



*Giunta Regionale della Campania  
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il  
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

*Il Direttore Generale*

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2019. 0135292 28/02/2019 13,15

ATTI - 5004 DG per la tutela della salute ...

DUSA - ASL NA 2 NORD EX 2, A.S.L. BENEVENTO  
A.S.L. DI CASERTA: ASL NA1 CENTRO  
Classifica: 50.4 Fascicolo: 12 del 2015



- Ai Direttori Generali /Commissari delle AA.SS.LL.  
Avellino, Benevento, Caserta,  
Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord e Salerno  
- Ai Direttori Generali delle AA.OO.  
Moscato, Ruggi d'Aragona, Cardarelli, Dei Colli

e p.c.

- Ai Presidenti dei Tribunali ed ai Procuratori della Repubblica di  
Avellino, Benevento, Lagonegro, Napoli, Napoli Nord,  
Nocera Inferiore, Nola, Salerno, Sant'Angelo dei Lombardi,  
Santa Maria C. V., Torre Annunziata, Vallo della Lucania  
- ai Presidenti dei Tribunali di Sorveglianza di  
Napoli e Salerno  
- ai Presidenti dei Tribunali ed ai Procuratori della Repubblica  
per i minorenni di Napoli e Salerno  
- al Provveditore regionale dell'amministrazione  
penitenziaria della Campania  
- alla Dirigente del Centro per la Giustizia minorile  
della Campania  
- alla Direzione Generale detenuti e trattamento  
del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria  
- alla Direzione del Dipartimento per la Giustizia  
Minorile e di Comunità  
- al Garante regionale della Campania per i diritti delle persone  
sottoposte a misure restrittive della libertà personale  
- al Capo di Gabinetto del Presidente  
della Regione Campania

Oggetto: indicazioni in tema di criticità e appropriatezza della gestione sanitaria delle persone sottoposte a misure privative della libertà personale.

Si ha riguardo alle complesse operatività derivanti dalla evenienza di diversificate criticità relativamente frequente in ambito penitenziario - dal rifiuto da parte della singola persona detenuta dei trattamenti terapeutici e/o riabilitativi proposti dal Servizio Sanitario alle ipotesi di trasferimento in servizi sanitari intrapenitenziari - rappresentando di seguito le indicazioni licenziate dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria nella seduta del 21.02.2019, con riferimento, in generale, alla pertinente regolamentazione nazionale (Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 22.01.2015), come attuata in Regione Campania con la Deliberazione n. 716/2016. Le indicazioni in parola costituiscono urgente e parziale esito degli ulteriori interventi, attualmente in corso presso il predetto Osservatorio e finalizzati al complessivo aggiornamento.

Trattasi spesso di problematiche connesse a bisogni non sanitari ovvero derivanti dall'impossibilità di erogare le prestazioni diagnostiche e assistenziali dovute, inquadrabili nella complessiva gestione della persona detenuta che mette in atto comportamenti non sintonici con la vita e regole dell'Istituto, come il rifiuto di colloqui e visite, lo sciopero della fame e la reiterazione di richieste di benefici. Le predette problematiche possono essere confuse con manifestazioni di condizioni di patologia e di conseguenza erroneamente trattate come bisogno di interventi sanitari, laddove, invece, necessitano di attività che il servizio sanitario e quello penitenziario dovrebbero localmente realizzare in forma integrata, analogamente agli interventi di tipo socio-sanitario ed escludendo, in quanto inefficace, ogni soluzione espulsiva. Nel contesto delineato, restano ovviamente ferme le responsabilità in capo alle diverse

Amministrazioni, derivanti dall'obbligazione a garantire tutte le attività di propria competenza con appropriatezza, efficienza e sollecitudine, nell'ottica della doverosa azione proattiva che la norma impone.

#### A) La volontarietà dei trattamenti sanitari.

Preliminarmente – richiamando una copiosa giurisprudenza della Consulta e dei Tribunali di merito e di legittimità – si evidenzia, per quanto relativo al rifiuto da parte della singola persona detenuta dei trattamenti terapeutici e/o riabilitativi proposti, che non è attribuibile al servizio sanitario un generale diritto di curare a prescindere dalla volontà dell'ammalato, rendendosi sempre necessario il consenso informato del paziente in possesso delle capacità intellettive e volitive, al quale solo appartiene la libera disponibilità del bene salute, secondo una totale autonomia di scelte. Quindi se il consenso informato manca o è viziato e non c'è incapacità di manifestare la volontà né stato di necessità, il trattamento sanitario è invasivo rispetto al diritto della persona di prescegliere se, come, dove e da chi farsi curare – ed il sanitario che procede non conformemente può incorrere in ipotesi di reato, atteso che i trattamenti sanitari obbligatori, a norma di Costituzione (articoli 2, 13 e 32) devono essere specificamente previsti da una legge ordinaria dello Stato.

