

I documenti di:

quotidiano**sanità.it**

Quotidiano online di informazione sanitaria

Dossier

Documentazione legislativa

Studi e ricerche

Interventi e relazioni

Presidenza del Consiglio dei Ministri



LA SALUTE DENTRO LE MURA

Publicato 11 ottobre 2013

Approvato il 27 settembre 2013

INDICE

Presentazione.....	3
Premessa.....	5
1) Salute in carcere e diritti umani: i principi ispiratori.....	5
2) La popolazione carceraria: lo stato di salute.....	7
3) Un approccio globale alla salute in carcere: indicazioni internazionali	8
4) Dalla sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale: il decreto di trasferimento delle funzioni sanitarie e gli obiettivi di programmazione	10
5) Tra diritto alla cura ed esigenze di sicurezza.....	12
6) Il personale sanitario: aspetti etici specifici.....	15
7) Aree chiave di intervento	17
8) I migranti e i Centri di Identificazione ed Espulsione	24
9) Raccomandazioni	24

Presentazione

Il Parere affronta, in continuità e ad integrazione del precedente parere “Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici” (25 giugno 2010), il tema del diritto alla salute per detenuti e detenute. Il tema acquista un rilievo etico particolare, per molteplici ragioni: in primo luogo, perché 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. Inoltre, il principio della pari opportunità (fra detenuti e liberi) all’accesso al bene salute da un lato incontra ostacoli nelle esigenze di sicurezza, dall’altro entra in contraddizione con una pratica di detenzione che produce sofferenza e malattia. Ne consegue per tutte le autorità competenti, ad iniziare da quelle sanitarie, un dovere di sorveglianza e verifica dell’effettivo rispetto del diritto alla salute dei detenuti.

In linea con gli organismi internazionali e col dettato della riforma sanitaria in carcere del 2008, il diritto alla salute, anche e soprattutto in carcere, non si esaurisce nell’offerta di prestazioni sanitarie adeguate: particolare attenzione deve essere prestata alle componenti ambientali, assicurando alle persone ristrette condizioni di vita e regimi carcerari accettabili, che permettano una vita dignitosa e pienamente umana. Perciò, problemi quali il sovraffollamento, l’inadeguatezza delle condizioni igieniche, la carenza di attività e di opportunità di lavoro e di studio, la permanenza per la gran parte della giornata in cella, la difficoltà a mantenere relazioni affettive e contatti col mondo esterno, sono da considerarsi ostacoli determinanti nell’esercizio del diritto alla salute.

Il Parere intende mettere in luce le carenze del sistema carcerario in relazione alla salute dei carcerati e individuare alcune aree chiave di intervento. Nelle raccomandazioni, il CNB, prendendo spunto dalla condanna dell’Italia a causa del sovraffollamento carcerario da parte della Corte Europea di Strasburgo del gennaio 2013, ribadisce il valore della prevenzione, affinché sia assicurato ai detenuti e alle detenute un ambiente rispettoso dei diritti e dei principi di umanità. Infine, invita a sorvegliare affinché un settore come il carcere, che abbisogna di molti sforzi per raggiungere standard accettabili di vivibilità, non abbia al contrario a soffrire per la contrazione delle risorse.

Il Parere è stato elaborato dalla Prof.ssa Grazia Zuffa, coordinatrice del gruppo di lavoro. Numerose audizioni hanno consentito di mettere in luce gli aspetti che richiedevano attenzione da parte del CNB. Un ringraziamento particolare da parte del Comitato agli auditi per il loro contributo: Dott.ssa Laura Baccaro (Ristretti Orizzonti – Padova); Dott.ssa Teresa Di Fiandra (Dirigente Psicologia Ministero della Salute, Direzione generale Prevenzione); Dott.ssa Ronco (Associazione Antigone); Dott. Antonio Cappelli (medico volontario a Rebibbia per l’Associazione Antigone); Dott.ssa Paola Montesanti (Dirigente del Dipartimento per l’Amministrazione Penitenziaria); Dott. Fabio Voller (Dirigente del Settore Sociale Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità Toscana); Dott. Alberto Barbieri (Coordinatore generale dell’organizzazione Medici per i Diritti Umani); Dott.ssa Adriana Tocco (Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale); Avv. Riccardo Arena (Direttore radio carcere); On.le Rita Bernardini.

Al gruppo di lavoro hanno partecipato i Proff.: Canestrari, Caporale, Gensabella, Palazzani, Toraldo di Francia, Guidoni. In particolare hanno

contribuito alla stesura di parti del testo e alla discussione Amato, Canestrari, d'Avack, Toraldo di Francia.

Il testo è stato approvato all'unanimità del presenti: Proff. Amato, Battaglia, Canestrari, D'Agostino, d'Avack, Da Re, Dallapiccola, Flamigni, Forleo, Garattini, Guidoni, Isidori, Morresi, Neri, Palazzani, Piazza, Possenti, Scaraffia, Toraldo di Francia, Umani Ronchi, Zuffa. Ha successivamente espresso la sua adesione la Prof. Marianna Gensabella.

Il Presidente
Prof. Francesco Paolo Casavola

Premessa

Il Comitato Nazionale di Bioetica si è già espresso in passato in merito ai gravi problemi di chi vive costretto “dentro le mura”: dalla dichiarazione del gennaio 2003 di denuncia delle drammatiche condizioni di sovraffollamento delle carceri italiane, al più recente parere “Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici”, del 25 giugno 2010. In quel documento, si sottolinea che il fenomeno non può leggersi unicamente in chiave individuale, come spia di disagio psicologico o di disturbo/patologia psichiatrica del detenuto; bensì anche come sintomo di mancata o carente responsabilizzazione collettiva verso i diritti fondamentali dei detenuti, in particolare del diritto alla salute. Né nelle sue precedenti prese di posizione il CNB ha evitato di alludere allo scottante problema della pressoché insanabile incompatibilità del sistema carcerario col diritto alla salute che, inteso nel suo senso ampio, ha una specifica rilevanza bioetica: incompatibilità che si rivela di giorno in giorno - almeno in Italia - assolutamente evidente, almeno per chi non voglia chiudere gli occhi di fronte alla realtà.

E' comunque opportuno ricordare molto schematicamente, già in questa premessa, alcuni elementi-principi che costituiscono la cornice teorica e concettuale entro la quale il CNB ha affrontato, in diversi documenti dedicati a temi e condizioni specifiche, i problemi connessi alla tutela della salute umana¹. Un primo elemento è costituito dal riconoscimento che il problema della salute si inquadra necessariamente nella più ampia cornice della discussione sui diritti umani fondamentali, come risulta dall'art. 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, diritti il cui effettivo godimento è fattore primario per un'efficace protezione del bene salute². Da qui anche la sottolineatura di come lo stato di salute individuale sia determinato dalla possibilità di usufruire di una molteplicità di risorse, dirette e indirette (quali ad es. le situazioni abitative, la salubrità dell'ambiente, lo stile di vita, il grado di istruzione, le condizioni di lavoro ecc.), corrispondenti a diversi livelli di possibili interventi sui fattori suscettibili di modificazione e correzione per attenuare le diseguaglianze esistenti. Un secondo elemento riguarda, più specificamente, proprio il tema di quelle diseguaglianze in salute che sono da considerare inique in quanto prevedibili, prevenibili e correggibili, e pertanto 'moralmente ingiuste'. Sotto questo profilo il CNB ha a più riprese ribadito il principio secondo il quale lo sforzo delle istituzioni preposte a garantire pari opportunità di raggiungimento del massimo potenziale di salute consentito a ciascuno - che necessariamente sarà diverso da individuo a individuo - dovrebbe esser teso a favorire, nella distribuzione di risorse scarse come quelle proprie del settore sanitario, i gruppi e gli individui più svantaggiati; in altri termini sarebbe lo stesso concetto di equità (distributiva), o se si vuole di uguaglianza sostanziale (espresso nel 2°c.art.3 della nostra Costituzione), a richiedere non solo trattamenti diseguali per compensare svantaggi situazionali³; ma anche un'attenta vigilanza affinché

¹ Si vedano in particolare CNB, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute* (25 maggio 2001), *Bioetica e diritti degli anziani*, 20 gennaio 2006; *Le condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza socio sanitaria*, 16 luglio 2010.

