



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI PENITENZIARI

IL DIRETTORE

Audizione Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica -15 luglio 2013-

Dr. Massimo De Pascalis
Dirigente Generale
dell'Amministrazione penitenziaria

I recenti provvedimenti legislativi, già adottati o all'esame del Parlamento, tra l'altro hanno anche il merito di riproporre l'attualità del tema relativo alla "Tutela della salute in carcere" rimasto ancora incompiuto, nonostante la legge di Riforma e il DPCM attuativo siano oramai datati nel tempo.

Anche questa Commissione, nella seduta del 9 luglio scorso, non ha mancato di esprimere le preoccupazioni per i ritardi e le criticità che permangono nella Sanità penitenziaria, aggravate da intollerabili condizioni di promiscuità determinate dal sovraffollamento carcerario.

Il fatto che il legislatore torni a occuparsi di un diritto fondamentale della persona, costituzionalmente tutelato, è un'occasione utile per far maturare maggiore consapevolezza sull'involuzione degli esiti della Riforma, peraltro, oggi, in un contesto amministrativo che sta esprimendo nuove sensibilità riguardo alla centralità della persona detenuta e ai diritti



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI PENITENZIARI

IL DIRETTORE

fondamentali che ad essa appartengono, anche in condizioni di detenzione. Gli atti fino ad ora prodotti dalla Conferenza unificata Stato-Regioni e le intese bilaterali sottoscritte ai vari livelli, nazionale, regionale e locale, seppure necessari ed utili per far partire la Riforma, non hanno prodotto il miglioramento delle condizioni di tutela della salute in carcere auspicata dal legislatore dell'epoca, il cui spirito fondante della parità di trattamento sanitario tra cittadini e reclusi è rimasto purtroppo ancora soltanto teorico.

Una recente indagine, condotta all'interno di uno dei più importanti istituti penitenziari da esperti del settore, ha rilevato una complessa rete di criticità che, verosimilmente, è diffusa, seppure con carattere e intensità differenziate, sull'intero territorio nazionale.

Gli aspetti critici salienti si possono sintetizzare nelle seguenti aree:

- Assenza o incumpiutezza del Piano Regionale della Sanità penitenziaria. Si tratta di un documento non solo strategico, ma anche di natura organizzativa e operativa, che definisce persino le risorse personali e finanziarie da destinare ai vari servizi penitenziari territoriali. E' un documento essenziale, che andrebbe elaborato con forme di partecipazione integrata, per realizzare i presupposti in grado di dare risposte concrete ai bisogni che provengono da quel settore sociale.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI PENITENZIARI

IL DIRETTORE

- Analoga condizione di precarietà si registra in quella che dovrebbe essere una sistematica attività di monitoraggio epidemiologico, volta a definire in termini di evidenza scientifica l'entità, la natura e le tendenze evolutive della domanda di salute espressa dalla popolazione detenuta. A tale riguardo gli osservatori regionali sulla sanità penitenziaria dovrebbero essere funzionali anche per tale forma di indagine, essenziale per lo sviluppo del Piano regionale.
- L'assistenza sanitaria di base, assicurata dal servizio di medicina generale, manca della relazione fiduciaria che invece caratterizza il rapporto paziente-medico all'esterno. E' evidente che tale condizione è ineludibile, tuttavia, se si rendessero più agevoli e semplificate le procedure di accesso a un medico di fiducia esterno al Sistema, la tutela del rapporto fiduciario sarebbe garantita anche all'interno del carcere.
- Sullo stesso tema "fiduciario" si muovono le considerazioni critiche che emergono nell'attuale sistema rispetto all'accessibilità del paziente al proprio diario clinico, e ai legittimi sospetti che questi può avere rispetto alla possibilità che "altri" possano liberamente accedere ai suoi dati sanitari, con evidente violazione della tutela della privacy.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI PENITENZIARI