Relativamente al riferimento alla libera scelta da parte della persona – ancorché detenuta – del luogo di cura, si evidenzia che trattasi di questione nota e gestita dal Servizio sanitario nazionale da tempo e che non trova soluzione nel mero accoglimento della richiesta così come viene formulata. Per la giurisprudenza costituzionale e comunitaria risulta infatti ragionevole e legittimo il principio della limitazione della «libertà di scelta del luogo di cura» qualora in concreto una tale limitazione risulti giustificata dalla necessità di preservare contrapposti interessi di rango costituzionale, e più in particolare qualora sussistano le ragioni di contenimento della spesa o di razionalizzazione del sistema sanitario. Nelle procedure applicative è costante una limitazione che non consiste mai in un divieto assoluto di accedere alle prestazioni erogate da strutture di diverse ASL o Regioni, ma assume la forma della necessità di un'autorizzazione preventiva, il cui rilascio da parte dell'amministrazione (ASL o Regione) dovrebbe essere subordinato all'impossibilità di erogare la prestazione attraverso strutture accreditate regionali entro un termine appropriato dal punto di vista clinico (esattamente come previsto operativamente nell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 22.01.2015).

Alla singola persona è pertanto riconosciuto il diritto di non curarsi, anche laddove la sua scelta lo esponga al rischio di vita, atteso che anche il richiamo alla scriminante dello stato di necessità, ex art. 54 codice penale, necessita di una particolarissima attenzione per quanto riferibile ai requisiti dello stato di pericolo (tipo, attualità, danno grave alla persona, involontarietà, mancanza di un particolare dovere di esporsi) e dell'azione lesiva (costrizione e inevitabilità, proporzionalità, soccorso di necessità).

Con riferimento alla frequente condizione di rifiuto da parte di una persona detenuta dell'alimentazione e delle terapie proposte, si evidenzia inoltre che appare difficilmente legittimo il richiamo allo stato di necessità, laddove la condizione di pericolo sia stata causata volontariamente dalla stessa persona, nonostante le informazioni al riguardo doverosamente fornite dai sanitari.

Nelle richiamate condizioni risulta inappropriato ed inefficace, e talora anche non conforme alle indicazioni regolamentari o normative, il trasferimento in altra struttura sanitaria, anche intra-penitenziaria, con particolare riferimento alle sezioni sanitarie specializzate, in primis Sezioni di Assistenza Intensiva (SAI, ex CDT) e Articolazioni salute mentale in carcere.

In questi casi, si ritiene vadano considerate due problematiche: una prima, interpretativa, in quanto rischierebbe di essere qualificato come sanitario un problema che invece attiene alla condizione relazionale, sociale e giudiziaria della persona e che non verrebbe così avviato verso un'appropriata gestione, e una seconda, operativa, in quanto l'ammissione a diversa struttura o servizio sanitario non potrebbe in alcun modo superare la volontà dell'ammalato di non ricevere le cure proposte.

#### B) L'appropriatezza dei trasferimenti tra istituti penitenziari per motivi di salute.

Con riferimento a quelle condizioni di bisogno sanitario – attestabili solo da chi è titolare delle funzioni sanitarie e nel rispetto degli standard diagnostici ufficiali (ICD9-CM) – che indicano l'opportunità di un'allocazione temporanea in una sezione sanitaria specializzata intra-penitenziaria, si segnala che, analogamente ad ogni altra struttura sanitaria, gli interventi specialistici o di assistenza intensiva sono realizzabili appropriatamente solo per il numero massimo di pazienti per il quale la struttura è stata programmata. Anche per questo motivo, non appare vicariabile il preventivo contatto tra la struttura sanitaria inviante e quella che dovrebbe accogliere il paziente trasferito, attraverso la formalizzazione di richieste e disponibilità motivate e propedeutiche.

Il ricorso alle predette strutture in misura eccedente il richiamato limite numerico determina inevitabilmente due conseguenze negative, proprio sul fondamentale diritto alla tutela della salute che apparentemente l'esecuzione del trasferimento sembrerebbe garantire:

- l'impossibilità di assicurare al paziente gli interventi diagnostici e terapeutici dovuti, qualora venga trasferito e allocato in sovrannumero in una struttura assistenzialmente già saturata ovvero anche in reparto ordinario e in lista di attesa;

- il progressivo inefficientamento dell'intervento sanitario, fino all'impossibilità di erogarlo con la dovuta appropriatezza, anche nei confronti degli altri pazienti già presenti nella stessa sezione sanitaria specializzata o comunque nell'Istituto Penitenziario.