² Cfr. CNB, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute* cit.

³ Cfr. A. Pizzorusso, *Eguaglianza; Diritto*, in *Enciclopedia delle scienze sociali*, vol III.

forme di 'razionamento occulto' non costituiscano delle barriere di fatto all'accesso alle prestazioni sanitarie per le fasce più deboli della popolazione.

Tornando alla situazione carceraria, la sproporzione fra le dimensioni dei gesti di autolesionismo e di auto-soppressione della vita dentro e fuori "le mura" ha portato il Comitato a considerare le dure, spesso inumane, condizioni di vita nelle carceri italiane, quale fattore ambientale che influisce negativamente sulla salute fisica e psichica del detenuto e aggrava il disagio insito nella perdita della libertà.

Da qui il proposito di affrontare i vari aspetti della salute in carcere, nella convinzione che il diritto alla salute rappresenti per i detenuti il primo dei diritti, che condiziona il soddisfacimento di altri; e all'inverso, che il godimento dei più elementari diritti umani condiziona lo stato di salute. Per comprendere appieno questa affermazione, occorre precisare il significato complessivo del diritto alla salute: intesa non solo come diritto del detenuto a essere curato e per quanto possibile a non ammalarsi, ma anche come diritto a condurre una vita dignitosa e pienamente umana, in cui sia possibile la realizzazione di sé attraverso una qualche progettualità esistenziale. Affermare il diritto alla salute in tale accezione globale è fondamentale per chi è costretto a vivere in carcere un tempo troppo spesso privo di scopo e di significato. Proprio per questo, il raggiungimento di questo diritto incontra ostacoli gravi nella concreta realtà del carcere: tanto più perché i non liberi hanno difficoltà, per la loro stessa condizione, a far sentire la propria voce.

*La prigione è un luogo di contraddizioni*⁴: contraddizione fra il principio della parità dei diritti dentro e fuori le mura (eccetto la libertà di movimento), e le esigenze di sicurezza che tendono a limitarli; fra le norme secondo cui le istituzioni devono garantire "la salubrità degli ambienti di vita" e "gli standard igienico sanitari previsti dalla normativa vigente"⁵, e le reali condizioni di vita nelle celle sovraffollate; fra il significato della pena, basato sulla responsabilità individuale, e la concentrazione in carcere di un numero crescente di persone che appartengono agli strati più deprivati della popolazione; fra il deficit di salute di chi entra negli istituti penitenziari e un carcere che produce sofferenza e malattia.

Sono queste alcune delle ragioni che chiamano alla responsabilità etica nei confronti dei detenuti, in quanto gruppo ad alta vulnerabilità bio-psico-sociale.

Ci sono anche altre ragioni per esercitare una costante attenzione pubblica sulla salute dei detenuti. L'effettivo esercizio dei diritti dei ristretti entra in contraddizione, come si è detto, con la condizione stessa di privazione della libertà, di cui un aspetto centrale è costituito dalla "sottrazione alla vista" dei corpi dei detenuti e degli ambienti in cui vivono. Seppure negli ultimi decenni sia stato introdotto come obiettivo democratico un carcere (più) "trasparente" e

⁴ *La santé et la médecine en prison*, Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, avis n.94, 26 octobre, 2006. In particolare il Comitato denuncia (p.8): "le prigioni sono anche la causa di malattia e di morte: sono la scena della regressione, della disperazione, della violenza auto inflitta, del suicidio".

⁵ *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* del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 (*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*): "garantire la salubrità degli ambienti" è stabilito come obiettivo prioritario.

collegato al territorio, le prigioni moderne conservano ancora in larga parte il carattere storico di “segrete”.

Ciò implica un dovere costante di conoscenza e sorveglianza sul rispetto dei diritti dei detenuti, nonché di denuncia delle violazioni e inadempienze.

A tal proposito, segnaliamo con sgomento l’aggravamento delle condizioni di vita carcerarie, nei dieci anni che ci separano dalla prima dichiarazione del CNB del 2003, alla sentenza della Corte Europea dei diritti dell’uomo dell’8 gennaio 2013⁶, che ha giudicato la vita nelle celle italiane sovraffollate come “trattamento inumano e degradante”.

1) Salute in carcere e diritti umani: i principi ispiratori

Non si intende in questa sede entrare nel merito del dibattito sulla funzione della pena. Si parte dalla presa d’atto che il carcere in sé possa risultare un’istituzione patogena, un induttore di turbe psico-fisiche che determinano nel recluso, sotto forma di sofferenza legale, un surplus di afflizione e quindi di condanna. Gli studi di Daniel Gonin, nella seconda metà degli anni Ottanta del secolo scorso, hanno descritto in modo scientifico ed articolato le sofferenze nella detenzione ed i mali che colpiscono il corpo recluso nel corso della segregazione⁷. La sofferenza legale, se non altro, con ampia strumentalizzazione del reo, è sempre la causa principale della destrutturazione e della debilitazione del recluso e determina una sfera di patologie, di “malattie dell’ombra”, ritenute caratteristiche essenziali del “carcere immateriale”. La fortunata espressione di Nils Christie riassume icasticamente l’essenza di un dolore inclassificabile e di una sofferenza fine a se stessa, del tutto estranea all’elaborazione valoriale del castigo, inteso come evoluzione e trasformazione del detenuto⁸. Gli *standard* più elevati richiesti nell’ambito della protezione dei diritti umani e delle libertà fondamentali nelle società moderne comportano, corrispondentemente e inevitabilmente, una maggior fermezza nel valutare le violazioni dei valori essenziali nelle società democratiche, anche nei confronti dei detenuti.

E’ opportuno ricordare come l’art.3 della Convenzione Europea dei Diritti Umani (Cedu) - in linea di continuità con la previsione di cui all’art.27, III co., della Costituzione - accordi al detenuto una protezione assoluta e inderogabile, vietando la sottoposizione a pene che rivestano carattere disumano e degradante. Le più recenti applicazioni dell’art.3 Cedu possono essere considerate il cardine normativo per la tutela psico-fisica del detenuto⁹.

I giudici di Strasburgo, pur rilevando una soglia minima di sofferenza, intrinsecamente connaturata a qualsiasi forma di privazione della libertà personale, hanno individuato un’ampia casistica di situazioni di carattere oggettivo (quali il sovraffollamento, l’inadeguatezza delle condizioni igieniche, la mancanza di areazione) e soggettivo (riferite all’incompatibilità della

⁶ Torreggiani e altri c. Italia (Sent.8 gennaio 2013).

⁷ Daniel Gonin (1991), *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, L’Archipel, Paris; trad.ital. *Il corpo incarcerato*, EGA, Torino, 1994.

⁸ Nils Christie (2007), *Limits to pain. The role of punishment in penal policy*. Nils Christie è epigone del pensiero abolizionista della pena carceraria.

⁹ Art.3 CEDU: nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti.

detenzione con le condizioni di salute del recluso) che integrano una violazione dell'art.3 Cedu.