IL DIRETTORE

- Analoghe considerazioni possono essere estese alle operazioni di distribuzione delle terapie farmacologiche non accompagnate da adeguata informazione preventiva.
- L'assistenza psicologica durante la detenzione, dal punto di vista terapeutico, non è prevista nelle carceri italiane.
- I familiari dei detenuti non hanno possibilità d'incontro e di consultazione con i medici di reparto.
- Scarsa attenzione viene rivolta dal Sistema sanitario regionale alle attività di formazione e aggiornamento interprofessionale con gli operatori penitenziari del personale medico e infermieristico che lavora in carcere.
- Le prestazioni specialistiche che continuano a essere assicurate all'interno degli istituti, peraltro con strumentazioni per lo più ereditate dall'Amministrazione penitenziaria, obsolete e poco efficienti, non soddisfano la reale domanda di assistenza sanitaria. In tale contesto si innesca anche la complessa e spesso difficile attività del servizio traduzioni e piantonamenti in luoghi esterni di cura.
- Sono particolarmente carenti le attività sistematiche e istituzionali di prevenzione primaria e di educazione sanitaria.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI PENITENZIARI

IL DIRETTORE

Il contesto favorevole attuale cui ho già fatto cenno - determinato da una nuova sensibilità governativa e parlamentare ai temi penitenziari e dell'esecuzione penale in genere, insieme a una nuova più marcata attenzione che la stessa Amministrazione penitenziaria sta rivolgendo verso i diritti fondamentali della persona, riconosciuti dalla Costituzione e dall'Ordinamento penitenziario – dovrebbe consentire di riprendere con la necessaria autorevolezza il percorso incompiuto della Riforma della sanità penitenziaria. Attraverso emendamenti e nuove linee guida, che semplifichino l'accesso alle cure e all'assistenza sanitaria, realizzare finalmente il fondamento stesso della Riforma, riconducibile alla terzietà del servizio sanitario penitenziario e alla parità di trattamento sanitario tra cittadini liberi e persone detenute. Per tale ragione ritengo di poter aggiungere altre considerazioni che auspico possano essere utili nell'attuale contesto.

Appare fondamentale procedere alla modifica dell'art.11 della legge penitenziaria e dei correlati articoli del Regolamento di esecuzione, considerato che gli stessi sono stati scritti con un pensiero penitenziario e, pertanto, condizionato da esigenze di sicurezza, che nel corso degli anni hanno fatto perdere il carattere di terzietà alla funzione sanitaria. Un nuovo testo intanto che definisca in modo inequivocabile i confini di



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI PENITENZIARI

IL DIRETTORE

competenza di entrambe le amministrazioni, rendendo chiaro il primato della tutela della salute in un rapporto di reciproco servizio.

Tale questione, apparentemente riconosciuta, ha prodotto resistenze e deviazioni nella fase esecutiva della Riforma, considerato che, nonostante le diverse intese nazionali e regionali, le prassi operative di erogazione del servizio sanitario in carcere sono rimaste sostanzialmente immutate rispetto al precedente modello organizzativo. Alcuni esempi possono orientare la nostra attenzione.

La cura della salute viene effettuata prevalentemente in carcere, nelle sezioni, negli ambulatori, nelle infermerie e nei Centri Clinici, quando invece le migliori condizioni strutturali e strumentali, nonché professionali, stanno all'esterno.

L'assistenza intramurale è soggetta a filtro dell'Amministrazione penitenziaria. Infatti, il detenuto che ha bisogno del medico, lo fa rivolgendo la sua richiesta all'agente di sezione, non essendo state previste né disciplinate modalità alternative di interlocuzione diretta.

Il rapporto fiduciario con il medico andrebbe riconsiderato, migliorato e tutelato, consentendo un rapporto più dinamico con il servizio interno e, soprattutto, con figure professionali esterne.

La cartella sanitaria e la riservatezza dei dati in essa contenuti continua ad essere una materia ancora indefinita e confusa tra le parti,



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI PENITENZIARI

IL DIRETTORE

producendo diffuse esperienze di rigidità tra i due sistemi a svantaggio del detenuto stesso. E' quindi necessaria una norma che stabilisca in modo chiaro il principio ineludibile di tutela della privacy dei dati sanitari, dichiarandone l'inconciliabilità con il potere di accesso, reclamato dall'A.P., per motivi di sicurezza, ovvero ancora per l'istruttoria dei processi di conoscenza del detenuto, finalizzati all'osservazione e trattamento. Nel primo caso (motivi di sicurezza), sarà il medico a dover denunciare anche all'Amministrazione penitenziaria eventuali casi di malattie epidemiologiche. Così come dovrà segnalare i casi intercettati di rischio suicidario. Nel secondo caso, invece, di partecipazione alle attività di osservazione e trattamento, al sanitario e allo stesso personale infermieristico potrà essere richiesta una relazione, che riferisca sul comportamento tenuto dal soggetto in occasione delle prestazioni sanitarie, ovvero sulla personalità qualora sia stata prestata un'assistenza psicologica di tipo terapeutico. L'accesso alla cartella clinica del paziente potrà essere richiesto dall'A.P. soltanto su mandato dell'Autorità giudiziaria nei procedimenti di sospensione condizionale della pena o di detenzione domiciliare per motivi di salute.

