

STATI GENERALI DELL'ESECUZIONE PENALE TAVOLI TEMATICI

TAVOLO 10 – SALUTE E DISAGIO PSICHICO

PARTECIPANTI/GRUPPO DI LAVORO

NOMINATIVO	QUALIFICA professionale/RUOLO	FUNZIONE
Francesco Maisto	Presidente Tribunale di Sorveglianza di Bologna	COORDINATORE
Daniele Vicoli	Docente Scienze Giuridiche Università di Bologna	COMPONENTE
Marta Caredda	Dottoranda di ricerca Diritto Costituzionale Università Roma Tre	COMPONENTE
Gianfranco Oppo	Garante Persone private della libertà di Nuoro	COMPONENTE
Paola Montesanti	Dirigente Dipartimento amministrazione penitenziaria	COMPONENTE
Antonella Calcaterra	Avvocato Foro di Milano	COMPONENTE
Paolo Veardo	Direttore Salute in rete – Federsanità	COMPONENTE
Felice Nava	Responsabile U.O. Sanità penitenziaria Azienda ULSS 16 Padova	COMPONENTE
Angelo Fioritti	Direttore sanitario Azienda UsI Bologna	COMPONENTE
Antonella Tuoni	Direttrice OPG Montelupo Fiorentino	COMPONENTE
Fabio Gui	Forum salute e carcere Roma	COMPONENTE
Angelo Cospito	Regione Lombardia	COMPONENTE
Luciano Lucania	Presidente S.I.M.S.Pe. 2016-18 Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria	COMPONENTE

ABSTRACT

Le numerosissime problematiche rilevate a seguito del passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale hanno costretto l'individuazione di alcuni ambiti sui quali concentrare l'attenzione.

E' stata effettuata una rilevazione delle criticità così riassumibili: assenza di disponibilità da parte del DAP di dati statistici relativi ai bisogni di salute dei detenuti e di una mappatura che consenta di analizzare e valutare il rapporto tra tali bisogni e le risorse/servizi apprestati dal Servizio Sanitario; scarso funzionamento degli Osservatori regionali nella rilevazione dei dati; problematiche relative ai trasferimenti per motivi clinici dei detenuti; assenza di una cultura che preveda una erogazione dei servizi di cura all'interno delle carceri in misura paritaria rispetto alla popolazione esterna; assenza di un sistema informatico omogeneo che possa raccogliere i diari clinici dei detenuti; necessario sviluppo del sistema della telemedicina; assenza di coordinamento delle buone prassi e di diffusione di protocolli operativi; disomogeneità nell'implementazione di protocolli operativi per la presa in carico dei disturbi mentali attraverso la psicoterapia tra D.S.M. e Istituti penitenziari; problematiche relative alla tutela della privacy; previsione di modalità di assistenza e cura di portatori di patologie psichiatriche e ricadute sul sistema carcerario dalla nuove disposizioni di cui alla legge 81/2014. Delle riflessioni del Tavolo sulle dette criticità si darà conto nella Relazione che accompagna le proposte.

Le proposte si sono concentrate in particolare sulla digitalizzazione dei diari clinici dei detenuti e creazione di sistemi per la gestione informatizzata dei dati sanitari; sull'implementazione della telemedicina negli istituti di pena; sulla problematica della condivisione dei dati clinici tra personale sanitario e Amministrazione e sulla necessità assoluta di definire le modalità del trattamento dei dati sanitari relativi alle persone detenute nel senso di consentire, da un lato, la tutela del diritto alla riservatezza e, dall'altro, le esigenze di accesso ai medesimi dati da parte dell'Amministrazione penitenziaria; sulla previsione di interventi normativi, in coerenza con la Delega, che consentano una più efficace tutela della salute del detenuto attraverso la previsione di nuove misure alternative alla detenzione per i portatori di problematiche psichiatriche e di patologie infettive; sulla previsione di un intervento sugli articoli 147 e 148 codice penale al fine di armonizzare la tutela prevista per i portatori di patologie fisiche e per i portatori di problematiche psichiatriche.

PERIMETRO TEMATICO

Il Tavolo ha affrontato la vastissima tematica dell'attuazione della Riforma della medicina penitenziaria, il cui iter si conclude con le previsioni di cui al DPCM del 1 aprile 2008, all'interno della quale si sono rilevate diverse criticità derivanti dalla mancata attuazione di talune indicazioni normative e/o dalla disomogeneità nell'attuazione tra le diverse realtà locali italiane. Si è tentato di individuare le carenze nell'offerta di alcuni servizi socio-sanitari, proponendo degli interventi a soluzione delle criticità, e di promuovere l'ammodernamento delle procedure attualmente seguite, nell'ottica di rendere effettivo il riconosciuto pieno diritto della popolazione detenuta ad una adeguata tutela della salute in carcere. Per intervenire sui vari profili specifici occorre preliminarmente migliorare i sistemi di rilevazione epidemiologica negli ambienti carcerari per ottenere le informazioni necessarie al fine di definire il "fabbisogno di salute", la cui individuazione consente la corretta programmazione della spesa sanitaria.

Si è discusso su quali siano gli interventi prioritari per garantire un'assistenza sanitaria adeguata sia all'interno degli istituti sia nei luoghi esterni di cura. Si sono valutati profili attinenti alla salute fisica e alla salute mentale, spaziando da riflessioni sulla dotazione di personale medico specialistico e di strumentazione dei SAI a riflessioni sulla necessità di promuovere un generalizzato impegno a stipulare convenzioni con i D.S.M. territoriali per la presa in carico dei disturbi mentali diffusi tra la popolazione detenuta.

All'esito della discussione, il Tavolo ha ritenuto di formulare proposte di intervento normativo, in forza della menzione delle problematiche attinenti all'assistenza sanitaria nel d.d.l. di delega per la riforma dell'ordinamento penitenziario, nonché di fornire indicazioni e/o suggerimenti per un'attenta riflessione su alcuni temi che sarebbe stato difficile tradurre in articolati normativi ma che meritano in ogni caso la massima considerazione.

OBIETTIVI

Di seguito i soli obiettivi concretizzati in Proposte; si rinvia alla Relazione di accompagnamento per le riflessioni su altre criticità che meritano approfondimento, pur non prestandosi alla traduzione in proposte di intervento normativo.

1. Analizzare, anche sulla base della documentazione fornita, le criticità dell'assistenza sanitaria intramuraria e di quella erogata nei luoghi esterni di cura e la preoccupante disomogeneità nell'attuazione della normativa di settore
 2. Individuare delle soluzioni praticabili per implementare sistemi di monitoraggio dei bisogni di salute (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) sulla base degli obiettivi generali di salute e dei livelli essenziali di assistenza e per programmare una spesa adeguata a garantire i livelli essenziali di assistenza
 3. Valutare le implicazioni di un passaggio di tutte le Regioni a un sistema integrato di cartelle cliniche digitali: vantaggi in termini di costi (tra cui sono da comprendersi i ritardi legati ai movimenti dei fascicoli cartacei, oltre a quelli monetari per la fotocopiatura e nei casi di danneggiamento o perdita); continuità della cura; ausilio per l'agevole rilevazione delle prevalenze patologiche
 4. Riflettere sulla possibile implementazione della dotazione strumentale dei presidi sanitari mediante l'utilizzo della telemedicina per l'assistenza specialistica, a partire dalle esperienze già maturate; riflettere su possibili alternative alla procedura di traduzione dei detenuti che necessitino di trattamenti diagnostici e/o terapeutici in luoghi esterni di cura, alla luce delle note difficoltà dell'organizzazione del suddetto trasporto
 5. Promuovere interventi normativi nel settore sanitario, in coerenza con la delega per la riforma del sistema dell'esecuzione penale.
 6. Verificare le condizioni e dei limiti nei quali il rispetto della privacy può essere assicurato nel rapporto medico-paziente detenuto
-

PROPOSTE

PROPOSTA 1

Prescrizioni vincolanti in tema di rilevazioni epidemiologiche e di monitoraggio dell'attuazione della normativa di cui al DPCM 01.04.08 e all'Accordo C.U. 22.01.15

Imporre ai PRAP e agli Uffici dell'Osservatorio Regionale (istituito con il DPCM del 2008) di procedere alla completa rilevazione delle incidenze patologiche nelle carceri e dello stato di attuazione della Riforma per quanto concerne la quantità e le modalità dell'assistenza sanitaria nelle diverse realtà territoriali.

Occorre individuare lo strumento normativo idoneo a vincolare gli Uffici all'uopo preposti alla redazione e comunicazione agli organi di governo che si occupano della pianificazione del bilancio sanitario pubblico di rapporti periodici su entrambi i profili sopra detti: la mappatura delle prevalenze patologiche consente la programmazione finanziaria per l'assistenza specialistica e per l'approvvigionamento farmacologico; la conoscenza del livello di implementazione delle direttive della Riforma sul potenziamento dell'assistenza sanitaria consente di combattere la disomogeneità interregionali nell'offerta di salute alla popolazione detenuta.

