, e in special modo degli appartenenti alla polizia penitenziaria, non riguarda soltanto gli aspetti del primo soccorso, come finora prevalentemente affrontati nei corsi svolti, ma soprattutto le condizioni di salute delle persone detenute e di chi opera in carcere. Tant'è che la questione dovrebbe interessare e coinvolgere non solo materie mediche e infermieristiche, ma anche la sociologia della salute, giacché la detenzione ha effetti a breve, medio e lungo termine sulla salute del singolo e della collettività (si pensi alle malattie trasmissibili) e, non ultimo, la psicologia per le note implicazioni di alienazione e spersonalizzazione dell'istituzione totale. Se molte di esse (sovraffollamento, solitudine, perdita degli affetti, routine della vita quotidiana scandita da regole e orari prestabiliti ecc.) la persona detenuta le "vive sulla propria pelle" con grande sofferenza, nondimeno le "vive sulla propria pelle" l'operatore per il peso di lavorare in un'istituzione totale che riproduce un sistema di comunicazione autoreferenziale, che limita il confronto interpersonale e interprofessionale

Insomma i fattori patogenetici in carcere sono numerosi e coinvolgono più saperi che dovrebbero costituire in maniera consistente la formazione e l'aggiornamento del personale penitenziario.

Bibliografia

1. Italia. Legge 15 dicembre 1990, n. 395. Ordinamento del Corpo di polizia penitenziaria. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 300 del 27.12.1990 - Suppl. Ordinario n. 88.
2. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008. Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 126 del 30.5.2008.
3. *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*. Firenze: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; 2015. (Documenti ARS Toscana, n. 83).
4. Polizia Penitenziaria. *CLXXIII Corso Allievi Agenti*. Dicembre 2017- Giugno 2018. Disponibile all'indirizzo: www.polpenuil.it/attachments/article/7983/173_corso_progetto_formativo_definitivo.pdf; ultima consultazione 18/06/2019.
5. Franceschini A. La medicina penitenziaria. In: Giusti G (Ed.). *Trattato di medicina legale e Scienze affini*. Padova: Cedam; 2009. vol. VIII, cap. CCLII.
6. Giostra G, Della Casa F. *Ordinamento Penitenziario. Commentato*. Padova: Cedam; 2015.
7. Libianchi S, Arnaudo A. *La riforma della sanità penitenziaria*. Torino: Publiedit; 2013.
8. Brunetti C, Sapia C. *Psicologia penitenziaria*. Torino: Edizioni Scientifiche Italiane; 2007.
9. Buffa P. *I territori della pena. Alla ricerca dei meccanismi di cambiamento delle prassi penitenziarie*. Torino: EGA; 2006.
10. Ceraudo F. *La storia della medicina penitenziaria*. Pisa: Archimedia Ed.; 1998.
11. Concato G, Rigione S (Ed.). *Per non morire di carcere, Esperienze di aiuto nelle prigioni italiane tra psicologia e lavoro di rete*. Milano: FrancoAngeli; 2005.
12. De Leo G, Patrizi P (Ed.). *La formazione psicosociale per gli operatori della giustizia*. Milano: Giuffrè; 1995.
13. De Leo G, Patrizi P. *Psicologia giuridica*. Bologna: Il Mulino; 2002.
14. Esposito M (Ed.). *Malati in carcere, Analisi dello stato di salute delle persone detenute*. Milano: Franco Angeli; 2007.
15. Vianello F. *Il carcere. Sociologia del penitenziario*. Roma: Carocci; 2014.
16. Del Rio G. *Stress e lavoro nei servizi*. Roma: Carocci; 2000.
17. Eisenstat RA, Felner RD. Toward a differential view of stress and burnout in the human services: The impact of job involvement and work environment on quality of care. *American Journal of Community Psychology* 1984;4:411-430.
18. Eisenstat RA, Felner RD. Organizational mediators of the quality of care: Job stressors and motivators in human service settings. In: Farber BA (Ed.). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon Press, Inc.; 1983. p. 142-52.
19. Stotland E, Pendleton M. Workload, stress, and strain among police officers. *Behavioral Medicine* 1989;15:5-17.
20. Regione Lazio, Giunta regionale. *Approvazione del progetto degli interventi a sostegno degli operatori penitenziari proposti dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione penitenziaria del Lazio*. Deliberazione n. 603 del 16/12/2011; proposta n. 22770 del 22/11/2011.

