



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. **0007** DEL **- 8 APR. 2021**

OGGETTO: Approvazione documento “Linee di indirizzo regionali per l’applicazione di percorsi terapeutici riabilitativi sul territorio delle persone detenute con problematiche psichiatriche alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019”

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si approva il documento elaborato dal Gruppo Tecnico di Lavoro interistituzionale per promuovere l’applicazione di percorsi terapeutici riabilitativi sul territorio dei detenuti con problematiche psichiatriche alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019 pubblicata in G. U. 24.04.2019 n. 17.

IL DIRETTORE

DELLA DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA LEA

PREMESSO che la legge 30 maggio 2014, n. 81 ha sancito la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) al 31 marzo 2015 e che dal 1° aprile 2015 l’applicazione della misura di sicurezza detentiva è disposta presso le Residenze per l’Esecuzione delle Misure di sicurezza (R.E.M.S.), strutture a totale gestione sanitaria; la riforma ha escluso dall’internamento in REMS, gli imputabili e condannati a pena detentiva affetti da disturbi mentali gravi durante la permanenza in carcere, i cosiddetti “rei folli”, prima destinati all’OPG; i soggetti con “infermità psichica sopravvenuta” (art. 148 c.p.) dopo la chiusura degli OPG, permangono in regime detentivo in apposite sezioni per infermi psichici; e l’articolo 147 c.p. regola il rinvio dell’esecuzione della pena solamente ai soggetti che si trovano “*in stato di grave infermità fisica*”, escludendo coloro che sono affetti da “infermità psichica”.

DATO ATTO che per migliorare la tutela alla salute per i condannati portatori di problematiche psichiatriche, il Tavolo 10 degli Stati generali dell’esecuzione penale, elaborò una proposta di riforma con revisione degli artt. 147 e 148 c.p. e «adeguamento dell’art. 47 *ter* o.p., 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»; e nei decreti legislativi approvati in attuazione della legge delega 103/2017, non si rilevano le proposte sopra richiamate che avrebbero determinato l’effetto positivo di garantire alle persone condannate con infermità psichica sopravvenuta l’accesso alle misure alternative previste dall’ordinamento penitenziario;

DATO ATTO che i Giudici della Suprema Corte di Cassazione, Sezione 1 Penale, con sentenza del 22 marzo 2018 hanno sollevato la questione della legittimità costituzionale in riferimento all’art. 2, 3, 27, 32 e 117 della Costituzione, in relazione all’art. 3 convenzione CEDU, dell’art. 47 *ter*, comma 1 *ter*, o.p. “nella parte in cui detta previsione di legge non preveda l’applicazione della detenzione domiciliare anche nell’ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l’esecuzione della pena”;

PRESO ATTO che la Corte Costituzionale nella sentenza n. 99/2019 rilevando che “*é rimasta incompiuta quella parte della delega disposta dalla Legge 23.06.2017 n. 103 (Modifiche al codice penale, al codice procedura penale e all’ordinamento penitenziario), relativa ai detenuti malati psichici, volta a garantire loro adeguati trattamenti terapeutici e riabilitativi anche attraverso misure alternative alla detenzione, oltre che attraverso la creazione di nuove strutture sanitarie interne al carcere. L’istituzione delle REMS introdotte dalla riforma non è di rimedio*”

Mod. B - copia

alla lacuna che si è venuta a creare in seguito alla chiusura degli OPG” dichiara l’illegittimità costituzionale dell’art. 47-ter, comma 1-ter, della legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull’ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), nella parte in cui non prevede che, nell’ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta, il Tribunale di Sorveglianza possa disporre l’applicazione al condannato della detenzione domiciliare anche in deroga ai limiti di cui al comma 1 del medesimo art. 47-ter.;

CONSIDERATO che il Comitato Nazionale per la Bioetica nelle raccomandazioni pubblicate il 22 marzo 2019 in tema di «salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere» ha evidenziato il nodo controverso e delicato che «riguarda i condannati e già reclusi cui venga riscontrato un disturbo psichiatrico grave durante la detenzione» specificando che la mancata inclusione nell’art. 147 c.p. dell’ipotesi di “infermità psichica” impedisce di fatto di «allargare la possibilità di sospensione ai soggetti con malattia psichiatrica, causando una discriminazione lesiva del principio di uguaglianza e del diritto alla tutela della salute»;

RITENUTO, in considerazione di quanto sopra espresso, la necessità di individuare linee di indirizzo condivise fra l’Autorità Giudiziaria, gli Uffici dell’Area Penale Esterna, i soggetti interessati all’intero circuito penale ed i servizi specialistici della rete sanitaria del territorio per l’applicazione di percorsi terapeutici riabilitativi sul territorio dei detenuti con problematiche psichiatriche alla luce della sentenza Corte Costituzionale n. 99/2019;

VISTO il decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 143 del 18 dicembre 2019 che ha costituito, a tal fine, un Gruppo Tecnico di Lavoro Interistituzionale;

RITENUTO di approvare il documento prodotto dal summenzionato Gruppo Tecnico di lavoro Interistituzionale che si allega al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

DECRETA

1. di approvare il documento “Linee di indirizzo regionali per l’applicazione di percorsi terapeutici riabilitativi sul territorio delle persone detenute con problematiche psichiatriche alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019” in **Allegato A**, parte integrante del presente atto;
2. di dare mandato alle Aziende Ulss di recepire con provvedimento del Direttore Generale le linee di indirizzo di cui al punto 1. e di trasmetterne copia alla Direzione Programmazione Sanitaria LEA-U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria;
3. di dare atto che da presente provvedimento non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;
4. di prevedere periodici monitoraggi in ordine all’applicazione delle linee di indirizzo regionale a cura dell’Osservatorio Interistituzionale per la Salute in Carcere;
5. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.