Occorre, al contempo, monitorare l'attuazione dell'Accordo "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti" approvato dalla Conferenza Unificata il 22 gennaio 2015.

PROPOSTA 2

Previsioni in tema di diario clinico e di digitalizzazione dei dati sanitari

Si presenta il progetto "Diario clinico del detenuto" e se ne promuove l'implementazione.

L'obiettivo generale del progetto "Diario Clinico del Detenuto" può essere sintetizzato come segue: "una maggiore disponibilità di informazioni e la circolarità delle stesse fra gli Operatori dei processi sanitari contribuisce in modo evidente al miglioramento della salute e all'abbattimento dei costi".

Il progetto proposto punta al raggiungimento di questo obiettivo generale mediante una revisione profonda delle attuali modalità organizzative-operative, basata sulla "digitalizzazione" dei dati sanitari in ambito penitenziario e si fonda su alcuni elementi fortemente innovativi:

- circolarità delle informazioni fra Presidio Sanitario all'interno dell'Istituto di Pena, Struttura Ospedaliera di riferimento, Medico specialista e DAP (per quest'ultimo limitatamente ad alcune informazioni di sintesi di interesse dell'Amministrazione Penitenziaria);
- accessibilità rapida e semplificata da parte del personale medico (interno e/o esterno all'Istituto di Pena) alla storia sanitaria del Detenuto.

Come precisato nelle "linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie e nazionali" approvate dalla Conferenza Unificata, la soluzione tecnologica/organizzativa proposta si basa sul collegamento digitale internodale tra le strutture penitenziarie e le diverse articolazioni sanitarie di riferimento (ASL/AO competenti).

Il progetto proposto da Federsanità ANCI è finalizzato alla realizzazione dei seguenti obiettivi particolari:

- reingegnerizzare il sistema informativo per la condivisione e la gestione dei dati sanitari dei Detenuti e per migliorare la comunicazione relativamente alla continuità dei processi di cura;
- sostenere la cura della salute del Detenuto, dall'ingresso in Carcere, durante la permanenza negli Istituti di Pena fino alla fine del suo periodo di detenzione;
- fornire concrete opportunità di riqualificazione professionale ai Detenuti.

Il progetto prevede di semplificare quanto più possibile le modalità di interazione fra i diversi attori coinvolti, connettendo il "mondo delle Carceri" (in particolare i Presidi Sanitari interni a ciascun Istituto) con il "mondo degli Ospedali" attraverso un unico canale di comunicazione, i cui poli (HUB) sono rappresentati da un lato dal DAP (interconnesso con tutti gli Istituti di Pena) e dall'altro da Federsanità, potenzialmente connessa con tutte le Strutture Sanitarie operanti sul territorio, attraverso una specifica Piattaforma di Interoperabilità.

Obiettivo: facilitare l'accesso alle informazioni cliniche sanitarie (richieste di visite, autorizzazioni, prescrizioni, prestazioni erogate, risultati e referti) fra "richiedente/prescrittore" (Presidio Sanitario all'interno del Carcere) ed Erogatore (Struttura sanitaria specialistica), garantendo la circolarità delle informazioni (storia clinica del paziente) e contribuendo in tal modo alla creazione del Diario Clinico del Detenuto.

L'identificazione dei servizi offerti tramite la soluzione informatica che sarà sviluppata nell'ambito del Progetto sarà basata su una dettagliata analisi dei processi con il coinvolgimento attivo sia degli Istituti di Pena, che delle Strutture Sanitarie di riferimento.

La soluzione sarà sviluppata con un approccio modulare: i moduli principali ipotizzati alla data sono:

- **Piattaforma di interoperabilità:** sistema di integrazione in grado di organizzare attraverso meccanismi di *workflow* ed uno specifico motore di regole, lo scambio e l'accesso di informazioni sanitarie fra le diverse Strutture coinvolte.
- **Dossier Clinico:** in questo applicativo confluiscono sia il sistema documentale utilizzato per la digitalizzazione del Fascicolo sanitario cartaceo del Detenuto sia la documentazione sanitaria prodotta dalle Strutture Sanitarie (referti, risultati di accertamenti diagnostici, ...).
- **Diario Clinico del Detenuto:** questo modulo si configura come una Cartella Clinica a supporto di tutti i processi operativi (visita nuovo giunto, prescrizioni, anamnesi, ...) e sarà completamente integrato con il Dossier Clinico.

La soluzione sviluppata sarà gestita da Federsanità (anche per il tramite di propri Partner tecnologici di riferimento), offerta in modalità SaaS (Software as a Service) e fruibile tramite WEB da tutti gli attori coinvolti.

Federsanità si farà carico di gestire i dati garantendo opportuni livelli di sicurezza e privacy.

Le principali interconnessioni tra i diversi attori: DAP, Istituti di Pena (nelle diverse declinazioni: Struttura Penitenziaria e Presidio Sanitario), Strutture Sanitarie, Federsanità):

- Il DAP attraverso il sistema AFIS (Automated Fingerprint Identification System) trasferisce a Federsanità i dati anagrafici inerenti un nuovo Detenuto.
- Viene aperta una nuova posizione con i dati del nuovo Detenuto sul DCD (Diario Clinico del Detenuto).
- Il Medico del Presidio interno all'Istituto di Pena può collegarsi al DCD e riportare i dati salienti della visita al nuovo giunto.
- In caso di necessità, il Medico del Presidio interno all'Istituto di Pena si collega al DCD per prescrivere accertamenti diagnostici a favore del Detenuto.
- La prescrizione viene trasmessa da Federsanità alla Struttura Sanitaria di riferimento per eseguire gli accertamenti previsti.
- Una volta disponibile, il referto viene inviato dalla Struttura Sanitaria al Medico che ha prescritto l'accertamento ed a Federsanità che si farà carico di inserirlo all'interno del Diario Clinico del Detenuto.

- Nel caso di Detenuti che dispongono già di una storia clinica pregressa (Fascicolo sanitario cartaceo) è prevista la scannerizzazione e la memorizzazione delle informazioni all'interno del Dossier Clinico che costituisce parte integrante del DCD. Federsanità si farà inoltre carico di estrarre dal DCD un subset di dati rilevanti per l'Amministrazione Penitenziaria e li invierà al DAP affinché possano essere riportati nell'AFIS.

Si specifica che il progetto prevede anche la fornitura di apparecchi di telemedicina, in particolare devices per il "telemonitoraggio", la telepatologia (effettuazione di esami quali INR, emocromo, urine ecc.), la tele dermatologia, la "tele cardiologia", la "teleodontoiatria" e la "tele radiologia". Considerate le potenzialità dell'utilizzo della telemedicina all'interno degli istituti penitenziari, anche a seguito delle esperienze positive già maturate (si veda la relazione di accompagnamento, punto b), si ritiene che l'implementazione di tali servizi rappresenti un profilo importante del presente progetto.

PROPOSTA 3

Previsione di alternative alla detenzione più aperte e flessibili per i condannati con patologie psichiatriche

Si propongono interventi normativi di modificazione, in linea con la delega, sugli artt. 147, 148 c.p., artt. 47 ter comma 1 e 47 quater ord.penit.

L'attuale assetto normativo necessita di revisione per garantire un'efficace tutela della salute attraverso cure appropriate ai condannati portatori di problematiche psichiatriche. Gli interventi hanno come destinatari le persone detenute e le persone nei cui confronti deve essere messa in esecuzione una pena detentiva colpite da infermità psichiatrica sopravvenuta e non accertata nel processo.

Si è ritenuto necessario:

1. rivedere gli artt. 147 e 148 c.p. che regolano gli interventi urgenti a tutela della salute, con parallelo adeguamento dell'art. 47 ter ord. penit., onde consentire una equiparazione dei rimedi di cura previsti per chi è affetto da grave patologia fisica e chi è affetto da grave patologia psichiatrica;
2. prevedere interventi che consentano l'espiazione della pena in forme alternative (così come previsto per i tossicodipendenti e gli ammalati di AIDS e le persone colpite da grave infermità fisica) in linea con le esigenze di cura.

Le proposte che si svilupperanno appaiono in linea con le indicazioni contenute nei criteri di cui all'art. 31 della legge delega, e precisamente con quelli di cui alla lettera b) ove è prevista la *"revisione delle modalità e dei presupposti di accesso alle misure alternative, sia con riferimento ai presupposti soggettivi sia con riferimento ai limiti di pena, al fine di facilitare il ricorso alle stesse"*.

Gli interventi appaiono assolutamente necessari per porre rimedio all'evidente carenza di tutela nei confronti dei detenuti affetti da problemi psichiatrici, per i quali in caso di sopravvenienza della patologia, allo stato, esiste il solo rimedio previsto dall'art. 148 c.p. (che, di fatto, prevede la permanenza delle persone in regime detentivo) e non è contemplata una misura alternativa dedicata e con carattere di specificità.

1. In caso di *"grave infermità fisica"* opera il meccanismo basato sull'art. 147 c.p., che consente il rinvio ovvero la sospensione dell'esecuzione della pena ovvero, per effetto del richiamo operato dall'art. 47 ter comma 1 ter ord. penit., della detenzione domiciliare; nell'ipotesi invece di *"infermità psichica sopravvenuta"* l'art. 148 c.p. prevede di fatto, dopo la chiusura degli OPG, la permanenza dei detenuti in regime detentivo (in apposite sezioni per infermi psichici).