CORSO DI PERFEZIONAMENTO UNIVERSITARIO IN SANITÀ PENITENZIARIA: UNA NECESSITÀ PER I PROFESSIONISTI CHE OPERANO NELLE CARCERI

Maria Triassi (a), Sandro Libianchi (b,c), Antonella Molese (a)

(a) *Dipartimento di Sanità Pubblica, Università "Federico II", Napoli*

(b) *Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane, Roma*

(c) *Unità Operativa "Salute penitenziaria", III Casa Circondariale, Complesso Polipenitenziario di Rebibbia - ASL Roma 2*

Introduzione

Le importanti trasformazioni istituzionali intervenute dopo la Legge 419/1998 sul "Riordino della Medicina Penitenziaria" e dopo il DPCM del 1° aprile 2008, hanno generato – e tuttora generano – l'esigenza di avvalersi di personale specificamente preparato a lavorare in contesti di particolare complessità, come quelli degli istituti penitenziari.

Il percorso professionale necessario per acquisire tali competenze deve contemplare, oltre agli aspetti strettamente assistenziali, anche una conoscenza adeguata della normativa del settore sanitario e penitenziario - sempre tra loro correlati.

Numerosi provvedimenti si sono susseguiti nel tempo, facendo emergere l'esigenza di un Testo Unico, che permetta di poter applicare prassi e procedure in condizioni di sicurezza applicativa: tra i fattori di criticità, non ultima è la coesistenza - in ambito penitenziario – di leggi e regolamenti "travasati" dal Servizio Sanitario Nazionale.

È il caso, ad esempio, delle norme che regolamentano la *privacy* e il consenso informato, come della profonda evoluzione del concetto di responsabilità medica e sanitaria – ma anche del complesso e delicato momento di transizione vissuto con i provvedimenti di chiusura e trasformazione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) ai sensi del D L 22 dicembre 2011, n. 211 (convertito in Legge 17 febbraio 2012, n. 9) e del DL 25 marzo 2013 n. 24.

Un iter legislativo molto complesso, che impone l'applicazione di nuove proposte operative e formative.

In questa dimensione gli Atenei si pongono quali interlocutori 'primi' delle suddette istanze, meglio ancora se in cooperazione con Regioni, Aziende Sanitarie Locali, Amministrazione Penitenziaria e Terzo Settore (Volontariato, Comunità di Accoglienza e Terapeutiche).

La scelta di condividere il piano didattico in un'ottica multidisciplinare, multiprofessionale e paritetica, si è rivelata una strategia vincente.

Obiettivi formativi

Il Corso di Perfezionamento Universitario in Sanità Penitenziaria si pone come principale obiettivo quello di formare operatori esperti, in grado di esercitare la propria attività con competenza, motivazione e capacità innovative nelle complesse realtà "dentro e fuori dal carcere".

L'offerta didattica è rivolta sia a coloro che intendono indirizzare il proprio lavoro nel contesto penitenziario, sia a tutti quelli che già vi operano, a vario titolo – dipendenti di ASL, volontari di organizzazioni umanitarie, ricercatori, ecc.

Attraverso un metodo logico-deduttivo e una certa flessibilità metodologica, il Corso mira a favorire un qualificato e consapevole inserimento nel contesto del management sanitario.

Vengono pertanto approfonditi gli aspetti di pianificazione e organizzazione delle attività assistenziali negli istituti penitenziari, analizzando modalità d'azione e "buone prassi", prestazioni e indicatori per il miglioramento continuo della qualità, metodologie di valutazione dell'efficacia, e analisi di costi e benefici dei servizi erogati.

Il Corso fornisce inoltre conoscenze di base nell'ambito della difesa sociale, della sanità transfrontaliera, della criminologia e psicopatologia forense - nell'adulto e nel minore - e della psicologia giudiziaria, con particolare riferimento agli interventi medici e sociali nelle tossicodipendenze.

Vengono sviluppate infine le tematiche di prevenzione sociale, di sicurezza metropolitana e urbana, dei delitti contro la persona e il patrimonio, il fenomeno migratorio e i contesti criminali che lo accompagnano.