Il Direttore *ad interim*
F.to Dr. Claudio Pilerci



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Allegato A al Decreto n. 0007 del

- 8 APR. 2021

pag. 1/16



Linee di indirizzo regionali per l'applicazione di percorsi terapeutici riabilitativi sul territorio delle persone detenute con problematiche psichiatriche alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019

Il documento è stato redatto dal gruppo tecnico di lavoro come da Decreto del Direttore Area Sanità e Sociale n° 143 del 18 Dicembre 2019



| | |
|--------------------------------|--|
| Dr. Felice Alfonso Nava | Dirigente U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria, Direzione Programmazione Sanitaria – LEA, Regione del Veneto Coordinatore del Gruppo tecnico |
| Dr. Tommaso Maniscalco | Direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda ULSS 7 Pedemontana, con funzione di vice-coordinatore del Gruppo |
| Dr. Marco Nuti | Dirigente a supporto della Direzione Programmazione Sanitaria – LEA – U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria, Regione Veneto |
| Dr.ssa Linda Arata | Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Venezia, o suo delegato |
| Dr.ssa Antonella Reale | Direttore Ufficio Interdistrettuale Esecuzione Penale Esterna Triveneto, o suo delegato |
| Dr. Salvatore Barra | Direttore Sanitario, Azienda ULSS 8 Berica |
| Dr. Paolo Fortuna | Direttore Servizi Socio sanitari, Azienda Ulss 6 Euganea |
| Dr. Leonardo Meneghetti | Direttore Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana |
| Dr.ssa Giulia Bassetti | U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria – Regione Veneto |



1. Introduzione.....
2. Quadro epidemiologico.....
3. Il percorso di cura della persona detenuta con problematiche psichiatriche all'interno del carcere.....
 - a. *La valutazione*.....
 - b. *L'accesso al piano di cura*.....
4. L'Equipe multidisciplinare.....
 - a. *La formazione dell'equipe multidisciplinare*.....
5. L'Unità di Valutazione Multi Disciplinare (UVMD).....
6. Il percorso terapeutico riabilitativo individualizzato (PTI).....
7. La gestione dell'emergenza/urgenza.....
8. Il monitoraggio del percorso di cura.....
9. La continuità assistenziale.....
10. L'accesso alle misure alternative alla detenzione.....



1. Introduzione

Il D.Lgs n. 230/1999 sancisce che i detenuti e gli internati hanno il diritto all'erogazione delle stesse prestazioni sanitarie garantite ai cittadini di libertà indipendentemente dal tipo di patologia di cui soffre la persona. Del resto la tutela del diritto alla salute essendo un diritto costituzionalmente protetto, diventa essenziale all'interno del carcere in quanto per la persona detenuta il godere di buona salute è il presupposto fondamentale per la "risocializzazione" e quindi per l'applicazione dell'art. 37 della Costituzione. In altri termini la salute in carcere è un bene non disponibile per restrizioni in quanto non è bilanciabile con qualsivoglia motivo di sicurezza o esigenza giuridica e questo è tanto più vero per le persone affette da patologie psichiatriche.

In Italia la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e l'apertura delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), avvenuta nel rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui al Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia del 1 ottobre 2012, ha sancito per l'autore di reato con patologia psichiatrica, l'interesse prioritario delle Istituzioni sul malato e sulla rilevanza dei progetti di cura individualizzati. In altre parole l'apertura delle REMS ha definito il principio della priorità della cura territoriale e dell'inclusione sociale della persona autore di reato con patologia psichiatrica e di fatto influisce, in termini soprattutto di diritti, anche sulla gestione della patologia psichiatrica delle persone imputabili ristrette. Se da una parte l'apertura delle REMS, che sono strutture sanitarie riservate agli autori di reato non imputabili, ha permesso di compiere un vero proprio salto culturale e migliorato la dignità e il trattamento delle persone con problematiche psichiatriche, dall'altro ha fatto emergere la necessità di implementare il sistema di valutazione e di riabilitazione e di integrazione sul territorio degli autori di reato con grave patologia psichiatrica che rimangono all'interno del circuito penitenziario. D'altra parte anche la previsione dell'istituzione all'interno degli Istituti penitenziari di specifiche strutture definite come articolazioni di tutela di salute mentale (ATSM), il cui fine dovrebbe essere quello di gestire la valutazione, la cura e la riabilitazione dei soggetti con patologia psichiatrica all'interno del carcere deve prevedere una risposta completa al problema ben più ampio di quello attuale. Del resto le stesse ATSM al momento presentano una serie di problemi fra cui la mancanza di un riferimento giuridico adeguato e delle indicazioni sulle proprie caratteristiche organizzative e gestionali.

L'Organizzazione mondiale della sanità (WHO Europe, Trencin Statement on prison and mental health, 2007, p. 5) ha sottolineato come l'ambiente del carcere è, per sua natura nocivo alla protezione e al mantenimento della salute mentale di coloro che sono ivi detenuti. Del resto lo stesso organismo sottolinea come la cura psichiatrica in carcere dovrebbe essere limitata solo alle persone con disturbi minori, oppure al ristretto numero di coloro per cui non sia possibile applicare la misura alternativa.

La gestione della persona detenuta con problematiche anche psichiatriche all'interno del carcere implica sempre diversi e ampi livelli di responsabilità fra i diversi stakeholder fra cui un ruolo rilevante lo riveste l'Amministrazione penitenziaria. Sempre l'OMS chiarisce che aiutare le persone detenute a mantenere il loro benessere o curare chi soffre di scarsa salute mentale non significa solo offrire i giusti farmaci e i trattamenti anche psicologici più adeguati, ma anche aiutarli a far fronte ai loro bisogni fisici e sociali (WHO Europe, Prisons and healths, 2014, o. 87), situazione resa sempre molto più difficile dalle precarie condizioni strutturali e organizzative in cui versano gli Istituti penitenziari nel nostro Paese.