Questa risposta, oltre a presentare un'evidente e ingiustificata disparità tra portatori di problemi fisici e portatori di problemi psichiatrici, si scontra con i principi che ispirano la nuova disciplina delle misure di sicurezza introdotta con la legge n. 81/2014, che favorisce, in ragione della loro maggiore efficacia in termini di cura rispetto a quelle detentive, il ricorso alle misure non detentive nei confronti delle persone affette da problematiche psichiatriche.

La proposta è di ampliamento dell'ipotesi prevista dall'art. 147 comma 1 n. 2 c.p. fino a ricomprendere anche le "condizioni di grave infermità psichica", consentendo così il differimento dell'esecuzione ovvero l'espiazione della pena anche nelle forme alternative della detenzione domiciliare, senza distinzione a seconda della tipologia (fisica o psichica) di grave malattia.

E' conseguenziale la proposta abrogativa dell'art. 148 c.p.: si tratta di una disposizione ormai priva di concreta applicabilità, considerate la chiusura degli OPG e l'espulsione dagli artt. 111 e 112 DPR n. 230/2000 dei riferimenti all'art. 148 c.p. ivi contenuti.

In parallelo, si prevede la modifica dell'art. 47 ter comma 1 ter ord. penit., in modo da adeguarlo alla formulazione dell'art. 147 comma 1 n. 2 c.p. qui suggerita e consentire il ricorso alla detenzione domiciliare (secondo i contenuti speciali, come si dirà, di cui al "nuovo" art. 47 quater ord. penit.) nei casi di grave infermità psichica.

2. Particolarmente avvertita è la necessità di introdurre specifiche misure di esecuzione penale esterna per soggetti portatori di infermità psichica. Manca di fatto una misura alternativa con carattere terapeutico, quale è quella prevista in via specifica dall'art. 94 DPR n. 309/90 che porta con sé e dentro di sé un intervento di sostegno e cura predisposto in sinergia dal servizio territoriale e dall'equipe carcere della tossicodipendenza.

Si ritiene che non vi sia ragione alcuna per giustificare una simile divergenza, sotto il profilo di un'alternativa alla detenzione, tra chi è colpito da un problema di tossicodipendenza con annesse problematiche psichiatriche e chi invece è portatore "solo" di disturbi mentali. In quest'ultima ipotesi, allo stato, la misura applicabile è quella della detenzione domiciliare prevista dall'art. 47 ter comma 1 lettera c) ord. penit. per le pene inferiori ad anni quattro di reclusione ("persone in condizioni di salute particolarmente gravi che richiedono costanti contatti con i presidi territoriali"). Trattasi, dunque, dell'unico spiraglio, normativamente previsto per consentire l'accesso alla misura alternativa della detenzione domiciliare.

La proposta prevede la previsione di una specifica misura a finalità terapeutica, ampliando gli spazi applicativi della detenzione domiciliare in un'ottica di sostegno e cura della persona affetta da patologie psichiatriche.

L'intervento può essere operato sull'art. 47 quater ord. penit., che oggi prevede misure alternative alla detenzione carceraria a beneficio di soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, in modo da estendere tale previsione ai **portatori di disturbi psichiatrici**.

Si è ritenuto di identificare i destinatari della misura alternativa nei soggetti portatori di patologia psichiatrica con una compromissione del funzionamento psichico e dell'adattamento tale da rendere nulla o scarsa l'efficacia degli interventi terapeutici-riabilitativi eventualmente erogabili all'interno del carcere; persone rispetto alle quali appare necessaria ed auspicabile l'applicazione di una misura alternativa correlata da prescrizioni terapeutiche e riabilitative formulate attraverso un programma terapeutico riabilitativo individuale, realizzato in sinergia con i servizi psichiatrici e sociali del territorio di appartenenza e finalizzate alla cura e al reinserimento sociale della persona.

In allegato l'articolato normativo di riferimento con le modifiche proposte.

"Art. 147. Rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena

L'esecuzione di una pena può essere differita (684 c.p.p.):

1) se è presentata domanda di grazia (174;674 c.p.p.) e l'esecuzione della pena non deve esser differita a norma dell'articolo precedente;

2) se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita contro chi si trova in condizioni di grave infermità fisica **o di grave infermità psichica tale da comportare una compromissione del funzionamento psichico e dell'adattamento;**

3) se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita nei confronti di madre di prole di età inferiore a tre anni.

Nel caso indicato nel n. 1, l'esecuzione della pena non può essere differita per un periodo superiore complessivamente a sei mesi, a decorrere dal giorno in cui la sentenza è divenuta irrevocabile (648 c.p.p), anche se la domanda di grazia è successivamente rinnovata.

Nel caso indicato nel numero 3) del primo comma il provvedimento è revocato, qualora la madre sia dichiarata decaduta dalla potestà sul figlio ai sensi dell'articolo 330 del codice civile, il figlio muoia, venga abbandonato ovvero affidato ad altri che alla madre.

Il provvedimento di cui al primo comma non può essere adottato o, se adottato, è revocato se sussiste il concreto pericolo della commissione di delitti.

Art. 148. Infermità psichica sopravvenuta al condannato. *Abrogato*

Art. 47 quater. Misure alternative alla detenzione nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria e di soggetti affetti da disturbo psichiatrico con compromissione del funzionamento psichico e dell'adattamento.

1. Le misure previste dagli articoli 47 e 47-ter possono essere applicate, anche oltre i limiti di pena ivi previsti, su istanza dell'interessato o del suo difensore, nei confronti di coloro che sono affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'articolo 286-bis, comma 2, del codice di procedura penale e che hanno in corso o intendono intraprendere un programma di cura e assistenza presso le unità operative di malattie infettive ospedaliere ed universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'assistenza ai casi di AIDS.

1. bis Le misure previste dagli articoli 47 e 47-ter possono essere applicate, anche oltre i limiti di pena ivi previsti, su istanza dell'interessato o del suo difensore, nei confronti di coloro che sono affetti da disturbi psichiatrici con compromissione del funzionamento psichico e dell'adattamento che hanno in corso o intendono intraprendere un programma terapeutico riabilitativo.

2. Le stanze di cui al comma 1 devono essere corredata da certificazione del servizio sanitario pubblico competente o del servizio sanitario penitenziario, che attesti la sussistenza delle condizioni di salute ivi indicate e la concreta attuabilità del programma di cura e assistenza, in corso o da effettuare, presso le unità operative di malattie infettive ospedaliere ed universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'assistenza ai casi di AIDS.

2 bis Le istanze di cui al comma 1 bis devono essere corredate da certificazione del servizio sanitario pubblico competente o del servizio sanitario penitenziario che attesti la sussistenza della patologia psichiatrica e devono essere accompagnate da idoneo programma terapeutico riabilitativo individuale redatto dai servizi sanitari del territorio.

3. Le prescrizioni da impartire per l'esecuzione della misura alternativa devono contenere anche quelle relative alle modalità di esecuzione del programma.

4. In caso di applicazione della misura della detenzione domiciliare, i centri di servizio sociale per adulti svolgono l'attività di sostegno e controllo circa l'attuazione del programma.

5. Nei casi previsti dal comma 1, il giudice può non applicare la misura alternativa qualora l'interessato abbia già fruito di analoga misura e questa sia stata revocata da meno di un anno.

6. Il giudice può revocare la misura alternativa disposta ai sensi del comma 1 qualora il soggetto risulti imputato o sia stato sottoposto a misura cautelare per uno dei delitti previsti dall'articolo 380 del codice di procedura penale, relativamente a fatti commessi successivamente alla concessione del beneficio.

7. Il giudice, quando non applica o quando revoca la misura alternativa per uno dei motivi di cui ai commi 5 e 6, ordina che il soggetto sia detenuto presso un istituto carcerario dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessarie.
8. Per quanto non diversamente stabilito dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 47-ter.
9. Ai fini del presente articolo non si applica il divieto di concessione dei benefici previsto dall'articolo 4-bis, fermi restando gli accertamenti previsti dai commi 2, 2-bis e 3 dello stesso articolo.
10. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle persone internate.

Art.47-ter. Detenzione domiciliare

0.1. La pena della reclusione per qualunque reato, ad eccezione di quelli previsti dal Libro II, titolo XII, capo III, sezione I, e dagli articoli 609 bis, 609 quater e 609 octies del codice penale, dall'articolo 51, comma 3 bis, del codice di procedura penale e dall'articolo 4 bis della presente legge, può essere espiata nella propria abitazione o in altro luogo pubblico di cura, assistenza ed accoglienza, quando trattasi di persona che, al momento dell'inizio dell'esecuzione della pena, o dopo l'inizio della stessa, abbia compiuto i settanta anni di età purchè non sia stato dichiarato delinquente abituale, professionale o per tendenza né sia stato mai condannato con l'aggravante di cui all'art. 99 del codice penale.