L'ipotesi statisticamente più frequente è senz'altro rappresentata dal sovraffollamento carcerario, oggetto di una recente e fondamentale condanna nella citata sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo (*Torreggiani e altri c. Italia*).

Secondo l'ormai costante giurisprudenza, la Corte considera automaticamente integrato un trattamento inumano e degradante allorché ciascun detenuto disponga di uno spazio personale pari o inferiore a tre metri quadri (a fronte degli almeno quattro raccomandati dal Comitato per la Prevenzione della Tortura del Consiglio d'Europa).

Ciò che conta, ai fini del presente documento, è il fatto che la Corte abbia posto chiaramente in luce l'esistenza dei problemi strutturali che sono all'origine delle violazioni lamentate dai ricorsi seriali. Inoltre, pur sottolineando come il suo compito non possa essere quello di indicare le specifiche misure da adottare in questo contesto, la Corte non si esime dal fornire qualche importante indicazione in questo senso, richiamando anzitutto le raccomandazioni, Rec. (99) 22 e Rec. (2006) 13 del Comitato dei Ministri che invitano gli Stati, ed in particolare pubblici ministeri e giudici, a ricorrere il più ampiamente possibile alle misure alternative alla detenzione e a riorientare la loro politica penale verso un minor ricorso alla detenzione allo scopo, tra l'altro, di ridurre la crescita della popolazione carceraria (§ 95).

In secondo luogo, la Corte evidenzia come lo Stato italiano debba dotarsi - al più tardi, come più volte sottolineato, entro un anno dal passaggio in giudicato della sentenza - di un sistema di ricorsi interni idonei tanto a garantire un rimedio *preventivo* contro le violazioni dell'art 3 CEDU a carico dei detenuti (e dunque idonei a far cessare le violazioni in atto), quanto un rimedio *compensatorio* nei casi di avvenuta violazione (§ 96).

In conclusione, è evidente l'esigenza di un complessivo ripensamento del "governo dell'eccedenza", in un approccio pluralistico e polidimensionale, che consenta di consolidare diverse prospettive. Nella misura in cui la pena detentiva sia ritenuta inevitabile, essa dovrebbe essere considerata un'entità espressiva che non può imporre la difesa della libertà attraverso la sua negazione.

2) La popolazione carceraria: lo stato di salute

Nei penitenziari si concentrano le persone appartenenti ai gruppi più marginalizzati della società, con bassi livelli di istruzione, con standard inferiori di salute e con patologie croniche non curate. Questa affermazione è contenuta nella "Dichiarazione di Mosca sulla salute in carcere quale settore della salute pubblica", emanata nel 2003 dall'Ufficio Regionale per l'Europa della OMS¹⁰. Fra i soggetti sovra rappresentati nel carcere rispetto alla popolazione generale, sono citati anche i consumatori di droghe, i soggetti particolarmente vulnerabili e coloro che praticano comportamenti a rischio come l'uso di droghe per via iniettiva e il sesso a pagamento. In realtà, gli studi epidemiologici sulla popolazione carceraria sono limitati, a riprova che il carcere è tuttora considerato come un mondo a parte: l'integrazione della salute in carcere

¹⁰ WHO Regional Office for Europe (2007), *Health in prisons*, p.10.

nell'alveo della salute pubblica è da considerarsi un auspicio, più che una realtà. Basti pensare alle indagini nazionali sullo stato di salute della popolazione generale che non includono quasi mai le persone detenute: ciò vale ad esempio per il *National Health Interview Survey* (Stati Uniti) e per le indagini Istat sulla popolazione italiana.

Questa dimenticanza (o discriminazione) è tanto più deprecabile se si considerano gli alti numeri delle persone rinchiusi in carcere, in costante ascesa: nel 2012, si registravano nel mondo più di 10,1 milioni di detenuti, e la cifra sale a 10,75 milioni se si considerano i cosiddetti "centri di detenzione" ove sono rinchiusi persone che pure non sono sottoposte a procedimento penale. Sono gli Stati Uniti a detenere il primato del più alto tasso di carcerazione nel mondo (743 per 100.000 abitanti), seguiti dal Rwanda (595), dalla Russia (568)¹¹.

Nonostante la carenza di rilevazioni sistematiche, la OMS ci informa che i principali disturbi in carcere sono di natura psichica, infettiva e gastroenterica. Alcuni comportamenti poco salutari, come il consumo di tabacco e l'abuso di alcol, associati alla malnutrizione e alla mancanza di attività fisica, possono aggravare gravi patologie croniche come il diabete e l'ipertensione, che hanno prevalenza più elevata rispetto alla popolazione non istituzionalizzata. Una larga parte di malattie non trasmissibili, come diabete e malattie cardiache, potrebbero essere ridotte agendo sui principali fattori di rischio. Da qui le indicazioni OMS: 1) aumentare l'attività fisica; 2) informazione ed educazione sugli stili di vita più corretti; 3) corsi speciali per soggetti più vulnerabili, gli anziani, i soggetti sovrappeso; 4) corsi speciali di ginnastica per gruppi vulnerabili¹².

Quanto alle malattie trasmissibili, la popolazione detenuta è esposta al contagio di malattie infettive legate a uso iniettivo di droghe e a pratiche sessuali a rischio. Un allarme particolare è lanciato dalla OMS per la HCV (Epatite C). Infine, i detenuti sono sottoposti a elevati livelli di stress, ansia, privazione di sonno che influiscono sulla salute fisica e psichica.

In Italia, col decreto di passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale Vedi oltre, par.4), la acquisizione e l'organizzazione delle conoscenze epidemiologiche sono state individuate come priorità: le Regioni dovrebbero attivare in tutti gli istituti di pena una rilevazione sistematica dei dati "sulla prevalenza e l'incidenza degli stati patologici, descrivendo altresì condizioni e fattori di rischio che ne favoriscono l'insorgenza o ne ostacolano la cura"¹³.

In realtà, sono poche le Regioni che hanno avviato tale rilevazione sistematica, tanto meno in ogni istituto di pena¹⁴.

¹¹ Wamsley R. (2012), *Prison Population List* (9th Edition), International Centre for Prison Studies.

¹² Who Regional Office, *Final Report of the network meeting on Prison and Health*, Copenhagen, 11-12 October 2012, presentazione di Emma Plugge, Oxford University.

¹³ Linee di indirizzo cit., All. A, p.4.

¹⁴ Tra queste va segnalata la Toscana, che provvede a rilevazioni periodiche tramite la Agenzia Regionale di Sanità. La ARS toscana ha condotto una indagine sullo stato di salute dei detenuti in Toscana nel 2009, e una seconda è in corso dal 2012. Riportiamo i dati più significativi dell'indagine 2009, che offrono uno spaccato di valenza generale: i detenuti sono prevalentemente giovani (86,4% fra i 18 e i 49 anni), quasi la metà stranieri (47,6%, contro una presenza del 9,1% di stranieri su tutta la popolazione toscana). Il livello di istruzione è basso: 84,7% con la licenza media inferiore (mentre solo il 50,5% ha questo titolo di studio sul territorio toscano).

Un recente studio condotto su dati nazionali conferma la differente distribuzione delle problematiche di salute fra detenuti e popolazione generale: è a rischio il 13% della popolazione carceraria contro il 7% della popolazione generale. La sproporzione è particolarmente evidente per alcuni disturbi: la dipendenza da droghe raggiunge il 21,5% fra i detenuti contro il 2,1% della popolazione generale; il 15,3% dei detenuti ha problemi dentali (contro il 4,5 fra la p.g.); il 13,5% presenta malattie osteoarticolari e post traumatiche (contro l'11,9 fra la p.g.); il 2,08% soffre di infezione da HIV (contro lo 0,2 della p.g.)¹⁵.