La situazione attuale per la gestione del disagio psichico e psichiatrico per gli autori di reato ha creato di fatto un doppio binario fra coloro che avendo riconosciuto l'incapacità di intendere e di volere accedono al circuito della REMS e coloro che non avendolo permangono all'interno del circuito penitenziario spesso senza ricevere una adeguata valutazione psicodiagnostica e percorso trattamentale. Tale situazione riservando di fatto percorsi e trattamenti evidentemente, anche qualitativamente diversi, fra cittadino in libertà e ristretto ha creato una vera e propria discriminazione lesiva del principio di uguaglianza e del diritto di tutela alla salute.



Questo aspetto è stato affrontato per la prima volta nel 2017 dal Tavolo 10 sulla salute e il disagio psichico degli Stati generali dell'esecuzione penale del Ministero della Giustizia che hanno elaborato una proposta di riforma in grado di superare l'evidente assenza di tutela alla salute per i condannati portatori di problematiche psichiatriche con la revisione degli artt. 147 e 148 del c.p. e l'adeguamento dell'art. 147 ter o.p., 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 (Relazione finale del Tavolo 10 degli Stati generali dell'esecuzione penale "salute e disagio psichico", p. 3). Analoga proposta giungeva anche dalla cosiddetta "Commissione Pelissero" istituita dal Ministro della Giustizia in data 19/07/17 che era stata incaricata di elaborare un progetto per la riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personale e dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico (Riforma della sanità penitenziaria e delle pene accessoria: la proposta della Commissione Pelissero, Diritto penale contemporaneo, 08/08/18). Nessuna di queste proposte veniva poi recepita dai D.Lgs. n. 123 e n. 124 del 02.10.18 della riforma dell'O.p.

A tale proposito lo stesso Comitato nazionale di bioetica nelle proprie raccomandazioni del 22/03/19 indica come per i condannati e i già reclusi per cui venga riscontrato un disturbo psichiatrico grave durante la detenzione la mancata inclusione nell'art. 147 del c.p. dell'ipotesi di "infermità psichica" impedisce di fatto di allargare la possibilità di estensione ai soggetti con malattia psichiatrica, causando una discriminazione lesiva del principio di uguaglianza e del diritto di tutela della persona (Raccomandazioni del Comitato Nazionale di Bioetica del 22/03/19). Lo stesso Comitato nazionale di bioetica del resto in maniera coerente sottolinea anche il paradosso della sopravvivenza dell'art. 148 del c.p. dopo la chiusura degli OPG.

Nello stesso tempo i giudici della suprema corte di cassazione, sezione 1 penale, con ordinanza del 22/03/18 hanno sollevato la questione della legittimità costituzionale in riferimento all'art. 2, 3, 27, 32 e 117 della Costituzione, in relazione all'art. 3 della convenzione CEDU, dell'art. 47 ter, comma 1 ter, dell'o.p. "*nella parte in cui detta previsione di Legge non preveda l'applicazione della detenzione domiciliare anche nell'ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena*".

Di seguito la Sentenza della Corte costituzionale n. 99 del 2019 sancisce degli elementi chiave per la tutela della salute in carcere come il concetto che "*il carcere rappresenta la negazione del paradigma culturale scientifico nel trattamento della salute*" e che "*la malattia psichica è fonte di sofferenze non meno della malattia fisica*". In questo senso la sentenza indica come soprattutto le patologie psichiche si possono aggravare e riacutizzarsi a causa della reclusione tanto da poter determinare, in talune condizioni, una vera e propria incompatibilità tra carcere e disturbo mentale. La sentenza della Corte costituzionale indica, peraltro, come l'art. 148 del c.p. di fatto riflette un approccio alla malattia mentale tipico dell'epoca in cui fu scritto dove era preminente l'intervento di mera custodia sulla terapia. In questo senso i Giudici delle leggi indicano chiaramente nella loro sentenza la necessità di un adeguato bilanciamento tra esigenze della sicurezza della collettività e la necessità di garantire il diritto della salute dei detenuti (come sancito dall'art. 32 della Costituzione) in modo da assicurare che nessun condannato sia mai costretto a scontare la pena in condizioni contrarie al senso di umanità (come sancito dall'art. 27, terzo comma della Costituzione), tanto meno se un detenuto malato. La sentenza della Corte costituzionale sottolinea inoltre come sia rimasta incompiuta quella parte della delega disposta dalla Legge n. 103 del 23/06/17 (modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario), relativa ai detenuti malati psichici, volta a garantire loro adeguati trattamenti terapeutici e riabilitativi anche attraverso la creazione di nuove strutture sanitarie interne al carcere, sottolineando come l'istituzione delle REMS come introdotta dalla riforma non è di rimedio alla lacuna che si è venuta a creare in seguito alla chiusura degli OPG.



Come più sopra definito la Legge n. 81 del 2014 che ha previsto la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) a decorrere dal 01/4/2015, a seguito di un vuoto normativo ha determinato la presenza nel circuito penitenziario di detenuti imputabili che, come afferma il Comitato Nazionale per la Bioetica della Presidenza del Consiglio dei Ministri (2019): “*non possono rimanere in carcere per incompatibilità, ma che neppure possono essere inviati in cura sul territorio per la carenza di normativa*” (p.15).