1. La pena della reclusione non superiore a quattro anni, anche se costituente parte residua di maggior pena, nonché la pena dell'arresto, possono essere espiate nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora ovvero in luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza, ovvero, nell'ipotesi di cui alla lettera a), in case famiglia protette, quando trattasi di:

- a) donna incinta o madre di prole di età inferiore ad anni dieci con lei convivente;
- b) padre, esercente la responsabilità genitoriale, di prole di età inferiore ad anni dieci con lui convivente, quando la madre sia deceduta o altrimenti assolutamente impossibilitata a dare assistenza alla prole;
- c) persona in condizioni di salute particolarmente gravi, che richiedano costanti contatti con i presidi sanitari territoriali;
- d) persona di età superiore a sessanta anni, se inabile anche parzialmente;
- e) persona minore di anni ventuno per comprovate esigenze di salute, di studio, di lavoro e di famiglia.

1.1. [Al condannato, al quale sia stata applicata la recidiva prevista dall'art. 99, quarto comma, del codice penale, può essere concessa la detenzione domiciliare se la pena detentiva inflitta, anche se costituente parte residua di maggior pena, non supera tre anni].

1-bis. La detenzione domiciliare può essere applicata per l'espiazione della pena detentiva inflitta in misura non superiore a due anni, anche se costituente parte residua di maggior pena, indipendentemente dalle condizioni di cui al comma 1 quando non ricorrono i presupposti per l'affidamento in prova al servizio sociale e sempre che tale misura sia idonea ad evitare il pericolo che il condannato commetta altri reati. La presente disposizione non si applica ai condannati per i reati di cui all'articolo 4-bis [e a quelli cui sia stata applicata la recidiva prevista dall'art. 99, quarto comma, del codice penale].

1-ter. Quando potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 del codice penale, il tribunale di sorveglianza, anche se la pena supera il limite di cui al comma 1, può disporre la applicazione della detenzione domiciliare, stabilendo un termine di durata di tale applicazione, termine che può essere prorogato. L'esecuzione della pena prosegue durante la esecuzione della detenzione domiciliare. **In caso di richiesta formulata per motivi di grave infermità psichica la detenzione domiciliare viene disposta ai sensi dell'art. 47 quater comma 2 bis.**

1-quater. L'istanza di applicazione della detenzione domiciliare è rivolta, dopo che ha avuto inizio l'esecuzione della pena, al tribunale di sorveglianza competente in relazione al luogo di esecuzione. Nei casi in cui vi sia un grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato

di detenzione, l'istanza di detenzione domiciliare di cui ai precedenti commi 01, 1, 1-bis e 1-ter è rivolta al magistrato di sorveglianza che può disporre l'applicazione provvisoria della misura. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 47, comma 4.

2). [La detenzione domiciliare non può essere concessa quando è accertata l'attualità di collegamenti del condannato con la criminalità organizzata o di una scelta di criminalità].

3). [Se la condanna di cui al comma 1 deve essere eseguita nei confronti di persona che trovasi in stato di libertà o ha trascorso la custodia cautelare, o la parte terminale di essa, in regime di arresti domiciliari, si applica la procedura di cui al comma 4 dell'art. 47].

4. Il tribunale di sorveglianza, nel disporre la detenzione domiciliare, ne fissa le modalità secondo quanto stabilito dall'articolo 284 del codice di procedura penale. Determina e impartisce altresì le disposizioni per gli interventi del servizio sociale. Tali prescrizioni e disposizioni possono essere modificate dal magistrato di sorveglianza competente per il luogo in cui si svolge la detenzione domiciliare.

4-bis. [Nel disporre la detenzione domiciliare il Tribunale di Sorveglianza, quando ne abbia accertato la disponibilità da parte delle autorità preposte al controllo, può prevedere modalità di verifica per l'osservanza delle prescrizioni imposte anche mediante mezzi elettronici o altri strumenti tecnici. Si applicano le disposizioni di cui all'art. 275-bis del codice di procedura penale].

5. Il condannato nei confronti del quale è disposta la detenzione domiciliare non è sottoposto al regime penitenziario previsto dalla presente legge e dal relativo regolamento di esecuzione. Nessun onere grava sull'amministrazione penitenziaria per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica del condannato che trovasi in detenzione domiciliare.

6. La detenzione domiciliare è revocata se il comportamento del soggetto, contrario alla legge o alle prescrizioni dettate, appare incompatibile con la prosecuzione delle misure.

7. Deve essere inoltre revocata quando vengono a cessare le condizioni previste nei commi 1 e 1-bis.

8. Il condannato che, essendo in stato di detenzione nella propria abitazione o in un altro dei luoghi indicati nel comma 1, se ne allontana, è punito ai sensi dell'articolo 385 del codice penale. Si applica la disposizione dell'ultimo comma dello stesso articolo.

9. La condanna per il delitto di cui al comma 8, salvo che il fatto non sia di lieve entità, importa la revoca del beneficio.

9-bis. Se la misura di cui al comma 1-bis è revocata ai sensi dei commi precedenti la pena residua non può essere sostituita con altra misura.

Le modifiche sopra indicate imporrebbero interventi sugli artt. 111 e 112 DPR n. 230/2000 nella misura in cui contengono riferimenti all'art. 148 c.p.

I riferimenti che sarebbero da espungere sono quelli contenuti nelle seguenti previsioni: art. 111 comma 3; art. 111 comma 4, art. 111 comma 6; art. 112 comma 1; art. 112, comma 3.

PROPOSTA 4

Previsione di misure alternative specifiche per i detenuti affetti da patologie infettive

Si propone un intervento normativo di modificazione sull'art.47 quater ord.penit.

L'infezione cronica da HCV e le sue forme cliniche di evoluzione in Epatite Cronica Attiva, Cirrosi Epatica ed Epatocarcinoma (HCC) sono un problema complesso di salute pubblica ed il contesto penitenziario è un luogo "privilegiato" nel quale l'infezione è presente e tendenzialmente in crescita. I detenuti con infezione da HCV giornalmente residenti nel sistema penitenziario italiano, con una stima tra i

detenuti tossicodipendenti superiore a 13.000, rappresentano oltre il 70% dei portatori di HCV residenti. Tra le persone detenute è verosimile una prevalenza d'infezione da HCV ben 19 volte superiore a quella della popolazione generale.

La disponibilità di nuovi farmaci antivirali ad azione diretta in combinazione tra loro, pur nei limiti della dispensabilità AIFA, permette oggi di ritenere concreta la possibilità di aumentare considerevolmente la proporzione delle guarigioni rispetto al numero dei sottoposti a trattamento anti-HCV.

Una specifica integrazione legislativa all' Ordinamento Penitenziario (artic. 47quater) potrebbe rendere possibile benefici similari ai detenuti affetti da AIDS, per i soggetti affetti da epatopatia HCV-correlata in stadio di malattia tale da consentire la terapia mediante i nuovi farmaci eradicanti.

Modificare l'art. 47-quater O.P., come di seguito:

"Misure alternative alla detenzione nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria

1. Le misure previste dagli articoli 47 e 47-ter possono essere applicate, anche oltre i limiti di pena ivi previsti, su istanza dell'interessato o del suo difensore, nei confronti di coloro che sono affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'articolo 286-bis, comma 2, del codice di procedura penale e che hanno in corso o intendono intraprendere un programma di cura e assistenza presso le unità operative di malattie infettive ospedaliere ed universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'assistenza ai casi di AIDS. **Analoghe misure possono essere applicate anche per coloro che sono affetti da epatopatia HCV-correlata, suscettibili dei trattamenti innovativi nei limiti delle linee-guida AIFA per l'utilizzazione di tali farmaci.**

2. L'istanza di cui al comma 1 deve essere corredata da certificazione del servizio sanitario pubblico competente o del servizio sanitario penitenziario, che attesti la sussistenza delle condizioni di salute ivi indicate e la concreta attuabilità del programma di cura e assistenza, in corso o da effettuare, presso le unità operative di malattie infettive ospedaliere ed universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'assistenza ai casi di AIDS **ed epatopatie HCV-correlate**

3. Le prescrizioni da impartire per l'esecuzione della misura alternativa devono contenere anche quelle relative alle modalità di esecuzione del programma.

4. In caso di applicazione della misura della detenzione domiciliare, i centri di servizio sociale per adulti svolgono l'attività di sostegno e controllo circa l'attuazione del programma.

5. Nei casi previsti dal comma 1, il giudice può non applicare la misura alternativa qualora l'interessato abbia già fruito di analoga misura e questa sia stata revocata da meno di un anno.

6. Il giudice può revocare la misura alternativa disposta ai sensi del comma 1 qualora il soggetto risulti imputato o sia stato sottoposto a misura cautelare per uno dei delitti previsti dall'articolo 380 del codice di procedura penale, relativamente a fatti commessi successivamente alla concessione del beneficio.

7. Il giudice, quando non applica o quando revoca la misura alternativa per uno dei motivi di cui ai commi 5 e 6, ordina che il soggetto sia detenuto presso un istituto carcerario dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessarie.

