

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

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

Introduzione

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

Contesto di riferimento

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

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

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

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

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

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

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

Linee guida

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Percorsi di cura e assistenza per la medicina penitenziaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Equità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

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