Nell'insieme, il carcere si conferma come ambiente a rischio: per i disturbi mentali e in particolare per i disturbi nevrotici e di adattamento, che sono 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.

3) Un approccio globale alla salute in carcere: indicazioni internazionali

Come già ricordato, l'uguaglianza nel diritto alla salute fra detenuti e liberi non significa solo uguaglianza nell'offerta di servizi sanitari: una buona rete di servizi sanitari è semmai uno strumento, necessario ma non sufficiente, per *raggiungere l'uguaglianza dei livelli di salute*. Si tratta dunque di offrire ai detenuti *pari opportunità nell'accesso al bene salute* tenendo conto delle differenze (in questo caso, deficit) di partenza nei livelli di salute, nonché delle

Si registra un elevato tasso di obesità (11,5% fra i detenuti contro il 9,2% sul territorio) e un'alta prevalenza di uso di tabacco (70,6% contro il 33,2% fra i liberi). Fra le malattie non trasmissibili, prevalgono i disturbi dell'apparato digerente (25,1%), di cui più della metà costituiti da patologie dei denti e del cavo orale (che riguardano il 13,7% dei carcerati). Le malattie dell'apparato digerente sono più frequenti tra la popolazione carceraria rispetto a quella non istituzionalizzata, così come il diabete e l'obesità. Seguono le malattie del sistema osteo muscolare (11%) e del sistema circolatorio (10,8%).

Fra le malattie infettive, le più frequenti sono l'epatite C Virus (HCV), l'epatite B Virus (HBV) e l'infezione da HIV. Si tratta di percentuali elevate rispetto alla diffusione di queste patologie infettive fra la popolazione libera: per HCV la prevalenza è del 9% contro il 3% della popolazione generale; per HIV, la prevalenza è del 1,4% contro lo 0,1% della popolazione residente.

In più, le infezioni sono differentemente distribuite fra italiani e stranieri. Ad esempio, fra gli italiani alcune infezioni risultano molto più alte: la HCV raggiunge il 14,9%, e la HIV il 2%. Queste differenze così marcate fra italiani e stranieri destano però molti interrogativi. Infatti, sembrano contrastare con la letteratura internazionale che segnala alta prevalenza di infezioni da virus C in particolare in Africa (va ricordato che gli africani costituiscono larga fetta degli stranieri nelle carceri toscane). Sembra dunque che i diversi numeri riscontrati fra italiani e stranieri siano inficiati dai differenti livelli di adesione ai test virologici (che necessitano di consenso da parte dell'interessato): su questi influiscono le diversità culturali o semplicemente la difficoltà di comunicazione¹⁴.

Riguardo alla salute mentale, la prevalenza di disturbi psichici fra i detenuti è del 33,3% rispetto all'11,6% della popolazione generale.

Tra i disturbi: diagnosi di dipendenza da sostanze (12,7%), seguita da disturbi nevrotici e reazioni di adattamento (11,6%). Nel confronto fra ristretti e liberi, si osserva una prevalenza maggiore di disturbi alcol correlati fra i primi (5,7% contro 2%) e di disturbi nevrotici e di adattamento (10,9% contro 0,8%), mentre i disturbi depressivi non psicotici sono più rappresentati nella popolazione generale (il 6,5% fra i liberi contro il 1,9% fra i ristretti) (Voller F. et al., 2011, *Lo stato di salute della popolazione detenuta all'interno delle strutture penitenziarie della Regione Toscana*, "Epidemiologia & Prevenzione", 35, 5-6, pp.210-218).

¹⁵ Esposito M. (2010), *The Health of Italian Prison Inmates Today: a Critical Approach*, "Journal of Correctional Health Care", 16 (3), 230-238.

particolari condizioni di vita in regime di privazione della libertà, che di per sé rappresentano un ostacolo al conseguimento degli obiettivi di salute. Va ricordato che la mancanza di libertà è un grave *vulnus* al patrimonio-salute, nelle componenti sociali e psicologiche. Il portato più invasivo dell'istituzionalizzazione è la perdita della dimensione privata dell'individuo e della sua capacità di controllo sull'ambiente di vita quotidiana, che si traduce in perdita di identità e percezione di insicurezza.

Per tale ragione, la condizione carceraria richiede con ancora maggiore urgenza un *approccio globale alla salute in carcere*, a partire da una accurata ricognizione dei bisogni di salute (e non solo dei bisogni di servizi sanitari) della popolazione carceraria, col coinvolgimento dei detenuti stessi e delle associazioni di volontariato che operano nel carcere. In questa ricognizione, sono centrali le variabili ambientali della salute, ponendo attenzione agli aspetti del regime carcerario e della quotidianità dentro il carcere.

Non a caso, la OMS sottolinea come condizioni di rischio comuni nelle prigioni il bullismo, il mobbing, la forzata inattività. Si raccomanda perciò di perseguire l'obiettivo di un carcere "sicuro", sia sotto l'aspetto igienico sanitario che della sicurezza intesa come protezione dalla violenza e dal sopruso. *Il rispetto dei diritti umani, insieme a condizioni accettabili di vita carceraria, costituiscono le fondamenta della promozione della salute poiché abbracciano tutti gli aspetti della vita del detenuto.*

La scelta dell'approccio globale alla salute permette di inquadrare sotto diversa luce e di rafforzare aspetti, quali il trattamento e la riabilitazione del detenuto: questi diventano elementi essenziali del diritto alla salute, che si presenta dunque come il diritto basilare, su cui poggiano tutti gli altri. Allo stesso modo, acquistano rilievo i bisogni relazionali dei detenuti, tanto che i contatti col mondo esterno e il mantenimento dei rapporti familiari sono oggetto di raccomandazioni specifiche da parte di istituzioni europee¹⁶. In quest'ambito, dovrebbe rientrare la possibilità di godere di intimità negli incontri fra detenuti e coniugi/partners, in modo da salvaguardare l'esercizio dell'affettività e della sessualità¹⁷. In tal modo si sostanzia il principio etico della centralità della persona, anche in condizioni di privazione della libertà.

A livello internazionale, si sottolineano le seguenti azioni, ritenute fondamentali per la tutela della salute del detenuto: 1) il trattamento dei detenuti deve sempre rispettare la legge; 2) le celle e i servizi devono essere puliti e bene attrezzati; 3) occorre dare attenzione alle richieste dei detenuti; 4) occorre proteggere i detenuti dai pericoli; 5) il regime carcerario deve essere sopportabile; 6) il personale deve tenere un comportamento corretto e di sostegno.

¹⁶ Si vedano la raccomandazione n.1340 (22 settembre 1997) del Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa, che all'art.6 afferma la necessità di "migliorare le condizioni previste per le visite da parte delle famiglie, in particolare mettendo a disposizione luoghi in cui i detenuti possano incontrare le famiglie da soli"; e la raccomandazione n.2 (11 gennaio 2006) alla regola n.24, comma 4 stabilisce che "le modalità delle visite devono permettere ai detenuti di mantenere e sviluppare relazioni familiari il più possibile normali".

¹⁷ Sono molti gli stati europei in cui le visite dei partner si svolgono in spazi riservati. In Italia, ciò è impedito dall'art.18 dell'ordinamento penitenziario che impone la sorveglianza a vista degli incontri fra detenuti e familiari da parte della Polizia Penitenziaria. Su questa norma è stata sollevata eccezione di incostituzionalità da parte del Tribunale di sorveglianza di Firenze (ordinanza n.1476/2012). Disegni di legge sull'affettività in carcere giacciono in Parlamento da molte legislature.