8. Per quanto non diversamente stabilito dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 47-ter.

9. Ai fini del presente articolo non si applica il divieto di concessione dei benefici previsto dall'articolo 4-bis, fermi restando gli accertamenti previsti dai commi 2, 2-bis e 3 dello stesso articolo.

10. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle persone internate.

PROPOSTA 5

Proposte in tema condivisione dei dati sensibili sanitari nel rispetto del diritto alla privacy

Si propone la previsione di modifiche normative, anche di diversi gradi e livelli, al fine di definire le regole del trattamento dei dati sanitari relativi alla persona detenuta o internata, nel senso di tutelare il diritto alla riservatezza ed, al contempo, le esigenze di accesso da parte dell'Amministrazione penitenziaria ai dati medesimi.

Si propone la previsione di una normativa uniforme per disciplinare l'accesso ai dati da parte di personale qualificato non sanitario, con eventuale individuazione puntuale delle ipotesi di "consensi impliciti" alla condivisione dei dati sensibili sanitari tra personale medico e Amministrazione Penitenziaria.

Occorre soffermarsi su due aspetti:

1. le ipotesi in cui è possibile derogare alla disciplina sulla totale riservatezza delle informazioni sensibili devono essere tassative, specifiche e approvate dall'Autorità che vaglia la legittimità del trattamento dei dati personali;
2. il soggetto che effettua il trattamento ha l'obbligo di fornire all'interessato un'adeguata informativa in ordine alle finalità e modalità del detto trattamento, secondo quanto previsto dall'art. 13 d. lgs. n. 196 del 2003.

Orbene:

Sub 1. Art. 20 d. lgs. n. 196 del 2003: Il trattamento dei dati sensibili da parte di soggetti pubblici è consentito solo se autorizzato da espressa disposizione di legge nella quale sono specificati i tipi di dati che possono essere trattati e di operazioni eseguibili e le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite. Nei casi in cui una disposizione di legge specifica la finalità di rilevante interesse pubblico, ma non i tipi di dati sensibili e di operazioni eseguibili, il trattamento è consentito solo in riferimento ai tipi di dati e di operazioni identificati e resi pubblici a cura dei soggetti che ne effettuano il trattamento, in relazione alle specifiche finalità perseguite nei singoli casi e nel rispetto dei principi di cui all'articolo 22, con atto di natura regolamentare adottato in conformità al parere espresso dal Garante ai sensi dell'articolo 154, comma 1, lettera g), anche su schemi tipo. Se il trattamento non è previsto espressamente da una disposizione di legge i soggetti pubblici possono richiedere al Garante l'individuazione delle attività, tra quelle demandate ai medesimi soggetti dalla legge, che perseguono finalità di rilevante interesse pubblico e per le quali è conseguentemente autorizzato, ai sensi dell'articolo 26, comma 2, il trattamento dei dati sensibili. Il trattamento è consentito solo se il soggetto pubblico provvede altresì a identificare e rendere pubblici i tipi di dati e di operazioni nei modi di cui al comma 2. 4. L'identificazione dei tipi di dati e di operazioni di cui ai commi 2 e 3 è aggiornata e integrata periodicamente.

Sub 2. Va posto l'accento sulla necessità di estendere alla persona detenuta le modalità di trattamento già individuate dal Garante per la protezione dei dati personali con riferimento al soggetto libero. Le modalità in questione sono, in sintesi, le seguenti:

- all'interessato deve essere consentito di scegliere, in piena libertà, se far costituire o meno un dossier sanitario con le informazioni cliniche che lo riguardano;
- il consenso deve essere autonomo e specifico;
- il titolare del trattamento deve fornire previamente un'idonea informativa, che deve contenere tutti gli elementi previsti dall'art. 13 d. lgs. n. 196 del 2003 e, in particolare, il richiamo all'intenzione di costituire un dossier elettronico;

- il titolare del trattamento deve rendere noto all'interessato secondo quali forme possano essere esercitati i diritti previsti dall'art. 7 d. lgs. n. 196 del 2003 ovvero possa essere revocato il consenso in precedenza prestato;
- l'inserimento delle informazioni relative ad eventi sanitari pregressi all'istituzione del dossier deve fondarsi sul consenso specifico e informato dell'interessato;
- qualora nel dossier siano inserite anche informazioni relative a prestazioni sanitarie offerte in casi "particolarmente sensibili" (persone offese in relazione ad atti di violenza sessuale o di pedofilia; persone sieropositive o che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ovvero di alcool; interruzione volontaria della gravidanza; parto in anonimato; servizi offerti dai consultori familiari), il titolare del trattamento deve acquisire una specifica manifestazione di volontà dell'interessato, il quale può anche richiedere che tali informazioni siano consultabili solo da parte di alcuni soggetti dallo stesso individuati.

Solo il rispetto di tali condizioni permette, nell'ambito delle diverse strutture interne al titolare del trattamento, l'accesso ai dati sanitari contenuti nel dossier. In caso contrario, le informazioni relative alle prestazioni erogate dall'Azienda Sanitaria Locale sono destinate a restare disponibili al solo professionista o alla sola struttura interna che li ha raccolti ho elaborati.

Come noto, per effetto della riforma della medicina penitenziaria (cfr. d.p.c.m. 01/04/08) sono le Aziende Sanitarie Locali che, a valle dell'intervento del medico che materialmente presta l'assistenza ai soggetti privati della libertà personale, trattano le informazioni sanitarie relative al detenuto, che conservano cioè i dati relativi alla salute della persona nelle forme del c.d. dossier sanitario (cartaceo o informatico).

A questo riguardo, si registrano, rispettivamente, due lacune normative:

1. mancano una disposizione di legge che in termini generali ed onnicomprensivi specifichi i tipi di dati che possono essere trattati e di operazioni eseguibili e le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite (art. 20 comma 1 d. lgs. n. 196 del 2003) ovvero l'atto regolamentare previsto dall'art. 20 comma 2 d. lgs. n. 196 del 2003;
2. manca una disciplina ad hoc in ordine all'informativa da fornire all'interessato, così messo nelle condizioni di prestare un valido consenso al trattamento dei dati.

L'attuale situazione normativa appare allora inadeguata a soddisfare le esigenze di tutela del diritto alla riservatezza che, con riguardo al trattamento dei dati sanitari, deve essere garantito alla persona detenuta. Lo si può affermare pur conoscendo alcuni passaggi, normativi e provvedimenti, che sono intervenuti sulla materia in termini comunque non rispondenti alle indicazioni normative sopra richiamate (si veda la Relazione di accompagnamento, che elenca alcuni provvedimenti in materia e i motivi per cui ciò che è stato previsto fin'ora è inadeguato alla definizione di regole uniformi per il legittimo trattamento dei dati sensibili dei soggetti detenuti).

Va quindi ribadita la necessità di attuare un intervento che consenta di soddisfare le condizioni stabilite dal d. lgs. n. 196 del 2003.

Si propone di intervenire su un duplice versante:

- 1. previsione di una fonte normativa che sia in linea con il disposto dell'art. 20 d. lgs. n. 196 del 2003, id est adozione di una legge e/o un regolamento che disciplini uniformemente le ipotesi in cui è legittimo l'accesso dell'Amministrazione**

penitenziaria o di altri soggetti terzi rispetto al rapporto medico-paziente ai dati sensibili sanitari, con specificazione delle finalità perseguite tramite la condivisione di dati e delle modalità del trattamento degli stessi;

2. fissazione di modalità di prestazione del consenso al trattamento da parte dell'interessato rispondenti alle previsioni dell'art. 13 d. lgs. 196 del 2003.

A sostegno di questa impostazione vanno richiamate le conclusioni alle quali è giunto il Garante per la protezione dei dati personali, che, in un recente provvedimento, ha ritenuto illecito il trattamento di informazioni sanitarie per scopi diversi da quelli di cura senza il previo e specifico consenso informato del detenuto. Si veda

<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4429647>.

DOCUMENTAZIONE

Sono stati acquisiti molti documenti nella sezione Documentazione consultabile sulla piattaforma del Tavolo n. 10, tutti esaminati e discussi e dai quali sono originate le riflessioni qui riportate. Si rinvia alla Documentazione ivi archiviata, che si compone di documenti del D.A.P. e dei P.R.A.P., saggi di dottrina, riflessioni dei componenti del Tavolo articolate in funzione della formulazione di proposte.

ATTIVITA' SVOLTE

I componenti si sono riuniti a Bologna presso l'Ufficio del Presidente del Tribunale di Sorveglianza F. Maisto per tre volte, nei mesi di luglio, ottobre e novembre. Erano state programmate due visite, una presso il centro clinico del carcere di San Vittore ed una presso il reparto dei detenuti sito presso l'A.O. San Paolo di Milano ma non è stato possibile effettuarle.

RELAZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO

Introduzione

Il Tavolo ha avuto il compito di affrontare la vastissima tematica dell'attuazione della Riforma della medicina penitenziaria, il cui iter si conclude con le previsioni di cui al DPCM del 1 aprile 2008 che, come noto, sancisce il definitivo passaggio di competenze riguardanti l'assistenza sanitaria in favore dei soggetti detenuti dal D.A.P. al S.S.N. nell'ottica della parità di tutti nella fruizione del servizio sanitario pubblico, al fine di rilevare le criticità esistenti e di formulare delle proposte per il loro superamento. Si è tentato di individuare le carenze nell'offerta di alcuni servizi socio-sanitari, proponendo degli interventi a soluzione delle criticità, e di promuovere l'ammodernamento delle procedure attualmente seguite, nell'ottica di rendere effettivo il riconosciuto pieno diritto della popolazione detenuta ad una adeguata tutela della salute in carcere (cfr. art. 1 d. lgs. 230/99; Regole penitenziarie europee, Parte III).

Si riportano di seguito le **specifiche tematiche** che hanno occupato le riflessioni del Tavolo, di cui si propone una sintesi:

a. *La disomogeneità nell'attuazione della riforma della medicina penitenziaria: la rilevazione epidemiologica, la pianificazione del fabbisogno sanitario e i protocolli con i DSM per la presa in carico dei disturbi mentali*

La riforma che nel 2008 sancì il passaggio delle competenze relative al servizio sanitario in favore dei soggetti detenuti ed internati al S.S.N. avrebbe dovuto comportare l'adozione di modelli organizzativi (nonché degli standard di adeguatezza del servizio) propri del sistema pubblico di protezione della salute. L'attuazione della stessa risulta essere stata realizzata "a velocità diverse" nelle varie Regioni italiane: il dettato del D.P.C.M. del 1 aprile 2008 circa la predisposizione dei Piani regionali e, poi, aziendali per la programmazione della Rete di assistenza sanitaria nelle carceri è, nella maggior parte delle Regioni italiane, lontano dall'effettiva realizzazione; il lavoro di rilevazione epidemiologica affidato agli Osservatori regionali è insufficiente ai fini dell'alimentazione di un sistema informativo che possa riprodurre realisticamente i bisogni di salute della popolazione detenuta (la programmazione per una gestione efficiente della spesa sanitaria non può prescindere da una realistica "fotografia" delle esigenze delle diverse realtà carcerarie); il problema della presa in carico dei detenuti che soffrono disturbi mentali non è stato affrontato con serietà nelle diverse realtà regionali, non essendo stata omogeneamente attuata la previsione del medesimo D.P.C.M. del 01.04.08 riguardo la stipula di convenzioni tra istituti penitenziari e A.S.L. territorialmente competenti per l'invio di personale specializzato per la gestione di percorsi individualizzati di sostegno psichiatrico e psicoterapeutico in favore dei soggetti detenuti.

Il recepimento della riforma "a macchia di leopardo" nelle Regioni acuisce i problemi che già i detenuti soffrono: ancora oggi ai detenuti/pazienti risulta difficile accedere alle prestazioni essenziali erogate dal SSR (ausili, protesica, farmaci fascia C); gli operatori delle ASL e della sicurezza devono gestire situazioni che riguardano malati senza dimora, stranieri, con difficoltà ad accedere ad alcuni servizi, per esempio ricoveri in ospedale, RSA, lungodegenze, pratiche d'invalidità o rinnovo delle pensioni (che si avviano in via "telematica") che dal carcere sono di difficile gestione, come sottolinea il dott. F. Gui di Forum Salute e carcere. Uno dei cardini della Riforma, l'omogeneità delle prestazioni della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è, dunque, da raggiungere.

L'efficiente programmazione della spesa per la garanzia di un'offerta sanitaria adeguata è un'esigenza particolarmente sentita in ambito di sanità penitenziaria, così come lo sarebbe lo stanziamento di risorse finanziarie maggiori. Gli investimenti servirebbero ad assicurare un'assistenza proporzionata al "rischio di salute", che nella popolazione carceraria è maggiore di quello esistente nella popolazione generale. L'incuria nella gestione delle malattie pregresse rispetto all'ingresso in carcere, la diffusione di pratiche a rischio (per es. assunzione di droghe per via iniettiva o l'abitudine al sesso a pagamento) e le possibilità di aggravamento del quadro clinico causato dagli stili di vita e dalle condizioni mentali propri dell'ambiente carcerario rendono tale segmento della popolazione particolarmente esposto a gravi patologie. In particolare, come noto, alcune malattie registrano una prevalenza incredibilmente maggiore rispetto a quella rilevata tra la popolazione generale: si tratta della dipendenza da sostanze stupefacenti e delle malattie infettive (epatite C, HIV), oltre ai disturbi nevrotici e da adattamento.

In ogni caso, finché non sarà garantita la territorialità della pena, il detenuto sarà pregiudicato dalla diversità dell'offerta sanitaria negli S.S.R., essendo soggetto, in caso di trasferimento, a variazioni delle prestazioni fruibili e/o dei prontuari farmaceutici.

b. Diario clinico del detenuto

Si sottolinea l'opportunità di adottare un sistema informatico omogeneo che raccolga i diari clinici dei pazienti detenuti in formato digitale; sono emerse nella discussione le virtualità dell'utilizzo delle cartelle cliniche informatizzate sia sotto il profilo del diritto alla continuità terapeutica sia sotto il profilo della maggiore efficienza del sistema (risparmio - per i frequenti casi di dispersione del cartaceo, con conseguente ripetizione degli esami clinici necessari alla diagnosi e cura del paziente - e rapidità di consultazione e aggiornamento). Nonostante il DPCM del 2008 facesse espresso riferimento alla necessità di adottare i sistemi informatizzati anche nelle carceri, ad oggi solo alcune realtà regionali hanno sperimentato il sistema digitale (Emilia Romagna, Prov. Trento, Toscana in via sperimentale). L'informatizzazione dei diari clinici è parte del progetto governativo Agenda Digitale (spec. Sanità digitale), il quale è in fase di implementazione. Come si vedrà di seguito, la scadenza normativamente prevista per l'operatività dei sistemi informatizzati per la creazione e gestione dei diari clinici è prossima a venire; la novità dovrebbe interessare le carceri come gli altri luoghi dove si eroga assistenza sanitaria, secondo le azioni implementate nella Asl territorialmente competente.

Si discute delle potenzialità dell'utilizzo della telemedicina all'interno degli istituti penitenziari, in considerazione delle esperienze positive già maturate. La telemedicina presenta il vantaggio di evitare gli spostamenti presso strutture esterne, con i loro problemi inerenti i ritardi della prestazione medica (nel caso dell'impossibilità per il personale di P.P. di effettuare la traduzione) e le esigenze di sicurezza dello spostamento; garantisce la qualità della prestazione (si tratta di medical devices di nuova generazione). Si considerano, allora, i dati che attestano l'aumento del volume delle traduzioni (raddoppiate dal 2008), le quali potrebbero ridursi, ma anche la posizione degli operatori coinvolti dall'eventuale sostituzione dei dispositivi medici di telemedicina alle tradizionali procedure ancora oggi operative.

Su proposta e approfondimento curato dall'ing. Veardo, il Tavolo promuove il progetto "Telemedicina per gli istituti di pena", che rappresenta un'anticipazione di un progetto di cui presto si attende l'operatività. Ottenuti consensi e dichiarazioni di sostegno dai confronti con il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, si attende ora il riscontro da parte delle Asl dislocate sul territorio nazionale. L'obiettivo è quello di creare un sistema in cui vengono memorizzate le informazioni di carattere sanitario (diari clinici informatizzati) connotato dall'interoperabilità tra istituti penitenziari e strutture sanitarie esterne nonché tra le Asl dei diversi territori regionali; informazioni che

potranno, inoltre, confluire, in parte, nell'AFIS (spec. quelle "comportamentali", che risultino utili al DAP). Si sottolinea, presentando il progetto, che questo strumento è utile a "far dialogare" la Giustizia con la Sanità. Si aggiunge che la scannerizzazione dei materiali sanitari potrebbe essere un compito da affidare ai detenuti.

Aderendo al progetto si otterrebbe anche la fornitura di apparecchi di telemedicina, in particolare il "telemonitoraggio", la "telepatologia" (effettuazione di esami quali INR, emocromo, urine ecc.), la "tele dermatologia", la "tele cardiologia", la "teleodontoatria" e la "tele radiologia".

La discussione coinvolge riflessioni sulle eventuali "interferenze" con l'implementazione del progetto governativo "Sanità digitale", che vorrebbe, a breve, l'operatività dei fascicoli sanitari elettronici per tutti gli SSR e, quindi, per tutte le ASL. L'ing. Veardo esprime la convinzione che siano realtà che ben possono svilupparsi parallelamente, anche in considerazione dell'incertezza sui tempi di attuazione del progetto governativo su scala nazionale.

Sulla proposta di coinvolgimento dei detenuti, giudicata interessante, si delineano possibili problematiche circa la riservatezza dei dati sensibili sanitari.