Partner e accordo

Nella sua complessità gestionale il carcere si pone al crocevia di percorsi e competenze anche molto differenziate, quasi fosse una reale "città nelle città".

Ciascuna di tali competenze afferisce funzionalmente ad una categoria o gruppo di professionisti e operatori:

- la sicurezza compete alla Polizia Penitenziaria e alle Direzioni, per quanto attiene la parte trattamentale interna e proiettata all'esterno, mediante le misure alternative;
- la Direzione gestisce le attività lavorative "dentro" e l'avviamento al lavoro "fuori";
- le direzioni scolastiche o agenzie di formazione si occupano dell'istruzione, della formazione e, in generale, di alfabetizzazione e scuola dell'obbligo;
- le ASL e il terzo settore curano l'ammissione alle misure alternative, specie se per tossicodipendenza o disagio mentale.

Ad ogni modo, in tutto questo fermento operativo, questo fitto reticolo di competenze, le valutazioni e decisioni finali sono del Magistrato e, quindi, dei Tribunali.

Pertanto è facile che si creino aree di conflitto o controversie, che impediscono di individuare elementi in comune e condivisioni dei percorsi.

Alla luce di tali considerazioni si è scelta la strategia di stipulare un formale accordo di collaborazione scientifica tra un organo istituzionalmente deputato alla formazione il Dipartimento di Sanità Pubblica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II", e l'associazione di Volontariato professionale Co.N.O.S.C.I. (Coordinamento Nazionale degli Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane).

Sono stati quindi coinvolti altri due partner essenziali rispetto agli obiettivi prefissati: l'ASL Napoli 1 centro della Regione Campania, e il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzioni delle Carceri campane di adulti e minori – del Ministero della Giustizia. Tutti i partner hanno contribuito con modalità differenti al progetto formativo con la costituzione di un Comitato Scientifico, un Collegio Docenti che hanno interagito con i Discenti per l'elaborato finale. La scelta del tema, la sua redazione (project work) e discussione sono stati concordati con un docente di riferimento scelto dal discente stesso (Figura 1).

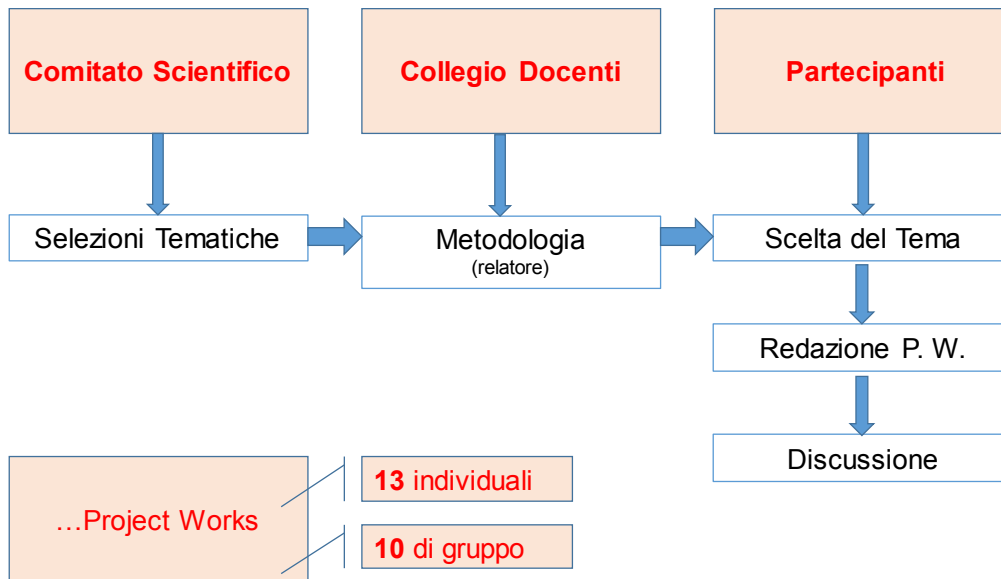


Figura 1. Progetto formativo

Dipartimento di Sanità Pubblica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Nasce con una visione della medicina incentrata sulla concezione della prevenzione della salute negli ambienti di vita e di lavoro, sullo studio dei meccanismi bio-morfologici e molecolari, sulla gestione delle attività sanitarie di diagnosi e terapie mediche, chirurgiche e riabilitative in una concezione interdisciplinare e sociale della sanità pubblica.