Tanto premesso appare evidente quindi la presenza di un vuoto normativo e operativo per le persone detenute con grave patologia psichiatrica che spesso non vengono tutelati per i propri diritti di ricevere le cure adeguate. Le REMS sono state anche utilizzate, in maniera inappropriata, per cercare di tamponare il problema, creando lunghe liste d’attesa ma, come sottolineato dalla legge delega per la riforma dell’Ordinamento Penitenziario del 2017 attuata con decreto legislativo n. 123 del 2/10/2018, violando la loro effettiva destinazione finalizzata ad accogliere esclusivamente soggetti prosciolti sottoposti a misura di sicurezza.

Nello scenario sopra descritto appare pertanto impellente sviluppare adeguati percorsi di valutazione e di gestione della persona detenuta con patologia psichiatrica imputabili e presenti nel circuito penitenziario anche per normare e dare applicazione ai principi sanciti dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 2019.

2. Quadro epidemiologico

Come osservato nel 2019 dal Comitato Nazionale per la Bioetica della Presidenza del Consiglio dei Ministri “*la ricerca epidemiologica in carcere non è ancora sufficientemente sviluppata*” (p. 9). Il quadro epidemiologico dei soggetti detenuti negli Istituti Penitenziari, infatti, non solo non è chiaro ma la prevalenza dei disturbi psichiatrici è verosimilmente sottostimata. Secondo una metanalisi pubblicata dall’Università di Cambridge che ha passato in rassegna 109 studi che coinvolgevano complessivamente 33.588 detenuti in 24 differenti realtà nazionali, la prevalenza dei disturbi dello spettro schizofrenico è stata stimata del 3,7% e quella della depressione maggiore del 11,4% (Fazel & Seewald, 2012). Se confrontiamo questi dati con i risultati di uno studio multicentrico dell’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (2015) sulla situazione attuale in Italia troviamo prevalenze rispettivamente dello 0,6% e dello 0,9%, evidenziando un rapporto di 1:6 per i disturbi dello spettro schizofrenico e di 1:12 per i disturbi depressivi. Questi dati sono indicativi di quello che è il *treatment gap*, ovvero la differenza tra le persone che necessitano di cure e le persone che le ricevono, nell’ambito della salute mentale negli Istituti Penitenziari.

In una rilevazione compiuta dalla Regione del Veneto nel 2019 risulta che le persone con patologia psichiatrica presenti nella Regione erano 202, di cui il 32.3% con disturbi dello spettro schizofrenico, 8.2% con disturbi bipolari, 25.6% con disturbi gravi della personalità e 33.8% disturbi depressivi. Da questi dati si evince come il processo di valutazione e di *assessment* sia all’interno del carcere da implementare. Delle persone con patologia psichiatrica riconosciuta il 59.7% sono residenti, 8.1% i domiciliati, 20.1% non residenti e non domiciliati e 12.1% di extracomunitari senza permesso di soggiorno.

3. Il percorso di cura della persona detenuta con problematiche psichiatriche all’interno del carcere

Il percorso di cura della persona detenuta con problematiche psichiatriche all’interno del carcere avviene attraverso una ottica multidisciplinare all’interno dell’organizzazione delle UU.OO. Sanità penitenziaria con il supporto specialistico dei Dipartimenti di salute mentale (DSM).



Rispetto al percorso di cura della persona detenuta con problematiche psichiatriche il DPCM emanato in data 01 aprile 2008 avente per oggetto *“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”* nell'Allegato C afferma che *il successo del programma specifico per gli OPG è strettamente connesso con la realizzazione di tutte le misure ed azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari e, in particolare, l'attivazione, all'interno degli istituti, di sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati e condannati, con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero in O.P.G.*

Nell'ambito degli Accordi nazionali attuativi del DPCM 1° aprile 2008, la Conferenza Unificata ha approvato il documento *“Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano”* (Rep. N. 81/CU del 26 novembre 2009) che descrive le tipologie delle strutture sanitarie all'interno degli Istituti necessarie a garantire una adeguata assistenza ai detenuti, tra cui i servizi dedicati alla salute mentale.

L'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13 ottobre 2011 ha stabilito che le Regioni e le P.A. programmassero ed attivassero entro il 30 giugno 2012 un'idonea articolazione del servizio sanitario in almeno uno degli Istituti Penitenziari del proprio territorio per garantire l'espletamento negli Istituti ordinari delle osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 del DPR 230/2000.

L'inserimento in dette articolazioni, che comprendono ed unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e minorati psichici (Accordo Rep. 81/CU del 26 novembre 2009), è riservato ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui all'art. 111 (commi 5 e 7) del decreto del Presidente della Repubblica 230/2000 sull'ordinamento penitenziario e ai soggetti di cui all'art. 112 del decreto del Presidente della Repubblica medesimo.

La Conferenza Unificata del 22 gennaio 2015 ha approvato l'Accordo sul documento recante *“Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti, implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”*, Rep. Atti n. 3/CU del 22 gennaio 2015, che aggiorna il precedente Accordo del 26 novembre 2009 sul documento recante *“Strutture sanitarie nell'ambito del Sistema penitenziario italiano”*.

Per quanto attiene la normativa regionale in materia si richiamano la DGR n. 1529 del 03 novembre 2015 con la quale è stato recepito l'Accordo del 22 gennaio 2015 e definita la rete sanitaria penitenziaria regionale tenendo conto degli attuali bisogni regionali, delle azioni di sistema già attivate e dell'organizzazione territoriale della salute in carcere.

Nella Regione del Veneto l'Articolazione per la Tutela della Salute Mentale (ATSM) è costituita da:

- Osservazione Psichiatrica, presso la Casa Circondariale di Verona (DGR n. 3585 del 30 dicembre 2010 e 395/2020)
- Sezione Semi-infermi presso la Casa Circondariale di Belluno (DGR 1611/2015 DGR n. 793 dell'11 giugno 2019).