Si rinvia alle Proposte promosse dal Tavolo n. 10, nelle quali si rinviene una descrizione più dettagliata del progetto e dei servizi che esso intende implementare a beneficio del diritto alla salute del soggetto detenuto.

c. Il trattamento dei dati sanitari relativi alla persona detenuta o internata: tutela del diritto alla riservatezza ed esigenze di accesso da parte dell'Amministrazione penitenziaria

Il tema impone di individuare un ragionevole punto di equilibrio tra la tutela della privacy del detenuto e le esigenze legate all'esecuzione della pena nonché alla complessiva organizzazione dell'istituto di pena e s'intreccia con quello dello sviluppo tecnologico, suscettibile di favorire modalità elettroniche di registrazione e conservazione delle informazioni in oggetto (si vedano: d.l. 179/2012, art. 12; d.l. 69/2013, art. 17; Regolamento Fascicoli Sanitari Elettronici, d.p.c.m. 3 settembre 2015. Entro quest'anno dovrebbero concludersi le sperimentazioni necessarie a consentire l'operatività, in tutte le Regioni, dei sistemi informatizzati per la creazione, gestione e conservazione dei FSE – cfr. art. 17 d.l. 69/2013). La questione del trattamento dei dati sanitari è, in ogni caso, meritevole di attenzione, cioè anche nell'ipotesi in cui le relative modalità di conservazione dovessero essere quelle "tradizionali", vale a dire cartacee.

Il punto di partenza non può che essere rappresentato dal diritto del detenuto alla riservatezza, secondo la disciplina stabilita dal d. lgs. n. 196 del 2003, dei dati sanitari, i quali – per di più – appartengono alla categoria di quelli sensibili (art. 4 comma 1 lett. d d. lgs. n. 196 del 2003). Se in assenza di particolari esigenze legate all'esecuzione della pena detentiva, infatti, appare indiscusso il diritto del detenuto alla completa riservatezza in ordine alla conoscenza da parte di soggetti terzi delle informazioni sanitarie che lo riguardano, il problema si pone quando per determinate "rilevanti finalità d'interesse pubblico" è necessario che i dati sensibili vengono conosciuti anche dall'Amministrazione o da altri soggetti terzi.

Occorre soffermarsi su due aspetti: 1. le ipotesi in cui è possibile derogare alla disciplina sulla totale riservatezza delle informazioni sensibili devono essere tassative, specifiche e approvate dall'Autorità che vaglia la legittimità del trattamento dei dati personali; 2. il soggetto che

effettua il trattamento ha l'obbligo di fornire all'interessato un'adeguata informativa in ordine alle finalità e modalità del detto trattamento, secondo quanto previsto dall'art. 13 d. lgs. n. 196 del 2003.

A questo riguardo, si registrano, rispettivamente, due lacune normative:

1. mancano una disposizione di legge che in termini generali ed onnicomprensivi specifichi i tipi di dati che possono essere trattati e di operazioni eseguibili e le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite (art. 20 comma 1 d. lgs. n. 196 del 2003) ovvero l'atto regolamentare previsto dall'art. 20 comma 2 d. lgs. n. 196 del 2003;
2. manca una disciplina ad hoc in ordine all'informativa da fornire all'interessato, così messo nelle condizioni di prestare un valido consenso al trattamento dei dati.

L'attuale situazione normativa appare allora inadeguata a soddisfare le esigenze di tutela del diritto alla riservatezza che, con riguardo al trattamento dei dati sanitari, deve essere garantito alla persona detenuta. Lo si può affermare pur conoscendo alcuni passaggi, normativi e provvedimenti, che sono intervenuti sulla materia in termini comunque non rispondenti alle indicazioni normative sopra richiamate.

In particolare si evidenzia che:

- a. L'Accordo raggiunto in seno alla Conferenza Unificata Stato-Regioni del 20 novembre 2008 prevede, genericamente, che la consultazione della cartella clinica digitale "è tutelata dalla vigente normativa sulla privacy" e che "L'Amministrazione Penitenziaria e la Giustizia Minorile accedono, secondo modalità concordate, ai dati sensibili sanitari relativi ai detenuti e agli internati, per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali"; stessi rilievi sono formulabili in riferimento all'Accordo C.U. del 26/11/2009, il quale, sullo specifico punto dell'accesso ai dati sensibili, si limita ad evidenziare che ci sono alcune funzioni sanitarie ancora condivise con l'Amministrazione e che in relazione a queste essa avrebbe "necessità di accedere a tutti i dati sanitari relativi al singolo detenuto";
- b. La disciplina del trattamento dei dati sensibili e giudiziari da parte del Ministero della giustizia, adottato ai sensi degli articoli 20 e 21 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196
- c. (http://www.giustizia.lazio.it/appello.it/form_pers_didattico/5%29decreto%20ministeriale%2012.12.2006,%20n.306.pdf); (http://www.gazzettaufficiale.it/do/atto/serie_generale/caricaPdf?cdimg=007G00020100010110001&dgu=2007-01-15&art.dataPubblicazioneGazzetta=2007-01-15&art.codiceRedazionale=007G0002&art.num=1&art.tiposerie=SG) individua **in maniera generica** le specifiche circostanze in cui è consentito l'accesso ai dati sanitari (v. descrizione del trattamento), in contrasto con la richiesta di un'individuazione puntuale delle stesse secondo le previsioni del Codice privacy; in più, il Garante per la protezione dei dati personali **non si è pronunciato** sulla conformità del testo normativo alla legislazione in materia di protezione dei dati personali;
- d. Con il Parere su una versione aggiornata dello schema tipo di regolamento per il trattamento di dati personali sensibili e giudiziari da effettuarsi presso le regioni e le province autonome, le aziende sanitarie, gli enti e agenzie regionali/provinciali, gli enti vigilati dalle regioni e dalle province autonome (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/export/1915390>), il Garante per la privacy ha sottolineato che "non risulta espressamente comprovata, anche sulla base della sintetica descrizione del trattamento, **l'indispensabilità dell'utilizzo da parte dall'amministrazione di dati sensibili**", v. spec. punto 3.2; quanto alle discipline locali, si può rimarcare che, pur rappresentando encomiabili tentativi di una più puntuale definizione delle ipotesi

di legittima condivisione dei dati personali sanitari dei detenuti, **non rivestono la natura dell'atto normativo richiesto** dal Codice privacy (v. supra). Al riguardo, si veda, in particolare, il Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e PRAP Toscana, approvato con delibera Giunta Reg. n. 453 del 2013 per il trattamento dei dati personali dei detenuti in carico ai servizi del provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria e dei centri giustizia minorile. Si potrebbe, tutt'al più, attingere alle soluzioni sperimentate in sede di accordi tra Regioni e PRAP nell'ottica di trasporre in atti normativi.

Nel menzionato Protocollo d'intesa, ad esempio, viene ben evidenziato il ruolo di "filtro" attribuito al medico curante che, con funzioni di garanzia, "fornisce le sole informazioni necessarie, pertinenti e non eccedenti per assolvere alle finalità..", risultando inibito l'accesso diretto dell'A.P. ai diari clinici; vengono altresì individuati i casi in cui è opportuna la condivisione dei dati con un grado di sufficiente puntualità: scelte circa l'applicazione di un regime di sorveglianza speciale per motivi sanitari da parte del Direttore; traduzioni, istruzione delle pratiche di trasferimento; trattazione di procedimenti amministrativi e/o giudiziari particolari. La regolamentazione locale può, insomma, offrire degli spunti, da un punto di vista sostanziale, per un intervento uniformatore che, però, appare ad ogni modo necessario.

A sostegno di questa impostazione vanno richiamate le conclusioni alle quali è giunto il Garante per la protezione dei dati personali, che, in un recente provvedimento, ha ritenuto illecito il trattamento di informazioni sanitarie per scopi diversi da quelli di cura senza il previo e specifico consenso informato del detenuto. Si veda

<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4429647>

d. Proposte di intervento normativo per la tutela di soggetti portatori di problemi psichici: previsione di un percorso di cura nell'ambito di misure alternative e interventi con modifica degli artt. 147 e 148 codice penale

L'assetto attuale necessita di revisione per garantire cure e tutela della salute alle persone detenute portatrici di problematiche psichiatriche.

Occorre prevedere interventi che consentano l'espiazione della pena in forme alternative (così come previsto per i tossicodipendenti e gli ammalati di AIDS e le persone colpite da grave infermità fisica) in linea con le esigenze di cura e rivedere gli artt. 147 e 148 del codice penale che regolano gli interventi urgenti a tutela della salute, onde consentire una equiparazione degli interventi di cura previsti per chi è affetto da grave patologia fisica e chi è affetto da grave patologia psichiatrica.

Interventi che si rendono assolutamente necessari per porre rimedio all'evidente carenza di tutela nei confronti dei detenuti affetti da problemi psichiatrici, per i quali oggi in caso di sopravvenienza della patologia esiste il solo rimedio previsto dall'art. 148 c.p. che, di fatto, prevede la permanenza delle persone in regime detentivo.

Mentre infatti l'O.P. prevede in caso di "grave infermità fisica" il meccanismo di cui all'art. 147 c.p. e di applicazione della detenzione domiciliare così come indicata dall'art. 47 ter comma 1 ter OP., l'art. 148 c.p., per il caso di infermità psichica sopravvenuta, prevede, dopo la chiusura degli OPG., la permanenza dei detenuti in regime detentivo ed in apposite sezioni per infermi psichici.