La concertazione delle attività istituzionali del Dipartimento si estende con la creazione di ampie collaborazioni con altri Dipartimenti Universitari dell'Ateneo, con Enti di Ricerca e di Formazione regionali, nazionali, europei e internazionali, sia pubblici che privati, e con tutte le realtà imprenditoriali interessate a promuovere l'eccellenza nell'ambito della ricerca scientifica nazionale e internazionale, della sanità territoriale e ospedaliera, e della produzione industriale e dei servizi.

Nel caso specifico – considerata la rilevanza e la specificità degli aspetti normativi da trattare – l'analisi e la docenza delle materie giuridiche sono stata affidate a docenti del Dipartimento di Diritto Penale della Facoltà di Giurisprudenza dello stesso Ateneo.

Coordinamento Nazionale degli Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane onlus

Il Coordinamento Nazionale degli Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane onlus (Co.N.O.S.C.I.) nasce nel 2000 e tra i principi statutari che intende perseguire, cita espressamente la necessità e la volontà di divulgare informazioni e contribuire alla formazione degli operatori sanitari impegnati nel difficile compito dell'assistenza alle varie marginalità sociali tra le quali il carcere che ne rappresenta un significativo esempio.

Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

Ai sensi del DPCM 1° aprile 2008, è referente territoriale per i maggiori istituti penitenziari della regione Campania: Napoli Secondigliano, Poggioreale, Nisida, con una popolazione regionale complessiva di 7.195 detenuti al 31 dicembre 2017 (data di avvio delle procedure formative). L'accordo prevede che il coordinamento didattico del Corso resti in capo al Direttore del Dipartimento, e che questo potrà incaricare – previo accordo con l'Associazione Co.N.O.S.C.I. che fornisce la propria consulenza scientifica e didattica – docenti ad esso appartenenti e con specifica competenza nelle discipline d'insegnamento del Corso.

Tutte le informazioni relative all'istituzione, regolamento e bando del Corso sono pubblicate sul sito web del Dipartimento: <http://sanitapubblica.dip.unina.it/>.

Metodologia

Professionalità coinvolte negli incarichi di docenza

In linea con gli obiettivi di multidisciplinarietà e multiprofessionalità citati in premessa, si è inteso affidare una parte rilevante della didattica – per la maggior parte a titolo gratuito per gentile disponibilità dei docenti – a professionisti che ordinariamente non espletano attività di insegnamento.

L'esperienza, l'elevato profilo professionale e culturale, sono stati ritenuti indispensabile contributo per l'arricchimento dei contenuti e delle materie trattate.

Ai docenti universitari di Diritto Penale, Criminologia, Psichiatria, Nefrologia, Odontostomatologia, Oncologia, Medicina Legale, si sono affiancati Direttori delle Case Circondariali, Dirigenti di ASL, Magistrati del Tribunale di Sorveglianza, operatori dei CPA.

Particolare rilievo è stato dedicato alle professionalità infermieristiche.

Piano di studi

Il percorso formativo è di durata annuale, articolato con cadenza quindicinale in moduli di una giornata ciascuno, e si sviluppa da marzo a dicembre per complessive 250 ore.

L'approccio didattico è di tipo interattivo, con lezioni frontali integrate da esperienze sul campo, discussione dei casi, esercitazioni e simulazioni.

Sono stati identificati sei “macroambiti” nell'ambito dei principali settori penitenziari, sia generali che di interesse sanitario:

- Aspetti normativi sulla detenzione in Italia, in Unione Europea (UE), extra-UE;
- Salute in carcere: gestione, organizzazione, costi;
- Le patologie più frequenti nella popolazione detenuta;
- “Dentro” e “Fuori” il carcere. L'integrazione socio-sanitaria;
- Il minore detenuto;
- La formazione degli operatori: realtà e prospettive.