Avuto riguardo ad alcune prassi operative relativamente frequenti, risulta necessario prestare particolare attenzione anche alla fattispecie del trasferimento del paziente in un Istituto Penitenziario con "annessa" sezione sanitaria specializzata (più frequentemente SAI (ex CDT) e Articolazioni salute mentale in carcere), laddove venga disposto o comunque si realizzi quando la predetta sezione risulti indisponibile all'accoglienza perché già al massimo della sua capacità assistenziale.

Nella suddetta condizione è indispensabile evidenziare che un trasferimento così realizzato non determina in concreto alcuna possibilità di assicurare le dovute prestazioni al paziente e che inoltre, analogamente a quanto rappresentato in precedenza, incide negativamente anche sulla capacità assistenziale del servizio sanitario, con riferimento sia ai bisogni del paziente trasferito che a quelli dei pazienti dallo stesso Servizio già assistiti.

Tanto rappresentato, si richiamano tutte le responsabilità sottese a procedure che potrebbero rispondere ai bisogni sanitari dei pazienti esclusivamente sui piani formali, evidenziando che in ogni singolo caso è sempre opportuno assicurare, anche localmente, l'opportuna prevenzione dei rischi che le richiamate prassi determinano.

Al fine di consentire un funzionamento efficiente della rete dei servizi sanitari penitenziari si ritiene utile richiamare l'attenzione sulle tipologie di servizio sanitario che caratterizzano i singoli Istituti Penitenziari e che sono puntualmente descritte nelle pertinenti regolamentazioni (Accordo Conferenza Unificata 22.01.2015 e Delibera di Giunta regionale della Campania n. 716/2016) in termini di Servizio Medico di Base (SMB), Servizio Medico Multiprofessionale Integrato (SMMPi), Sezione Sanitaria Specializzata, Articolazione per tutela della salute mentale in carcere (ASM) e Sezione di Assistenza Intensiva (SAI).

Considerate queste differenziazioni è da valutare attentamente e caso per caso l'eventuale opportunità – con riguardo agli esiti sanitari – di un trasferimento tra diversi Istituti Penitenziari che fruiscono di un servizio sanitario di identico livello e differiscono solo per la presenza di un SAI o una ASM che, al momento del trasferimento, non può accogliere il paziente perché già al massimo della sua appropriata capacità assistenziale.

Si evidenzia al riguardo che tutte le strutture sanitarie intrapenitenziarie richiamate, in particolare SAI e ASM, sono destinate all'accoglienza dei detenuti che necessitano di interventi di particolare specializzazione e/o intensità solo per il periodo nel quale permane questo bisogno sanitario; il loro utilizzo come allocazione a lungo termine della persona detenuta, e potenzialmente per tutto il periodo di detenzione, riduce l'efficienza e aumenta l'inappropriatezza complessiva dell'intervento sanitario, che invece risulterebbero migliorati laddove si assicurassero livelli adeguati di turnover.

A tale riguardo rileva evidenziare che la regolamentazione nazionale di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 22.01.2015, attuata in Campania con la DGRC n. 716/2016, con riferimento alla permanenza del paziente detenuto accolto in una sezione sanitaria specializzata, indica che predetta permanenza è da limitarsi al solo periodo in cui il paziente presenta specifici bisogni sanitari intensivi o specialistici, al cessare dei quali gli interventi sanitari dovranno proseguire nell'ordinaria sezione detentiva di provenienza, in modo del tutto analogo a quanto è previsto per la persona libera che permane nelle strutture sanitarie temporaneamente, per poi proseguire i trattamenti al proprio domicilio e con modalità ambulatoriali.

### C) Il monitoraggio dell'appropriatezza della rete dei servizi sanitari.

La regolamentazione richiamata in precedenza ben definisce tutte le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie alle persone private della libertà personale, che, ai sensi del D.lgs. n. 230/1999 di riforma della sanità penitenziaria, devono assicurare i livelli uniformi ed essenziali di assistenza (LEA) già previsti per i cittadini liberi con limitate e non sostanziali eccezioni, anche con riferimento alle singole prestazioni specialistiche di diagnosi, cura e riabilitazione necessarie al paziente per periodi determinati<sup>1</sup>.