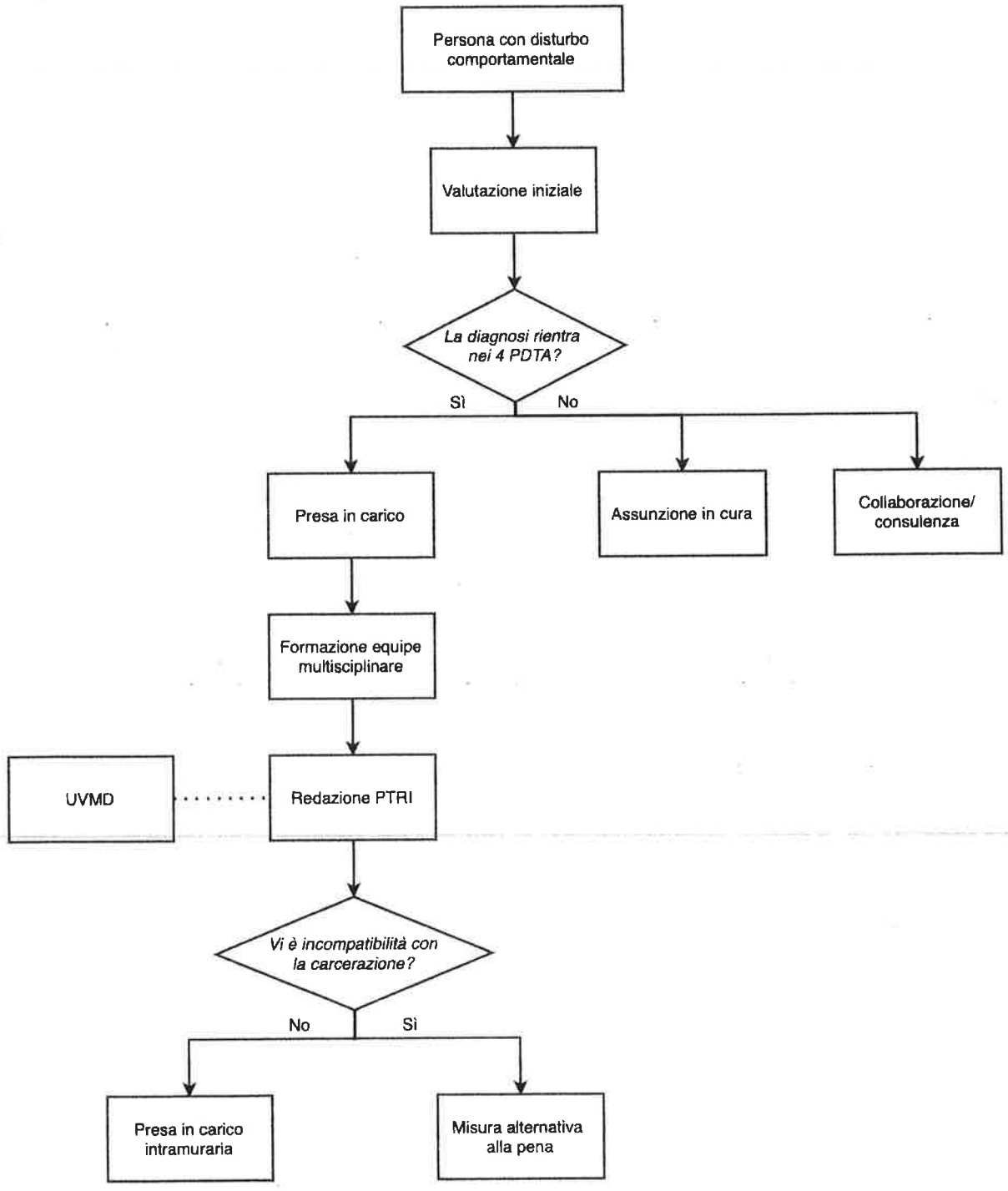
Nell'ambito del percorso di cura del detenuto con disagio e disturbo comportamentale all'interno del carcere gli obiettivi principali sono:

1. distinguere il cosiddetto disagio psichico e/o comportamentale della persona detenuta legata alle condizioni di detenzione, in assenza di condizioni psicopatologiche (situazioni che sono spesso associate alle condizioni di vita carceraria dove sono presenti carenze strutturali,



- organizzative e di sovraffollamento), da quello caratterizzato dalla presenza della malattia psichiatrica;
- 2. organizzare una risposta basata sui bisogni e sulle evidenze scientifiche.

Il percorso per la persona detenuta con disturbo comportamentale si deve inoltre svolgere secondo delle priorità che sono rappresentate dalla gestione delle eventuali emergenze, della valutazione, dalla definizione del modello organizzativo della strutturazione del percorso di cura basato sui bisogni e sulla base dei PDTA regionali come di seguito definiti.





a. La valutazione

La persona ristretta, anche se nuovo giunto, in presenza di una alterazione comportamentale significativa (come segnalato dai sanitari e/o dal personale dell'Amministrazione penitenziaria) deve essere valutato entro 24 h dallo specialista psichiatra.

La valutazione da parte dello specialista psichiatra ha l'obiettivo di:

- compiere una diagnosi differenziale fra la presenza di un disagio psichico e/o comportamentale non associato a disturbo psichiatrico;
- individuare i soggetti con fattori di rischio di scompenso psicopatologico con particolare riferimento al rischio autolesivo/suicidario;
- fornire eventuali disposizioni di temporanee misure di sorveglianza (in maniera congiunta con l'Amministrazione penitenziaria e secondo le procedure in atto);
- impostare la terapia farmacologica;
- gestire le eventuali situazioni di emergenza (con eventuale valutazione di invio in PS).

Il processo diagnostico si avvale in modo sistematico dei seguenti elementi:

- dati anamnestici compresa l'anamnesi farmacotossicologica;
- obiettività clinica ed esame psichico;
- somministrazione di eventuali scale psicodiagnostiche;
- valutazione del decorso clinico;
- valutazione del rischio suicidario e di autolesionismo.