Il piano didattico è stato così sviluppato:

– I MODULO

Aspetti normativi sulla detenzione in Italia, in UE, extra-UE

- Normativa Penale, penitenziaria e sanitaria
- La riforma della tutela della salute in carcere
- Ruolo e management delle Direzioni Aziendali, di Distretto e delle Unità Operative
- Il Risk Management: Responsabilità civili e penali

- II MODULO
Salute in carcere: gestione, organizzazione, costi
 - L'assistenza medica di base
 - Le Urgenze e le Emergenze
 - La Medicina specialistica
 - Aspetti di Igiene e Prevenzione
 - I costi dell'assistenza sanitaria in carcere
- III MODULO
Patologie più frequenti nella popolazione detenuta
 - Patologie psichiatriche
 - Le dipendenze patologiche: diagnosi e trattamento
 - L'autolesionismo in carcere e la prevenzione del suicidio
 - Malattie infettive e trasmissibili
 - La vita professionale e i rapporti interprofessionali (Sanità, Polizia, Direzioni,)
- IV MODULO
“Dentro” e “Fuori” il carcere. L'integrazione socio-sanitaria.
 - Dall'OPG alle REMS
 - L'integrazione socio-sanitaria territoriale
 - Associazionismo e volontariato. I Culti
 - Aspetti interculturali
 - Donne e bambini in carcere
 - Il Ruolo dell'UEPE
- V MODULO
Il minore detenuto
 - La presa in carico
 - Lo stato di salute fisica e psicologica
 - Gli interventi e le misure alternative
- VI MODULO
Formazione degli operatori: realtà e prospettive
 - Figure coinvolte: competenze – responsabilità – ruolo
 - Assistenza Infermieristica: modelli operativi
 - Aspetti etici
 - Conclusioni del Corso e proiezioni operative e occupazionali

Partecipanti al Corso di Perfezionamento

Sono pervenute alla segreteria didattica del Dipartimento di Sanità Pubblica 72 domande di partecipazione, ma soltanto 45 presentavano i requisiti richiesti; 27 richiedenti non sono stati ammessi alla frequenza per carenza nei titoli previsti dal bando e tutti i 45 studenti ammessi hanno potuto terminare il corso, senza che si registrassero abbandoni (Figura 2). Il 65% (n. 47) delle domande era di professionisti donne e solo il 35% di uomini (n. 25) (Figura 3). I titoli di studio presentati dai partecipanti per la domanda di ammissione, sono nella maggioranza dei casi (n. 35; 48,6%) laureati in Medicina e Chirurgia, Scienze infermieristiche (n. 20; 27,7%), Psicologia (n. 7; 9,7%) o altre Lauree (n. 10; 13,8%) (Figura 4).

tutte le principali fasce di età anagrafica erano rappresentate: 1950-1959 (n. 4); 1960-1969 (n. 18); 1970-1979 (n. 25); 1980-1989 (n. 20); 1990-1999 (n. 5) (Figura 5).

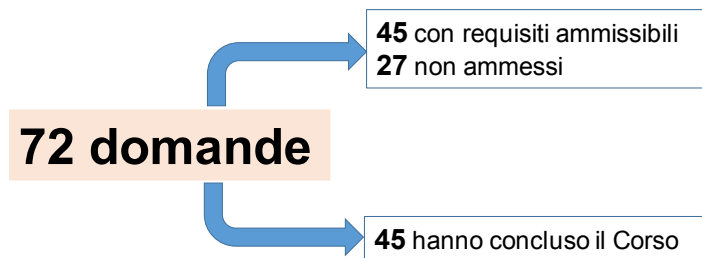


Figura 2. Domande di partecipazione al Corso di Perfezionamento

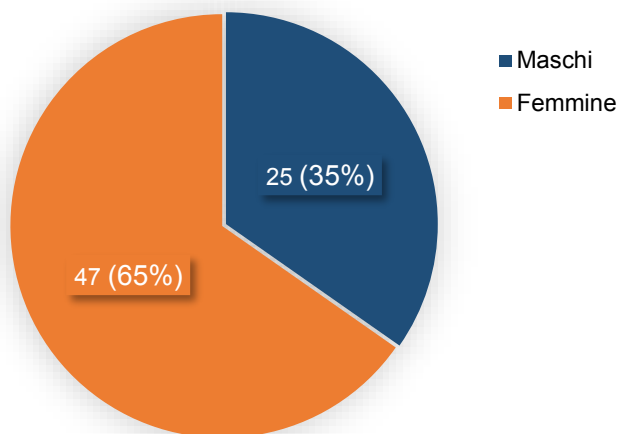


Figura 3. Genere dei partecipanti al Corso di Perfezionamento Universitario in Sanità Penitenziaria