Al fine di garantire l'erogazione degli interventi sanitari previsti nel rispetto dei requisiti di appropriatezza, efficacia ed efficienza propri del Servizio Sanitario Nazionale, la regolamentazione vigente in ambito penitenziario prevede che la dovuta risposta sanitaria sia da assicurare attraverso le risorse (professionali e tecnologiche) presenti nel singolo Istituto Penitenziario o comunque con quelle dell'Azienda Sanitaria. Pertanto, nella valutazione dell'adeguatezza dell'offerta sanitaria non può farsi esclusivamente riferimento alle prestazioni erogabili solo all'interno dell'Istituto Penitenziario – o con il ricorso alle professionalità e/o tecnologie ivi presenti. Deve invece essere considerata la complessiva offerta che l'Azienda Sanitaria rende disponibile alla popolazione del territorio, attraverso i diversi presidi territoriali ed ospedalieri nei quali si articola, realizzando una rete integrata e capace di rispondere ai bisogni sanitari

<sup>1</sup> DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017 ("Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, (17A02015) (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15); in particolare, le prestazioni da garantire da parte del SSN sono stabilite all' Art. 58 del predetto DPCM (Persone detenute ed internate negli istituti penitenziari e minorenni sottoposti a provvedimento penale: 1. Ai sensi dell'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'assistenza sanitaria alle persone detenute, internate ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2003 recante «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»).

solo nel suo complesso, essendo intuibile l'assoluta impossibilità di allocare in ogni punto del territorio – come, per es., un singolo Istituto Penitenziario – tutti i servizi sanitari idonei a realizzare le prestazioni comprese nei LEA.

Ciononostante, al fine di garantire, in un contesto di adeguatezza delle prestazioni, le possibili forme di sinergia tra le diverse finalità del Servizio Sanitario e dell'Amministrazione Penitenziaria, nella definizione della rete regionale di sanità penitenziaria sono state identificate, per ciascun Istituto Penitenziario, le principali prestazioni specialistiche (psichiatria, infettivologia, odontoiatria e cardiologia) che le Aziende Sanitarie Locali devono cercare di assicurare attraverso la presenza (in giornate e/o orari almeno programmati) delle necessarie professionalità e attrezzature nell'Istituto Penitenziario (rif. Tab. n. 2, Allegato 1, DGRC n. 716/2016).

Ulteriore precisazione va, infine, fatta rispetto alle macro-categorie territoriali ed ospedaliere nelle quali sono comprese le prestazioni sanitarie. La vigente normativa prevede che i trattamenti sanitari erogabili all'interno delle strutture penitenziarie, compresi quelli che vengono assicurati nelle sezioni sanitarie specializzate, sono quelli ricompresi nel livello territoriale del servizio sanitario. Non può pertanto mai essere realizzata all'interno di un Istituto penitenziario una prestazione sanitaria di tipo ospedaliero, che invece è erogabile, anche e non solo per la necessaria appropriatezza, esclusivamente all'interno dei Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie. Nelle predette condizioni di bisogno di tipo ospedaliero è infatti la struttura penitenziaria che, nel caso dei c.d. reparti ospedalieri protetti per persone sottoposte a misure privative della libertà personale, viene ad essere collocata all'interno del Presidio Ospedaliero e non viceversa.

Tanto rappresentato - attesa la necessità di assicurare efficienza, efficacia ed appropriatezza in un ambito di intervento destinato a persone in generali condizioni di rilevante fragilità sociosanitaria - si chiede alle LL.SS. di assicurare che tutte le attività di competenza siano costantemente garantite, implementando opportune procedure di monitoraggio continuo, a partire da quelle di seguito evidenziate:

- puntuale utilizzo del sistema informativo regionale dedicato (SMOP), con priorità per le informazioni necessarie per la verifica dell'appropriatezza e il turn-over nelle sezioni sanitarie specializzate (S.A.I., Articolazioni per la salute mentale in carcere, ecc.) e nei reparti o posti letto ospedalieri per le persone detenute, comprensivo della gestione unificata delle eventuali liste di attesa;
- corretta attuazione della regolamentazione in tema di trasferimento dei detenuti per motivi sanitari (punto 4.2.1 dell'Allegato alla DGRC n. 716/2016);
- costante disponibilità delle risorse professionali medico specialistiche previste per ciascuno degli Istituti Penitenziari di competenza.

Per quanto infine relativo alle indicazioni in tema appropriatezza della gestione sanitaria delle persone in precedenza evidenziate, si chiede di realizzare le attività che saranno ritenute necessarie dalle LL.SS., anche al fine di apprestare idonee e sollecite soluzioni alle criticità richiamate e/o localmente rilevate, e dandone opportuna informazione a questa Direzione Generale attraverso i propri componenti designati presso l'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria.

dott. Giuseppe Nese  
vicepresidente dell'Osservatorio permanente  
regionale per la sanità penitenziaria della Campania

Il Direttore Generale  
avv. Antonio Postiglione