In ogni caso è obbligatorio utilizzare nel percorso diagnostico strumenti strutturati e validati per la formulazione delle diagnosi facendo riferimento ai sistemi nosografici dell'ICD-10 e del DSM-5 (ad esempio SCID-5, la SCID-5-PD, MINI, ecc.) utilizzando i seguenti principali strumenti previsti dai PDTA regionali come di seguito ricordati.

La valutazione termina con la formulazione o meno di una diagnosi psichiatrica cui segue la definizione del percorso di cura.

b. L'accesso al percorso di cura

L'accesso al percorso di cura segue la formulazione da parte dello specialista psichiatra di una diagnosi di patologia psichiatrica. Esso segue i tre modelli clinico-organizzativi per il governo dei processi di cura, come individuati dal PANSM:

a) la **collaborazione/consulenza**: che rappresenta una modalità di lavoro organizzata interdisciplinare per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative.

Gli obiettivi sono:

- il monitoraggio del quadro clinico e della terapia farmacologica;
- modificare se appropriato il percorso di cura (in assunzione di cura o presa in carico);

b) l'**assunzione in cura**: che rappresenta un percorso per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multi-professionali.



Gli obiettivi sono:

- la programmazione di visite psichiatriche successive;
- il coordinamento con l'equipe multidisciplinare.

c) la **presa in carico**: che rappresenta un percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e l'intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di "presa in carico" prevede l'attivazione di un'equipe multidisciplinare che proceda con una valutazione diagnostica approfondita (*assessment*) che culmini nella definizione di un PTI sviluppato per lo specifico paziente, alla luce dei bisogni individuati. La presa in carico prevede anche un coinvolgimento attivo delle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di studio e di inserimento al lavoro in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola.

Gli obiettivi sono:

- la conferma della diagnosi;
- distinguere se il paziente è nella fase di esordio della malattia e senza precedenti trattamenti farmacologici o se è affetto dalla patologia da tempo;
- gestire l'eventuale presenza dell'acuzie (riducendo la sintomatologia);
- stabilizzare i sintomi;
- mantenere la stabilizzazione dei sintomi;
- impostare la terapia farmacologica secondo le indicazioni della letteratura scientifica e delle linee guida accreditate;
- definire la terapia non-farmacologica;
- monitorare le condizioni cliniche e la terapia farmacologica (anche con riguardo alle condizioni fisiche: es. BMI, ECG con misurazione del tratto QTc, ecc.).

La presa in carico fa sempre riferimento alle persone detenute che soffrono di disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore o disturbi gravi di personalità (come individuate dalla valutazione iniziale) e determina in ogni caso la definizione di un PTI.

Per quanto attinente alla normativa regionale in materia di trattamento dei disturbi psichiatrici a più alto carico assistenziale si richiamano:

- DGR n. 53 del 28/5/2019 "*Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento del disturbo borderline di personalità*" che all'allegato A definisce le linee guida per la valutazione e il trattamento dei disturbi gravi di personalità.
- DGR n. 54 del 28/5/2019 "*Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento del disturbo bipolare*" che all'allegato A definisce le linee guida per la valutazione e il trattamento dei disturbi bipolari.
- DGR n. 59 del 3/6/2019 "*Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento dei disturbi schizofrenici*" che all'allegato A definisce le linee guida per la valutazione e il trattamento dei disturbi dello spettro della schizofrenia.
- DGR n. 60 del 10/6/2019 "*Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento dei disturbi depressivi*" che all'allegato A definisce le linee guida per la valutazione e il trattamento dei disturbi depressivi.



I criteri di inclusione per l'inserimento delle persone con patologia psichiatrica nei casi previsti dalla sentenza della C. Cost. 99/2019 sono soggetti imputabili con una infermità psichica la cui situazione non consente più la detenzione in carcere e per i quali si può applicare unicamente la detenzione domiciliare e sono affetti da:

- disturbi schizofrenici;
- disturbi affettivi gravi;
- gravi disturbi di personalità cluster B ad eccezione dell'antisociale secondo il DSM 5.

Sono pertanto esclusi i pazienti con gravi disturbi antisociali e con psicopatia e con ritardo mentale medio grave.

Il differimento della pena per grave infermità nelle forme della detenzione domiciliare in surroga (che è l'unica ipotesi prevista dalla sentenza della C. Cost citata) ha un termine che viene imposto nell'ordinanza concessiva del beneficio del magistrato o del Tribunale di sorveglianza ed in genere viene circoscritta ad un anno, con necessità, prima della scadenza di una rivalutazione della situazione. L'intervento del perito non è frequente e può essere disposto d'ufficio o su richiesta del difensore.

4. L'Equipe multidisciplinare

Nel caso di presa in carico dell'utente viene attivata l'equipe multidisciplinare che è costituita dai sanitari della U.O. Sanità penitenziaria, e dello specialista psichiatra che opera all'interno del carcere in collegamento con il Responsabile del DSM territorialmente competente. La responsabilità dell'equipe multidisciplinare è in capo al responsabile della U.O. Sanità penitenziaria.