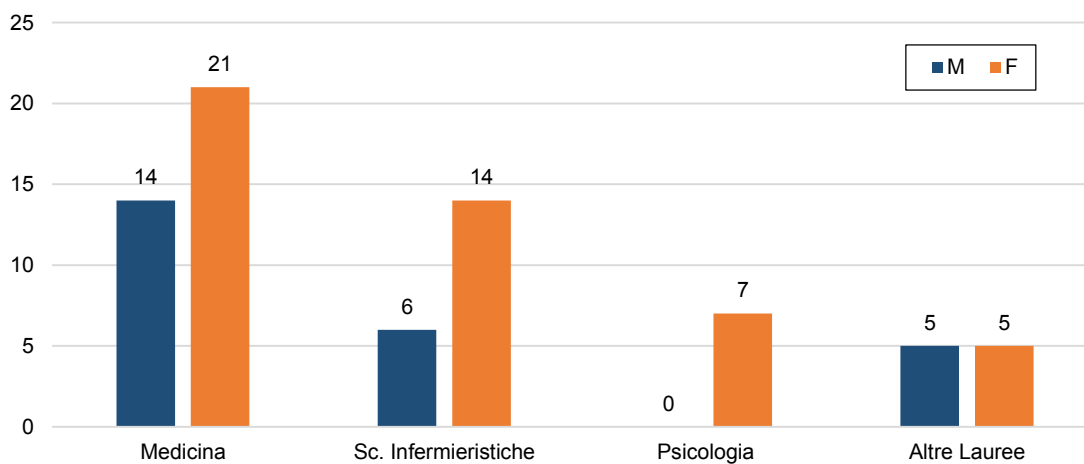


Figura 4. Titolo di studio dei partecipanti al Corso di Perfezionamento Universitario in Sanità Penitenziaria (per genere)

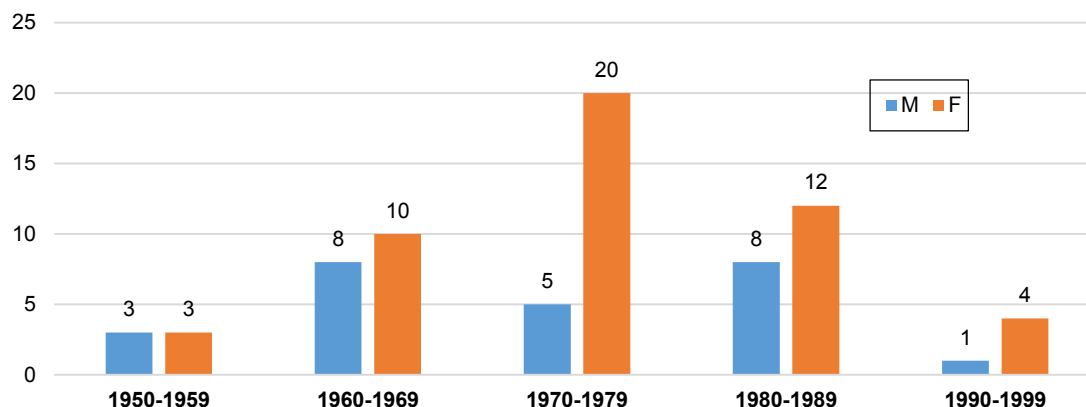


Figura 5. Anagrafica dei partecipanti al Corso di Perfezionamento Universitario in Sanità Penitenziaria (per genere)

Sedi operative e didattiche

Com'è prassi ormai consolidata per i corsi organizzati dal Dipartimento di Sanità Pubblica, le lezioni in aula sono state integrate da attività di approfondimento esterne, in contesti ritenuti di particolare interesse.

Questo al fine di stimolare la riflessione sulle situazioni reali che si profilano nel percorso della persona che entra nel circuito giudiziario e penale - arresto, processo, detenzione e misure alternative, per cui sono state organizzate giornate di formazione sul campo in Tribunale per assistere a udienze per direttissima, presso la Casa Circondariale di Napoli Poggioreale, di Secondigliano, all'IPM di Nisida, nei Ser.D.

L'ingresso nelle case circondariali è stato concordato con le rispettive Direzioni per il tempo necessario allo svolgimento delle attività didattiche.