Sono anche indicati alcuni interventi sanitari di base in rapporto alla specificità della vita carceraria, cui va data in ogni caso risposta¹⁸:

- informazione e counselling sulla prevenzione delle malattie trasmissibili, ivi incluse quelle trasmissibili per via sessuale, la HIV e l'epatite;
- informazione e counselling sugli stili di vita ad alto rischio, incluso il rischio di overdose da droghe immediatamente dopo il rilascio;
- Sostegno a stili di vita salutari, inclusa l'attività fisica e la dieta appropriata;
- Misure per promuovere la salute mentale, compreso uno spazio temporale adeguato per la vita sociale; un'occupazione che abbia un significato per il detenuto (lavoro, attività artistica, ginnastica); contatti col mondo esterno e aiuti per mantenere i rapporti con la famiglia. Se è vero che il carcere è di per sé un fattore di rischio per la salute, è anche vero che può offrire opportunità di salute alle persone particolarmente emarginate, che non hanno avuto da liberi accesso (o pieno accesso) alla sanità pubblica: in particolare, i migranti e i gruppi di popolazione più svantaggiati e stigmatizzati.

4) Dalla sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale: il decreto di trasferimento delle funzioni sanitarie e gli obiettivi di programmazione

Per assicurare ai detenuti livelli adeguati di prestazioni per la salute, occorre che la sanità in carcere divenga parte a pieno titolo della sanità pubblica, sotto le stesse autorità che presiedono ai servizi del territorio. Questa indicazione è stata ribadita nel 1998 dal Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa. Alcuni paesi europei si erano in precedenza adeguati, come ad esempio la Norvegia negli anni ottanta o la Francia nel 1994. Altri l'hanno fatto successivamente, come il Regno Unito nel 2002. In Italia, il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale è avvenuto nel 2008¹⁹. Nell'allegato contenente le linee di indirizzo, sono particolarmente significativi e avanzati i cosiddetti "principi di riferimento", fra cui "il riconoscimento della piena parità di trattamento degli individui liberi e degli individui detenuti e internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"; "la necessità di una piena e leale collaborazione inter istituzionale" fra Servizio Sanitario Nazionale e Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile.

Inoltre, in piena adesione al concetto comprensivo di salute di cui si è detto, si stabilisce *la complementarità fra gli interventi a tutela della salute e gli interventi mirati al recupero sociale del reo*, attraverso azioni e programmi condotti con il concorso di tutte le istituzioni interessate, delle cooperative sociali, delle associazioni del volontariato". In più, si raccomanda il protagonismo dei detenuti nei percorsi di costruzione della salute²⁰. Ancora, si fa esplicito riferimento a *"garantire condizioni ambientali e di vita dei detenuti rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona: evitare il sovraffollamento, rispettare i valori religiosi e culturali etc."*.

Il paragrafo sugli "Obiettivi di salute e livelli essenziali di assistenza" non si limita al campo dell'erogazione dei servizi di cura e all'adeguamento dell'offerta dentro "le mura", ma punta alla prevenzione sia sotto l'aspetto della

¹⁸ WHO (2007) (cit), pp. 16-17.

¹⁹ Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1 aprile 2008 (cit).

²⁰ "L'efficacia di tali interventi integrati è favorita dalla partecipazione diretta dei detenuti alle attività di prevenzione, cura, riabilitazione, e ai percorsi di preparazione all'uscita".

responsabilizzazione individuale (programmi di educazione sanitaria per promuovere abitudini salutari), che della responsabilizzazione collettiva ("promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà").

Le priorità programmatiche sono identificate in: 1) medicina generale; 2) prestazioni specialistiche; 3) risposte alle urgenze; 4) patologie infettive; 5) dipendenze patologiche; 6) salute mentale; 7) tutela delle donne detenute; 8) tutela delle persone immigrate.

Inoltre, il DPCM (allegato C) indica le linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e per le case di cura e custodia, in vista del loro superamento: in particolare, in osservanza al principio di territorialità, sono stabiliti i bacini d'utenza regionali dei singoli istituti, in modo da favorire la presa in carico degli internati in vista della loro dimissione dopo la conclusione della misura di sicurezza; ed è prevista l'attivazione di sezioni di cura e riabilitazione all'interno degli istituti di pena per soggetti con diagnosi psichiatrica.

Per favorire e coordinare l'azione dei livelli istituzionali coinvolti nell'applicazione della riforma - in particolare la collaborazione fra le istituzioni sanitarie e quelle penitenziarie -, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri citato ha istituito due tavoli nazionali di coordinamento in sede di Conferenza Stato Regioni: il primo per la sanità in carcere, il secondo per il superamento degli OPG.

A livello regionale, il coordinamento è affidato agli osservatori permanenti regionali per la sanità penitenziaria, per una costante verifica della qualità dell'assistenza in carcere.

A distanza di cinque anni dal DPCM del 2008, si registrano ancora diverse problematiche, sia dall'ottica istituzionale - di messa a punto del funzionamento del nuovo sistema -, sia - assai più importante - dall'ottica della fruizione dei servizi da parte dei detenuti e, ancora di più, dall'ottica di una reale equiparazione dei livelli di salute dentro e fuori le mura.

Le principali problematiche aperte

Fra le diverse problematiche e disfunzioni segnalate nel corso delle audizioni, ricordiamo in particolare:

- *le conseguenze della diversità dei livelli di prestazione sanitaria fra Regione e Regione.* In seguito al processo di regionalizzazione della sanità pubblica (modifica titolo V della Costituzione), le competenze non sono passate dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, bensì dal primo alle Regioni e alle ASL dei territori dove sono ubicati i penitenziari. Questo processo di decentramento ha conseguenze assai diverse sui detenuti rispetto ai liberi: i primi infatti si trovano spesso ad essere trasferiti da un istituto ad un altro, collocati in regioni diverse, e possono ricevere perciò prestazioni diverse. Come si sa, la misura generale scelta per assicurare una qualche omogeneità nazionale al sistema regionale è l'istituzione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Questa misura ha un'indubbia utilità per la popolazione generale e riveste un'importante finalità sociale. Tuttavia, questa omogeneità di base non basta, per chi, come i detenuti, sono trasferiti da una regione all'altra non di propria volontà e dunque possono vedersi negate cure che fino al giorno prima avevano ricevuto in un carcere diverso. In altre parole, viene *leso il diritto alla continuità di cura*. La continuità di cura è inoltre inficiata dalla mancanza di una

cartella clinica informatizzata, con pregiudizio della *tempestività* nella trasmissione delle informazioni sanitarie, come si approfondirà in seguito.

- *La disomogeneità fra Regione e Regione nell'implementazione dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria.* Il mancato, o insufficiente funzionamento dell'Osservatorio, non solo ritarda l'acquisizione delle conoscenze epidemiologiche necessarie per la programmazione sanitaria, fondamentale per una reale applicazione della riforma stessa; ma compromette il confronto/dialogo/dialettica fra istituzioni preposte alla salute e istituzioni preposte alla custodia, visto che l'Osservatorio rappresenta il maggiore strumento di coordinamento inter istituzionale. Mancando il quale, la logica custodiale rischia di avere la meglio sul diritto alla salute, in nome delle preponderanti esigenze di sicurezza.

- *La difficoltà a reperire un quadro dell'implementazione della riforma a livello nazionale, sempre in seguito al processo di regionalizzazione.* Per ovviare a ciò, il Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria presso la conferenza Stato Regioni ha effettuato nel corso del 2011 una serie di audizioni con rappresentanti degli osservatori permanenti regionali. Tuttavia il problema rimane.