Questa risposta, oltre a presentare un'evidente ed ingiustificata disparità tra portatori di problemi fisici e portatori di problemi psichiatrici, si scontra con i principi che presiedono la nuova disciplina delle misure di sicurezza introdotta con la legge 81/2014 che favorisce misure non

detentive nei confronti delle persone affette da problematiche psichiatriche in ragione della loro maggiore efficacia, in termini di cura, rispetto alle misure detentive.

Non v'è ragione per mantenere all'interno del sistema penitenziario un regime di cura differente tra chi ha una malattia mentale accertata nel corso del processo, con conseguente applicazione della misura di sicurezza per lo più non detentiva, e colui al quale la malattia viene diagnosticata nel corso dell'esecuzione della pena.

Gli interventi hanno come destinatari le persone detenute colpite da infermità psichiatrica sopravvenuta e non accertata nel processo e le persone con patologie psichiatriche nei cui confronti deve essere messa in esecuzione una pena detentiva.

Si è ritenuto di identificare i destinatari delle misure nei soggetti portatori di patologia psichiatrica con una compromissione significativa del funzionamento psichico e dell'adattamento tale da rendere nulla o scarsa l'efficacia degli interventi terapeutici-riabilitativi eventualmente erogabili all'interno del carcere, persone rispetto alle quali appare necessario ed auspicabile l'applicazione di una misura alternativa correlata da prescrizioni terapeutiche e riabilitative formulate attraverso un programma terapeutico riabilitativo individuale realizzato in integrazione con i servizi psichiatrici e sociali del territorio di appartenenza e finalizzate alla cura e al reinserimento sociale della persona.

Di seguito una sintesi della proposta di modifiche normative per la cui piena comprensione si rinvia alle Proposte del Tavolo n. 10.

- art. 147 n. 2 c.p., si propone di accostare alla grave infermità fisica anche la grave infermità psichica come presupposto per il rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena;
- art. 148 c.p., proposta di abrogazione totale (obsoleto alla luce del superamento degli OPG), con conseguente eliminazione dei riferimenti contenuti nell'art. 112 reg. exec.;
- art. 47 quater o.p., si propone di modificare la rubrica (Misure alternative alla detenzione nei confronti dei *soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria e di soggetti affetti da disturbo psichiatrico con compromissione del funzionamento psichico e dell'adattamento*); di inserire un co. 1 bis così formulato "*Le misure previste dagli articoli 47 e 47-ter possono essere applicate, anche oltre i limiti di pena ivi previsti, su istanza dell'interessato o del suo difensore, nei confronti di coloro che sono affetti da disturbi psichiatrici con compromissione del funzionamento psichico e dell'adattamento che hanno in corso o intendono intraprendere un programma terapeutico riabilitativo*"; di inserire un co. 2 bis così formulato "*Le istanze di cui al comma 1 bis devono essere corredate da certificazione del servizio sanitario pubblico competente o del servizio sanitario penitenziario che attesti la sussistenza della patologia psichiatrica e devono essere accompagnate da idoneo programma terapeutico riabilitativo individuale redatto dai servizi sanitari del territorio*".

A questo riguardo, si sottolinea la necessità di individuare delle misure specifiche di esecuzione penale esterna per soggetti portatori di infermità psichica. Allo stato la misura applicabile è quella della detenzione domiciliare prevista dall'art. 47 ter comma 1 lettera c) con pene inferiori ad anni 4 ("persone in condizioni di salute particolarmente gravi che richiedono costanti contatti con i presidi territoriali"). Trattasi dunque, dell'unico spiraglio, normativamente previsto, per consentire l'accesso alla misura alternativa, peraltro custodiale, della detenzione domiciliare. S'impone, allora, un coordinamento anche con quest'ultima previsione.

- art. 47 ter o.p., si propone l'inserimento di un co. 1 ter così formulato "*In caso di richiesta ex art. 147 c.p. per grave infermità psichica la detenzione domiciliare viene disposta ai sensi dell'art. 47 quater comma 2 bis*".

A seguito di una proposta del dott. Lucania, il Tavolo si convince dell'opportunità di promuovere l'integrazione dell'art. 47 quater o.p. con la previsione della "epatite C" quale ulteriore presupposto per l'applicazione della misura alternativa alla detenzione accanto a AIDS e grave deficienza immunitaria; emerge dal confronto che l'aggiunta in parola potrebbe ben riguardare l'art. 146 c.p. piuttosto che il 47 quater o.p.

Si è discusso sull'opportunità di introdurre tout court la locuzione "epatite C" oppure condizionare il rinvio dell'esecuzione della pena alla rilevazione di una certa soglia di carica virale.

e. Lo spazio della pena e l'integrità psico-fisica

Con particolare riferimento al tema della presa in carico dei disagi mentali, si sottolinea l'importanza di un adeguato "spazio della pena", evidenziando il fondamentale apporto che può dare al benessere psico-fisico l'ambiente in cui si è inseriti (cfr. lavori Tavolo n. 1). Si sottolinea, dunque, l'imprescindibile e prioritaria necessità, ai fini della tutela della salute in carcere, sia in favore dei ristretti che in favore dei lavoratori, che gli spazi della pena siano puliti, decorosi ed accoglienti e quindi conformi a requisiti minimi di vivibilità e abitabilità (climatizzazione, acqua calda, conformità degli impianti alle norme CEE, presidi di sicurezza, impianti antincendio, impianti di aspirazione fumo, ecc.); è imprescindibile che i luoghi (e le dotazioni strumentali mediche), oltre che accoglienti, rispondano ai criteri minimi per l'accreditamento al SSN.

f. Divisione di competenze e conquiste "culturali"

Si riflette, anche mediante richiami ad esperienze vissute o casi conosciuti, sulle criticità ancora esistenti intorno alla coesistenza di esigenze di salute ed esigenze di sicurezza: s'individuano i riflessi del problema di una non sempre chiara divisione delle competenze tra operatori sanitari e amministrazione, nonché tra potere decisionale dell'amministrazione e dei magistrati di sorveglianza; attraversa trasversalmente le tematiche affrontate la convinzione che non vi sia ancora oggi una piena consapevolezza, a livello culturale, del fatto che l'assistenza da erogarsi all'interno delle carceri deve essere paritaria rispetto a quella di cui fruisce la popolazione generale, pur essendo vigenti norme di rango primario che espressamente sanciscono l'equiparazione delle garanzie in materia di protezione del diritto alla salute (cfr. art. 1 d.lgs. 230/99).

Il Tavolo ha potuto basarsi anche su informazioni ufficiali pervenute all'Ufficio IV DAP che ha effettuato un monitoraggio richiedendo ai PRAP di inviare nel mese di ottobre delle schede in cui venivano formulati quesiti circa la risposta concreta delle Regioni alle previsioni dell'Accordo approvato in Conferenza Unificata il 22 gennaio 2015 recante "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali". La dott.ssa Montesanti ha curato un report sintetico delle risultanze. Ha ricordato, in prima battuta, che il DAP ha profuso particolare impegno per la diffusione e l'attuazione del detto Accordo (Circolare n. 0198504 del 5.6.15): ha ribadito che, nonostante il passaggio delle funzioni sanitarie al SSN, l'Amministrazione mantiene un ruolo centrale nella gestione dei detenuti-assistiti e che è solo con la sinergia delle azioni che il risultato della miglior tutela può essere raggiunto.

Ha evidenziato una "pausa" nell'attuazione della riforma del 2008 sulla sanità penitenziaria: tra il 2008 e il 2010 si registrano varie intese e progetti che hanno coinvolto istituti penitenziari e Asl; dopo il 2010 cala l'attenzione sull'attuazione del "riordino" dell'offerta sanitaria

penitenziaria. Molte Regioni sostengono di non aver potuto approfondire l'adeguato impegno (anche in termini di risorse) per il miglioramento dell'offerta sanitaria nelle carceri a causa della sfida della chiusura degli OPG e relativa riorganizzazione delle REMS.

La presa in carico dei disagi mentali rimane un tema allarmante e d'interesse prioritario. Per la cura delle fasi acute i detenuti di tutta Italia vengono fatti confluire tra Milano S. Vittore (ora sarà Pavia) e Torino. Occorre una riorganizzazione ed implementazione dei reparti psichiatrici, senza smettere di promuovere protocolli operativi tra DSM territoriali e istituti di pena col duplice scopo di favorire l'ingresso di personale specializzato all'interno e anche di favorire programmi di presa in carico dei detenuti psichiatrici nelle strutture esterne, ripensando la necessaria permanenza degli stessi nel circuito carcerario.

Sottolineare tale impellenza è necessario, anche in considerazione del fatto che il DPCM, oltre all'allegato C, prevede nell'allegato A impegni delle Regioni per "le Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" e che le Regioni devono definire "Obiettivi di salute 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 (prevenzione, salubrità, donne, minori, tossicodipendenti ..)".