L'equipe ha la responsabilità della presa in carico del paziente e ha il compito di:

- valutare e approfondire il processo diagnostico tramite un processo strutturato di *assessment* e l'utilizzo di strumenti di valutazione validati;
- definire le priorità cliniche e le titolarità degli interventi sulla base degli elementi clinici e contestuali emersi;
- redigere il percorso terapeutico individualizzato (PTI) alla luce dei bisogni del paziente;
- condividere con i referenti del caso (anche individuati sul territorio) gli obiettivi del PTI, supportandoli tecnicamente;
- consentire la "standardizzazione" di percorsi di trattamento secondo l'*evidence based medicine-EBM*;
- valutare il rischio suicidario e di autolesionismo secondo le indicazioni della DGR n. 1019/2018 "Recepimento Accordo Conferenza Unificata Rep. Atti n. 81/CU del 27/07/2017 "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti". Approvazione del Piano regionale di prevenzione ed indicazioni per la redazione dei piani locali.
- integrare, se necessario e appropriato, una valutazione della pericolosità sociale strutturata con strumenti appositi (ad es., PCL-R, HCR-20, ecc.), secondo l'indicazione delle linee guida internazionali preferendo l'utilizzo di scale e/o strumenti attuariali;
- monitorare l'andamento dei percorsi terapeutici, educativi e riabilitativi in atto, misurandone l'efficacia attraverso un insieme di indicatori operativi e misurabili, rendicontando i risultati raggiunti;
- valutare l'eventuale incompatibilità con la pena sulla base dello stato di salute e di avviare la costruzione di un programma alternativo sul territorio in accordo con il DSM di riferimento.
- promuovere, quando necessario, una UVMD per definire tra l'altro, gli aspetti attinenti al *budget* e per meglio definire la titolarità di presa in carico;



- individuare le risorse di rete territoriale per la cura delle patologie psichiatriche all'esterno del carcere e di collaborare a tal fine con la magistratura di cognizione e di sorveglianza;
- implementare la collaborazione con l'Ufficio per l'esecuzione penale esterna (UEPE) per facilitare le pene alternative;
- implementare la collaborazione con gli altri Servizi delle rete coinvolti nel percorso di cura dell'utente quali la le cure primarie (es. per utenti ultrasessantacinquenni), i servizi specialistici e ospedalieri e del territorio (Comuni, privato sociale, ecc.).

Nei casi complessi in cui è formalizzata una presa in carico con un PTI l'equipe multidisciplinare si struttura in integrazione con i professionisti dell'Amministrazione penitenziaria deputati all'attività trattamentale e della rete territoriale (equipe multidisciplinare di staff).

L'equipe multidisciplinare di staff (costituito dal personale sanitario e dell'Amministrazione penitenziaria) che si riunisce periodicamente, e ogni qual volta se ne ravvisi una necessità, ha il compito di:

- identificare il luogo più adatto di collocazione all'interno dell'Istituto penitenziario;
- definire o modificare le eventuali misure di sorveglianza;
- strutturare gli interventi di propria competenza in base al PTI;
- rilevare l'insorgenza di eventuali aree problematiche (compreso il rischio suicidario e di autolesionismo)
- organizzare e definire il monitoraggio del percorso;
- valutare gli esiti;
- proporre una modifica del PTI (come segnalato dai sanitari e/o dal personale dell'Amministrazione penitenziaria).

a. La formazione dell'equipe multidisciplinare

La formazione specifica dei professionisti che compongono l'equipe multidisciplinare, e più in generale di tutti gli operatori coinvolti nella gestione dei pazienti che soffrono di patologie psichiatriche, deve essere continua e prevedere un costante aggiornamento dei percorsi diagnostici e di trattamento validati e appropriati da somministrare all'interno del contesto penitenziario e a favorire il lavoro in *team* e l'utilizzo degli strumenti di lavoro utilizzati nei processi ad alta integrazione.

La formazione deve affrontare sia contenuti tecnico-clinici, che gestionali, nonché organizzativo-assistenziali (percorsi appropriati, ecc.).

Costituiscono, pertanto, obiettivi formativi prioritari:

- l'approccio multi-professionale e lo sviluppo di competenze inerenti alla gestione dell'assistenza psichiatrica in carcere da parte del *team work*;
- l'implementazione e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali adottati;
- l'identificazione degli strumenti di monitoraggio e verifica dell'implementazione dei PDTA;
- il governo delle reti nei servizi territoriali, l'integrazione con la rete ospedaliera e residenziale;
- l'utilizzo appropriato delle terapie farmacologiche, degli interventi psicoterapeutici e riabilitativi basati sull'*evidence-based medicine*.



5. L'Unità di Valutazione multi disciplinare (UVMD)

La UVMD assume, per questa tipologia di utenti, particolare rilievo nella definizione:

- del percorso più appropriato sulla base del PTI predisposto dall'equipe (con modalità, tempi e momenti di verifica);
- dell'impegno di spesa per quanto riguarda i LEA e la compartecipazione ove prevista;
- del livello di coinvolgimento della famiglia, del terzo settore, della rete sociale nel suo complesso con le risorse attivabili.

Il coinvolgimento della famiglia deve essere obiettivo prioritario mediante interventi psico-educativi di gruppo o individuali, coinvolgendo la rete sociale (formale e informale) e favorendo la collaborazione fra i soggetti nel realizzare il progetto terapeutico dell'utente.

Al termine del percorso di trattamento è utile prevedere un periodo di monitoraggio e *follow-up* che verrà anch'esso definito dall'equipe curante in rapporto con l'equipe multidisciplinare ove necessario.

6. Il percorso terapeutico individualizzato (PTI)

L'equipe multidisciplinare ha il compito della valutazione globale dell'utente (*assessment*) al fine di definire non solo gli aspetti nosografici ma anche il funzionamento e i bisogni di trattamento e di riabilitazione. A questo proposito nello sviluppo del PTI appare sempre necessario definire nel dettaglio i fattori anche contestuali legati alla patologia psichiatrica con particolare riferimento alla valutazione delle risorse del singolo e del "margine" di riabilitazione anche in considerazione delle caratteristiche dell'utente. In ogni caso il PTI descrive il disturbo ma anche le dinamiche quali l'evoluzione diacronica del disturbo e gli eventuali disturbi secondari in co-morbilità, i fattori di mantenimento del problema, i fattori di rischio, le risorse della persona e il margine di riabilitazione. Scopo dell'*assessment* è quindi di comprendere il malessere del paziente a livello funzionale utilizzando la diagnosi come parte prima di una concettualizzazione del caso che ne formalizzi il funzionamento a livello ideativo, emozionale e comportamentale.