Ancora più importante è l'intervento che il legislatore può fare nell'ambito delle traduzioni e piantonamenti in occasione delle visite specialistiche e dei ricoveri in luogo esterno di cura. La nuova disciplina



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI PENITENZIARI

IL DIRETTORE

dell'art.11 L.P., dovrebbe prevedere la possibilità a favore dei detenuti – ad esclusione degli imputati e condannati per taluno dei reati di cui all'art.4 bis L.P. – di essere accompagnati nei servizi sanitari ed ospedalieri esterni da operatori penitenziari, da volontari o dagli stessi familiari e, quindi, senza scorta della polizia penitenziaria, sulla base di un provvedimento del direttore dell'Istituto, se previsto nel programma di trattamento individualizzato, adottato motivatamente sulla base dei progressi trattamentali accertati nel corso della detenzione. Procedura estensibile anche agli imputati dopo la sentenza di primo grado. L'intervento, auspicabile, del legislatore eliminerebbe una gran parte degli attuali conflitti tra le parti e agevolerebbe l'adozione di un modello organizzativo della Sanità penitenziaria rivolto verso l'esterno, peraltro con minori risorse strumentali rispetto a quelle che sarebbe necessario impiantare ex novo all'interno degli istituti. Mi soffermo ancora brevemente su questo aspetto, perché è il nodo critico della mancata evoluzione della Riforma.

Come già detto, lo spirito con il quale il legislatore fin dal 1999 ha affrontato il bisogno, da più parti reclamato, di riformare il Servizio sanitario penitenziario è stato quello di assicurarne da una parte la terzietà, e dall'altra la parità di trattamento in relazione ai cittadini liberi. Identico spirito ha guidato il Tavolo tecnico che ha dato origine al testo



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI PENITENZIARI

IL DIRETTORE

del DPCM del 2008. Tali fondamentali obiettivi avrebbero dovuto orientare le azioni, le scelte e i protocolli adottati successivamente nei diversi tavoli di lavoro misti di livello nazionale, regionale e locale e persino le direttive e le circolari ulteriormente emanate in tema di organizzazione e gestione del Servizio sanitario penitenziario.

Lo scenario all'epoca ipotizzato, almeno da parte degli attori più riformisti, era quello di mantenere all'interno degli Istituti la medicina della prevenzione e di base, e di trasferire all'esterno la medicina specialistica, con conseguenti visite e ricoveri presso strutture e servizi sanitari territoriali. Gli stessi Centri Clinici penitenziari erano strutture che andavano superate attraverso una riorganizzazione complessiva che ne avrebbe dovuto riservare la destinazione ai soli detenuti di elevata pericolosità sociale e personale, di cui all'art. 4bis della Legge penitenziaria.

Ma questo, purtroppo, non è avvenuto nemmeno nelle esperienze più avanzate ed efficienti, in cui il modello organizzativo è rimasto quello precedente la Riforma, con il pesante condizionamento delle esigenze di sicurezza e dei carichi di lavoro che continuano a gravare sui Nuclei Traduzioni e piantonamenti dell'Amministrazione penitenziaria.

E' certamente per tali condizioni organizzative che non si registrano ancora i miglioramenti che fin dall'epoca della Riforma si auspicavano.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI PENITENZIARI

IL DIRETTORE

E' quindi necessario riprendere quel cammino e recuperare la "Vision" che si è perduta dell'intangibilità anche della tutela della salute in carcere, che dovrebbe guidare l'elaborazione dei nuovi piani regionali e aziendali della Sanità penitenziaria. Ed è proprio la modifica dell'art.11 della L.P. che potrebbe agevolare tale inversione di tendenza, per il riconoscimento incondizionato della terzietà e della parità di trattamento nell'espletamento del Servizio sanitario penitenziario.