Oltre la parità di trattamento

Alcune problematiche derivano da una malintesa concezione dell'uguaglianza nel diritto alla salute, che viene a volte intesa come "parità" di trattamento, senza considerare i differenti bisogni di salute della popolazione carceraria.

Un esempio è costituito dalle prenotazioni per *le visite specialistiche esterne o per ricoveri ospedalieri per interventi da programarsi: l'inserimento dei detenuti nelle liste di attesa ordinarie* li penalizza, poiché la possibilità di poter accedere alla visita una volta arrivato il proprio turno dipende dalla disponibilità delle scorte di polizia, non sempre assicurata. In questi casi, il detenuto perde la prenotazione e può passare anche molto tempo prima che si ripresenti un'altra possibilità. Più grave ancora è il caso in cui l'amministrazione penitenziaria deve interpellare i singoli ospedali alla ricerca di disponibilità ai ricoveri: nell'attesa della risposta, non sono espletati altri tentativi verso diverse strutture e nel caso, non raro, in cui gli ospedali non rispondano, il ricovero non avviene o è rinviato molto lontano nel tempo²¹. Le difficoltà nell'ottenere le visite esterne da parte dei detenuti sono confermate dai dati: la media di attesa in Italia è di 40 giorni, con un massimo di 90 e un minimo di 10 giorni²².

Un altro campo critico è costituito *dall'assistenza odontoiatrica* e dalla fornitura di protesi dentarie. E' vero che il SSN offre questo servizio in maniera assai limitata a tutti i cittadini italiani ed ovviamente non si tratta di rivendicare per i detenuti prestazioni superiori. Sono però da tenere presenti i particolari bisogni sanitari del gruppo rappresentato dai detenuti, sui quali questa carenza generale della sanità pubblica ha risvolti assai più gravi in rapporto alla particolare gravità delle loro condizioni orali (vedi sopra, par.2). Perciò l'assistenza odontoiatrica in carcere deve rappresentare una priorità di programmazione sanitaria: la ricostruzione ad esempio di una corretta funzione masticatoria ha riflessi positivi importanti sulle condizioni dell'apparato

²¹ E' il caso ad esempio del carcere di Poggioreale.

²² Esposito M. (2010), cit. p.236.

digerente e contribuisce a restituire un aspetto dignitoso alle persone. Ciononostante, la riforma non ha incrementato questa forma di assistenza in maniera omogenea in tutte le Regioni; anzi in alcuni casi, l'assistenza si è perfino ridotta, venendo meno alcuni interventi di associazioni di volontariato²³.

Insufficienti risposte a bisogni specifici di salute della popolazione detenuta si registrano anche nel campo della riabilitazione fisioterapica e dell'assistenza psicologica²⁴. In genere, l'assistenza psicologica è offerta al momento dell'ingresso in carcere, ma manca la continuità nei tempi successivi. Per ciò che riguarda la presa in carico dei disturbi mentali, si registra una carenza negli interventi di prevenzione del disagio mentale, in particolare nella formazione di gruppi di auto aiuto.

Infine, *il rispetto della privacy* rimane un punto critico, come risulta da studi condotti fra i detenuti²⁵.

5) Tra diritto alla cura ed esigenze di sicurezza

Come già affermato, esiste una contraddizione fra l'affermazione del diritto alla salute del detenuto e della detenuta e le esigenze di sicurezza che tendono a limitarne l'esercizio (vedi in premessa). Le esigenze di sicurezza esistono e peraltro anche nelle citate *Linee di indirizzo per gli interventi a tutela della salute dei detenuti* si fa riferimento alle prestazioni da erogarsi "nel rispetto delle misure di sicurezza". Proprio per questo è importante che la contraddizione sia sempre presente, specie alle istituzioni che si occupano della salute. Ma anche le istituzioni che presiedono alla sicurezza devono esserne pienamente consapevoli, in modo da esercitare la loro azione avendo chiaro il limite rappresentato dal rispetto di diritti fondamentali delle persone detenute. Dal governo consapevole di questa contraddizione, dipende la traduzione o meno del diritto alla salute in concreto "bene salute", facendo sì che il diritto non sia nei fatti vanificato in nome di una logica preponderante di sicurezza.

Anche sotto questo aspetto, la riforma sanitaria è un'innovazione importante perché apre le porte del carcere ad un'istituzione, quella sanitaria, *la cui mandato primo e unico è la promozione della salute della persona e la sua tutela come paziente*.

Perciò le ASL dovrebbero avere il compito, non solo di fornire gli interventi necessari, ma anche di "rappresentare" l'interesse della persona, tanto più se malata, di fronte alle istituzioni giudiziarie e penitenziarie. Solo nell'esplicitarsi delle diverse esigenze e nella piena consapevolezza di dover trovare soluzioni ad una contraddizione di fondo, si possono fare passi avanti sulla via dell'affermazione del diritto alla salute, trovando un accordo soddisfacente fra le diverse esigenze e i diversi livelli istituzionali. Occorre sempre ricordare che nel carcere la logica di custodia è di per sé preponderante: perciò il raggiungimento dell'obiettivo salute non può che essere il frutto di sforzi

²³ E' il caso ad esempio di Rebibbia.

²⁴ La carenza generalizzata di psicologi è denunciata anche nelle audizioni degli Osservatori permanenti regionali del 2011 già citata.

²⁵ Sarzotti, C. (2007), *I medici penitenziari tra istanze securitarie e paradigma del rischio: un'indagine sul campo*, in Esposito M. (a cura di), *Malati in carcere*, Milano, Franco Angeli. Metà del personale sanitario intervistato cita la denuncia dei detenuti per il mancato rispetto della privacy.

consapevoli, come del resto riconosciuto dalla stessa Amministrazione Penitenziaria²⁶.

La conoscenza degli ostacoli che si frappongono alla salute in carcere e la loro comunicazione all'opinione pubblica rivestono dunque una particolare importanza e costituiscono un requisito della "trasparenza" del carcere di cui si è detto: questa è necessaria per rendere concretamente esigibili i diritti dei detenuti.

In molti casi, si scoprirà che alcuni degli impedimenti hanno a che fare più con la logica e la routine dell'istituzione carceraria che con la sicurezza vera e propria.

Segnaliamo alcune aree critiche, in genere motivate da precauzioni di sicurezza:

- *Carenza nelle cure e ritardi per i detenuti sottoposti a misura di media e alta sicurezza*²⁷. Anche quando sono documentati stati patologici che necessitano continuità e assiduità di cure, in genere la Magistratura non consente a questi detenuti il ricovero esterno, ma dispone il ricovero nei reparti sanitari esistenti all'interno dei penitenziari. Tuttavia, il carente numero di questi reparti e la disomogenea dislocazione sul territorio nazionale non permettono cure adeguate.

- *Mancato riconoscimento dello stato di incompatibilità col carcere di soggetti con gravi malattie e invalidità*. In più audizioni, ci sono stati segnalati casi drammatici di malati o invalidi, che vivono condizioni al limite dell'umana sopportabilità. In questi casi, la permanenza in carcere significa la negazione del diritto alla dignità²⁸.

- *Negazione del diritto a morire in dignità*, come documentata in casi di cronaca²⁹.

- *Ritardi nelle urgenze* con esiti a volte fatali sono segnalati da altri casi di cronaca. Va considerato che durante la notte esiste nelle celle solo la chiamata a voce del piantone, il che di per sé comporta ritardo nell'allertare le unità di pronto soccorso.