Non sono stati effettuati incontri personali con detenuti, ma soltanto con il personale penitenziario in servizio in quegli orari.

Materiale didattico

Tutto il materiale didattico – già fornito nel corso delle lezioni – è anche disponibile sul web, attraverso un portale con accesso riservato per i discenti, i docenti e i tutor.

Non si esclude, per il futuro, idonea predisposizione per la formazione a distanza.

Nel corso degli incontri è stata condotta una ricerca, attraverso uno specifico questionario, presso tutti i partecipanti al corso, sulla percezione delle problematiche in carcere, dopo il trasferimento delle competenze sanitarie alle ASL, anche considerando le eventuali differenze – migliorative o peggiorative – che la riforma può aver determinato (Figura 6).

Il questionario, formulato con quesiti aperti, è stato compilato da tutti i partecipanti.

Dall'esame delle risposte e dalla loro sintetica analisi sono stati tratti interessanti spunti per il miglioramento delle performances operative.

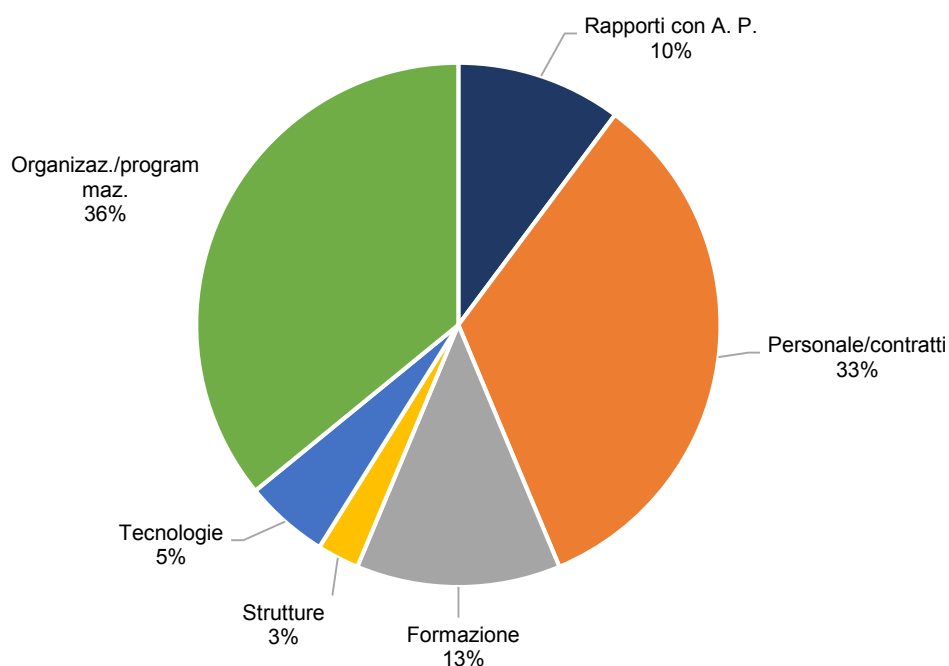


Figura 6. Rilevazione di elementi critici o disfunzionali in carcere

È risultato che le problematiche vengono riferite a diverse aree funzionali del carcere, in particolare all'interazione con i professionisti e con gli enti istituzionali sanitari: organizzazione/programmazione, tecnologie/farmaci, strutture sanitarie, formazione, personale/contratti, rapporti con il penitenziario. Gli elementi critici che compaiono più frequentemente sono 'Problemi organizzativi' (33,5%) e Personale/contratti (33,5%).

Fonti normative

Il Corso è stato attivato secondo le previsioni delle seguenti fonti normative:

- DPR 162/1982: “Riordinamento delle scuole dirette ai fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento” (*Gazzetta Ufficiale Supplemento Ordinario* n. 105 del 17 aprile 1982);
- Legge 341/1990: “Riforma degli ordinamenti didattici universitari” (*Gazzetta Ufficiale* n. 274 del 23 novembre 1990);
- Decreto Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica del 3 novembre 1999, n. 509: “Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei”; (*Gazzetta Ufficiale* n. 2 del 4 gennaio 2000);
- Decreto Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, n. 270 del 22 ottobre 2004: “Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999” n. 509;
- Statuto dell'Ateneo “Federico II” e del suo Regolamento Didattico (art. 15);