Il PTI alla luce dei bisogni si deve basare su una valutazione:

- a) multi-professionale e multi-dimensionale;
- b) comprensiva del funzionamento globale;
- c) della qualità di vita percepita dall'utente;
- d) che comprenda indici misurabili e replicabili per valutare l'efficacia dell'intervento nel tempo;
- e) che preveda interventi raccomandati dall'*evidence-based medicine*.
- f) che individui un domicilio idoneo dal punto di vista terapeutico riabilitativo ove eseguire la misura alternativa della detenzione domiciliare in surroga del differimento della pena.

Il PTI per l'utente è redatto a cura dell'equipe curante, comprende le aree di intervento, gli obiettivi da raggiungere, i tempi previsti e le fasi di monitoraggio e valutazione.

7. La gestione dell'emergenza/urgenza

Le situazioni di emergenza/urgenza si possono verificare in persone già note per problematiche psichiatriche o anche in soggetti non noti in tal senso, in ogni caso devono essere trattate tempestivamente e sempre con il supporto e l'intervento della rete territoriale sanitaria.

Nel caso sia presente personale medico presso l'Istituto penitenziario l'emergenza/urgenza verrà valutata dallo stesso personale che deciderà l'invio del paziente in PS, mentre in assenza dello



stesso l'invio in PS potrà essere attivato direttamente dal personale dell'Amministrazione penitenziaria.

E' auspicabile la realizzazione la stesura di procedure operative per la gestione dell'emergenza/urgenze psichiatriche fra UU.OO. di Sanità penitenziaria e DSM.

L'indicazione di un eventuale TSO può essere proposto dai medici presenti presso l'Istituto penitenziario secondo le indicazioni vigenti e il protocollo regionale in atto (DGR n. 847 del 31.09.2009).

8. Il monitoraggio del percorso di cura

Il monitoraggio del percorso di cura è elemento essenziale e imprescindibile e deve essere compiuto dall'equipe multidisciplinare sanitaria, dal personale dell'Amministrazione penitenziaria e in forma congiunta (equipe di staff multidisciplinare) in caso di presa in carico con PTI.

9. La continuità assistenziale

La continuità assistenziale è elemento essenziale da assicurare alla persona con problematiche psichiatriche e deve prevedere da parte dei sanitari delle UU.OO. Sanità penitenziaria:

- compilazione del nulla osta sanitario al trasferimento;
- lettera di dimissione da parte dell'area sanitaria secondo le modalità previste - nota del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per il Triveneto e della Regione del Veneto Area Sanità e Sociale - novembre 2014;
- fornitura della terapia farmacologica necessaria a garantire la continuità terapeutica;
- contatto con i curanti dell'Istituto penitenziario ricevente (in caso di trasferimento presso un altro Istituto penitenziario);
- contatto con il medico di medicina generale e gli specialisti psichiatri del DSM di riferimento (in caso di scarcerazione).

10. L'accesso alle misure alternative alla detenzione

Le proposte della misura alternativa della detenzione domiciliare in surroga del differimento della pena per grave infermità psichica, devono tener conto del PTI come formulato dall'equipe multidisciplinare e di staff per le persone che soffrono di gravi patologie psichiatriche e devono avere come presupposto di base la reale integrazione della persona nella rete territoriale di riabilitazione.

L'equipe multidisciplinare dopo aver formulato per le persone con patologia psichiatrica grave un PTI ed effettuato ove indicato una UVMD può proporre la citata misura alternativa alla Magistratura individuando chiari obiettivi e indicatori di esiti e predisponendo periodici monitoraggi sull'andamento delle condizioni patologiche. I presupposti per la proposta di misura alternativa alla Magistratura sono: la certificazione di grave infermità psichica (All. A) e la proposta di PTI finalizzato alla misura alternativa (All. B). Entrambi i documenti sono frutto del lavoro di equipe e vengono formulati congiuntamente dal Responsabile U.O. Sanità penitenziaria, il referente specialista psichiatra del caso clinico e il Responsabile del DSM territorialmente competente.



All. A.

Facsimile certificazione di grave infermità psichica

Oggetto: certificazione di incompatibilità alla carcerazione per grave infermità psichica

1. Generalità del paziente;
2. Diagnosi: modalità di esecuzione
3. Formulazione e motivazione della incompatibilità alla carcerazione

Il Responsabile della U.O. Sanità Penitenziaria

Lo Specialista Psichiatra



All. B.

Facsimile proposta di PTI finalizzato alla misura alternativa

Oggetto: proposta di PTI finalizzata alla misura alternativa

1. Generalità del paziente;
2. Breve storia e anamnesi psichiatrica;
3. Descrizione delle risorse personali e di contesto (quali presenza di risorse familiari e/o di rete di sostegno, inserimento lavorativo, ecc.)
4. Precedenti contatti e/o programmi con la rete territoriale (CSM, SerD, Comunità, ecc.);
5. Diagnosi psichiatrica e strumenti psicodiagnostici utilizzati;
6. Articolazione del PTI individuato (presupposti, obiettivi e indicatori di esito);
7. Indicazione del domicilio idoneo dal punto di vista terapeutico riabilitativo ove eseguire la misura
8. Durata complessiva se prevista del programma
9. Azioni di verifica e monitoraggio del programma;
10. Persona referente della gestione e monitoraggio del programma.

Il Responsabile della UO Sanità Penitenziaria

Il Responsabile del DSM