Altre disfunzioni appaiono senza motivo solido, se si eccettua la semplice routine carceraria di cui si è detto. Si citano:

- *Il mancato diritto alla scelta del medico di base*. Questa facoltà, comunemente esercitata dal cittadino libero, spesso non esiste per i detenuti poiché questi sono obbligati a rivolgersi al medico di reparto; oppure la visita

²⁶ Ministero della Giustizia (2005), *Documento di programmazione del Terzo Ufficio, Servizio Sanitario del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria*: "La principale difficoltà per la trasformazione del modello di servizio sanitario in carcere è ancora il largo divario fra il profilo di sicurezza e il profilo sociale/trattamentale ivi inclusa la salute. Per colmare il divario fra sicurezza e salute, sono da prendere in considerazione interventi di natura culturale prima ancora di regolamenti, che non possono fermarsi alle porte delle prigioni..".

²⁷ Questa denuncia è presente anche nelle audizioni dei rappresentanti degli osservatori regionali permanenti da parte del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria della Conferenza Unificata delle Regioni: il CNB ha potuto consultare la relazione.

²⁸ Drammatici i casi riportati nel corso delle audizioni dalla garante dei detenuti della Campania. Si cita ad esempio quello di un detenuto paraplegico, che vive su sedia a rotelle, in cella con altri tre paraplegici, con un solo piantone, che deve occuparsi di tutti, per quanto concerne pulizie e altro. E di un altro, che per gli esiti di un intervento chirurgico per tumore al midollo spinale è costretto a camminare con bastoni e a portare un collare perché non riesce a tenere il collo eretto. Avrebbe bisogno di idrochinesiterapia, naturalmente non praticabile in carcere.

²⁹ E' il caso ad esempio di un detenuto belga, che scontava la pena a Sassari: malato terminale, aveva chiesto di poter morire in famiglia ma è deceduto in carcere nell'aprile 2013.

da parte del proprio medico viene intesa come una concessione una tantum. Accade poi, soprattutto nei grandi istituti penitenziari, che il detenuto non abbia la garanzia che a seguirlo sia sempre lo stesso medico di reparto. Per questo si potrebbe almeno prevedere l'istituzione della figura del "medico di sezione", garantendo così al detenuto che il medico che lo segue abbia memoria storica della sua situazione e una riconosciuta responsabilità nei suoi confronti³⁰.

- *L'inadeguata informazione al paziente stesso e ai suoi parenti.* Le carenze nella comunicazione e nella relazione personale sanitario/paziente esistono anche "fuori dalle mura", tuttavia in carcere hanno ripercussioni più pesanti e contribuiscono alla percezione di "abbandono" da parte della persona detenuta, tanto più grave quando si trovi in stato di malattia. Quanto alla difficoltà dei parenti ad avere notizie sui congiunti, queste possono avere esiti drammatici. Un indizio dello scarso dialogo col personale sanitario è costituito dall'insoddisfazione manifestata da molti detenuti di fronte alla prescrizione dei cosiddetti farmaci generici: ciò significa che non c'è stato tempo per offrire al paziente/detenuto informazioni sufficienti sulla terapia farmacologica. In altri casi si lamenta che non vengono restituiti al paziente i risultati delle analisi cliniche effettuate.

Infine, va ancora una volta ricordata l'emergenza sovraffollamento: nonostante le indicazioni internazionali e gli indirizzi della riforma sanitaria in carcere raccomandino di farsi carico degli aspetti ambientali e sociali della salute, la riforma non è finora riuscita a incidere significativamente su questi aspetti. *Il sovraffollamento, con le conseguenze igieniche e psicologiche altamente nocive, insieme ai regimi carcerari (specie di custodia cautelare) che costringono in cella più di venti ore al giorno, aggravati dalle difficoltà ad accedere ad attività lavorative e formative, costituiscono un'emergenza che ha ormai assunto nel nostro paese una drammatica stabilità. Su questi aspetti, così lesivi del diritto alla salute, poco si avverte la voce delle autorità sanitarie preposte.*

6) Il personale sanitario: aspetti etici specifici

Un altro aspetto della riforma sanitaria in carcere è la collocazione amministrativa del personale sanitario alle dipendenze del SSN e non più dell'Amministrazione Penitenziaria. Questo passaggio rappresenta una garanzia per l'autonomia del personale sanitario. L'autonomia ha un particolare valore per i medici e la riforma rimarca, anche simbolicamente, il dovere primo del medico di porsi a presidio del benessere del paziente, in piena indipendenza dall'amministrazione penitenziaria. Questo passaggio, da "medico penitenziario" a "medico tout court" comporta però una maturazione culturale, così che i medici si considerino davvero autonomi e al servizio della persona, senza farsi impropriamente carico di altre esigenze e punti di vista che non sono richiesti di rappresentare; e che anzi sono chiamati a controbattere "dalla parte del paziente". Questo processo di autonomia del medico non si è del tutto concluso. Nel corso delle audizioni, è stato più volte sottolineato che i medici più giovani, che hanno esperienza del SSN "fuori dalle mura", meglio interpretano il loro mandato; laddove una parte dei medici che

³⁰ Si tratta di una proposta avanzata dai detenuti della casa circondariale di Padova.

provengono dalla vecchia sanità penitenziaria sono più propensi a mantenere il vecchio ruolo.

E' spia dell'insufficiente acquisizione dello spirito della riforma il fatto che i medici siano spesso chiamati a svolgere due ruoli assai diversi: quello proprio del terapeuta, e quello di esperto cui si chiede di giudicare le condizioni di salute del detenuto, in relazione a provvedimenti che deve prendere l'autorità giudiziaria o carceraria (vedi differimento pena per incompatibilità col carcere o rilascio anticipato per condizioni di salute). Sarebbe invece opportuno che questo giudizio fosse lasciato a un medico diverso da quello di reparto, per evitare di ledere il rapporto medico paziente³¹. Peraltro, questa è l'indicazione a livello internazionale. L'intento di salvaguardare il mandato fiduciario del medico nei confronti del paziente emerge con chiarezza anche in altre misure raccomandate dalla OMS. In particolare:

- nel caso di regimi speciali di detenzione (in Italia il 41bis, ad esempio) e di particolari condizioni di detenzione come l'isolamento, in cui l'amministrazione vuole limitare quanto più possibile i contatti col detenuto, si raccomanda che il personale sanitario debba sempre poter visitare i detenuti e che *debba reclamare questo diritto qualora gli sia negato*.

- sempre in nome del principio etico secondo cui il medico è chiamato a perseguire il benessere del paziente, si raccomanda ai medici di non prestarsi in nessun caso a certificare che un detenuto sia in grado di sostenere l'isolamento o qualsiasi altra forma di punizione. In particolare, per l'isolamento per motivi disciplinari, secondo la OMS si avrebbero evidenze circa i danni che tale regime provoca alla salute, tanto che le Nazioni Unite hanno raccomandato di eliminarlo³². A partire dagli esiti nocivi dell'isolamento registrati sulla salute dei detenuti, è stata individuata una specifica sindrome (*Secure Housing Unit Syndrome*)³³.

7) Aree chiave di intervento

Dati sulla salute, cartella clinica informatizzata e telemedicina

La cartella clinica informatizzata è un passo avanti decisivo per l'agibilità e la tempestività delle informazioni sulla salute di tutti i cittadini e le cittadine. Lo è ancora di più per i ristretti, soggetti a trasferimenti da un carcere all'altro e da una regione all'altra. Al momento, la cartella clinica informatizzata per i carcerati esiste solo in Emilia Romagna e, in via sperimentale, in Toscana. Per il resto, ci si avvale ancora di documentazione cartacea, che accompagna il detenuto nei suoi spostamenti, spesso con grande ritardo. Inoltre, ancora una volta, si presenta il problema di conciliare l'organizzazione del sistema sanitario, su base regionale, con la necessità di avere dati a livello nazionale.