- Regolamento di funzionamento dei Corsi di Perfezionamento emanato con Decreto Rettoriale DR n. 2120 del 17/6/2010;
- Delibera del 30/5/2016, verbale n. 37, del Consiglio della Scuola di Medicina e Chirurgia, con la quale è stata approvata la proposta di istituzione e attivazione, a decorrere dall'anno accademico 2016/2017, del Corso di Perfezionamento in “Sanità Penitenziaria”, avanzata dal Dipartimento di Sanità Pubblica
- Nota del 30/06/2016, prot. n. 63262, del Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica, con la quale si comunica che il proponente Dipartimento ha verificato la sostenibilità del suddetto Corso rispetto all'attività didattica e scientifica del Dipartimento stesso;
- Delibera n. 10 del 8/7/2016 con la quale il Senato Accademico, subordinatamente al parere del Consiglio di Amministrazione, ha espresso parere favorevole all'istituzione e all'attivazione, a decorrere dall'anno accademico 2016/2017, del Corso di Perfezionamento in “Sanità Penitenziaria”, approvando anche il Regolamento del Corso;
- Delibera n. 20 del 08/07/2016 con la quale il Consiglio di Amministrazione ha approvato l'istituzione e l'attivazione, a decorrere dall'anno accademico 2016/2017, del Corso di Perfezionamento di cui sopra ed ha espresso parere favorevole in merito al Regolamento del Corso di cui trattasi;
- Decreto Rettoriale n. DR/2016/2870 del 26/9/2016 per cui è stabilito che a decorrere dall'anno accademico 2016/2017, è istituito, presso il Dipartimento di Sanità Pubblica di questo Ateneo, il Corso di Perfezionamento in “Sanità Penitenziaria”, ed è autorizzata l'attivazione del medesimo Corso. È emanato, nel testo allegato al Decreto, di cui costituisce parte integrante, il Regolamento di funzionamento del Corso di Perfezionamento sopra citato.

Conclusioni

In maniera crescente viene richiesta un'offerta di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrati a favore dell'area penale e penitenziaria e – analogamente – le mutate prospettive nell'organizzazione dei servizi coinvolti impongono profondi cambiamenti di sistema.

Il sistema istituzionale deve pertanto individuare con estrema solerzia ed efficacia nuove tattiche operative a fronte di un intervento complesso e multiarticolato, quale è quello che viene richiesto dal carcere e dal sistema penale.

L'approccio necessario dovrà integrarsi con competenze e culture anche profondamente differenti e tale da creare sinergie efficaci tra istituzioni con differenti mandati istituzionali e altri soggetti sociali.

Per tali fini sarà determinante poter adottare metodologie flessibili e adattive per i diversi ruoli professionali in gioco: quelli ospedalieri con i sociali, i penitenziari con quelli delle comunità terapeutiche, i servizi territoriali con tutti i precedenti, anche con l'attivazione delle reti informali.

La medicina penitenziaria è una materia in evoluzione continua, la cui nascita ufficiale in seno al Servizio Sanitario Nazionale risale a soli dieci anni fa, con il DPCM 1° aprile 2008.

Il servizio sanitario penitenziario, nonostante la sua peculiarità di comparto letteralmente ‘confinato’, è completo di tutte le relative articolazioni funzionali: medicina d'urgenza, medicina di base, medicina specialistica, ricoveri, ecc.

La problematica della sua creazione *ex novo* appare molto simile a quella che si ebbe nel 1978 con la nascita del servizio sanitario nazionale.

Per tale motivo, il Corso è stato orientato, anche nelle prossime edizioni, all'acquisizione di nuove chiavi di lettura degli aspetti regolatori e di funzione, per indurre cambiamenti produttivi a quanti siano coinvolti negli specifici settori.

Da sempre, la formazione degli operatori assume una valenza strategica, specialmente laddove si realizzi la riforma di un intero settore.

Una formazione che si svolga in modo da responsabilizzare tutti, e – come nel caso in esame – possa avviare un processo di integrazione tra i comparti di Giustizia e Sanità, sarebbe determinante per gli esiti stessi di quanto previsto dalla normativa

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di novembre 2019, 4° Suppl.*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, novembre 2019