³¹ Antinarelli et al. (2012), *I rapporti fra sanità penitenziaria e Autorità giudiziaria*, "Salute e Territorio", settembre-ottobre.

³² *Basic Principles for the Treatment of Prisoners*, risoluzione 45/111 adottata nell'Assemblea Generale del 14 dicembre 1990.

³³ Nel dicembre 2007, un gruppo di 24 esperti internazionali ha promosso la dichiarazione di Istanbul su *Uso ed Effetti dell'isolamento carcerario*, chiedendo agli stati di limitare l'isolamento a casi veramente eccezionali e per periodi molto brevi, ricorrendovi solo come ultima opzione. Per una revisione della letteratura sugli effetti sulla salute dell'isolamento disciplinare, vedi Sharon Shalev, del centro di Criminologia dell'università di Oxford (presentazione al *Network Meeting on Prison and Health* cit.).

La cartella clinica regionale è inadeguata al carcere: occorre invece approntare un fascicolo sanitario nazionale del detenuto, che raccolga dalle cartelle gestionali informatizzate in uso nelle regioni i dati informativi essenziali per ricostruire la storia clinica del detenuto. Il fascicolo sanitario nazionale dovrebbe dunque essere costruito e gestito dal DAP sulla base delle informazioni derivanti dalle Regioni e dalle Asl. E' stato segnalato uno scollegamento in questa materia fra gli strumenti informatici del DAP, e il Servizio Sanitario: il database dell'AFIS (Sistema automatizzato di identificazione delle impronte) in uso al DAP, che consente in ogni carcere una rapida consultazione di informazioni sui detenuti, già contiene un "diario clinico", che tuttavia non è utilizzato dal personale sanitario.

Se la cartella clinica è lo strumento ideale per garantire la continuità del rapporto terapeutico, costituisce solo il primo passo per realizzare quelle forme di telemedicina che consentono il monitoraggio e il consulto specialistico a distanza attraverso l'invio elettronico di esami, dati e immagini a centri di eccellenza, senza dover affrontare tutti i problemi, con i relativi costi e ritardi, del trasporto dei detenuti o dei medici. Sono, ad esempio, estremamente significativi i casi di Porto Azzurro e di Regina Coeli. Nel primo caso una convenzione con il reparto di Dermatologia dell'Ospedale di Livorno consente la trasmissione di immagini ad alta risoluzione di melanomi o altre infezioni o lesioni cutanee, oltre a tutti i relativi esami e referti anamnestici, offrendo un'assistenza terapeutica rapida e altamente qualificata. Nel secondo caso il telemonitoraggio e il teleconsulto specialistico riguarda l'assistenza cardiologica ed è realizzato attraverso una convenzione con l'ospedale San Giovanni di Roma.

La telemedicina offre, quindi, innegabili vantaggi in termini di efficienza del servizio, aumento della sicurezza e, una volta entrata pienamente in funzione, riduzione dei costi. La sua realizzazione esige tutti gli investimenti necessari alla modernizzazione delle strutture, dall'introduzione della banda larga all'acquisizione delle apparecchiature adeguate per l'acquisizione e la trasmissione dei dati. Presuppone, insomma, come si è sottolineato più volte nel corso di questo documento, quel cambio di mentalità che impone di considerare la pena detentiva come un aspetto, per quanto drammatico e controverso, dello sforzo di adeguarsi alla crescita di civiltà da parte di una società tecnologicamente avanzata e non il residuo ancestrale di una gestione approssimativa della sofferenza e dell'emarginazione.

Per quanto si tratti per ora purtroppo di una preoccupazione solo astratta, va riaffermato, anche di fronte a tutti i vantaggi offerti dalla cura a distanza attraverso la telemedicina, il diritto di ogni paziente³⁴, e quindi anche di ogni detenuto, a un rapporto diretto e personale con il medico. La telemedicina va intesa come il miglior completamento possibile di questa e non come un suo modello alternativo o sostitutivo.

Salute mentale

L'area della salute mentale dovrebbe costituire una priorità nella programmazione sanitaria negli istituti di pena, sia perché, come si è visto, è

³⁴ "Etica, salute e nuove tecnologie dell'informazione" del 21 aprile 2006.

una delle aree con maggiore prevalenza di disturbi³⁵; sia perché la condizione stessa di ristretto è ad elevato indice di rischio psichico. Questa analisi trova sostegno a livello internazionale: su nove milioni di persone, detenute in tutto il mondo, almeno la metà soffre di disordini di personalità, mentre un milione sono affetti da gravi disturbi mentali, come psicosi e depressione. Quasi tutti i carcerati hanno esperienza di stati depressivi e di sintomatologia da stress³⁶.

E' necessario che la rete dei servizi territoriali si prenda in carico le persone con problemi psichici, seguendo i principi della riforma sanitaria stessa: con interventi mirati a progetti individuali di cura, coinvolgendo tutte le risorse di supporto disponibili dentro e fuori il carcere; e con progetti di aiuto al reinserimento all'atto della scarcerazione. Ciò implica non solo una buona copertura di personale specialistico (colmando la carenza di psicologi di cui si è detto), ma anche l'assunzione di un approccio di promozione della salute mentale, con un controllo attivo sulle generali condizioni di vita in carcere. Come sottolinea la OMS, "la presenza di personale sanitario non garantisce di per sé la salute", tantomeno quella mentale. Ancora una volta, si ribadisce l'importanza di assicurare condizioni ambientali accettabili, trattamento secondo principi di umanità, rispetto dei diritti. La OMS dà conto dei fattori più rilevanti per la promozione della salute mentale, secondo quanto emerge dalla ricerca: al primo posto, assistenza e servizi che facilitino l'autopromozione e garantiscano l'altrui rispetto; al secondo posto, la soddisfazione del bisogno di essere apprezzati e di essere oggetto di cura (care); al terzo posto, la possibilità di svolgere attività e di avere distrazioni³⁷. Tali esiti suggeriscono misure generali anche semplici per migliorare il regime carcerario: come la possibilità di ricevere regolari visite di familiari e amici, oppure l'aver accesso ad attività lavorative o di studio. E' tuttavia importante che tali e altre misure siano considerate per la valenza di fattori protettivi di salute mentale, e che rientrino a pieno titolo nella programmazione sanitaria, in una interlocuzione attiva interistituzionale, fra autorità sanitarie e amministrazione penitenziaria.

Di recente, la prevenzione dell'autolesionismo e del rischio suicidario è diventata un obiettivo specifico e prioritario, con diversi atti: dalla circolare DAP del 25 novembre 2011 per promuovere staff di accoglienza e sostegno al momento dell'ingresso in carcere, all'accordo Stato Regioni del 19 gennaio 2012 "Linee di indirizzo per la riduzione dei rischi autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale", al progetto interregionale di durata triennale, sostenuto dal Ministero della Salute, per la sperimentazione di un modello operativo di prevenzione³⁸.

Il CNB prende atto degli sforzi compiuti a vari livelli istituzionali per ridurre la drammatica emergenza e, sulla scia delle indicazioni già fornite nel parere del giugno 2010 (Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici), raccomanda un approccio che non si concentri solo sui fattori individuali di rischio psichiatrico, ma tenga nella dovuta considerazione i fattori situazionali che possono aggravare lo stress legato alla detenzione, e più in generale il rischio legato a

³⁵ Nella citata ricerca della Agenzia Regionale di Sanità Toscana (2009), risulta che il 29% dei detenuti ha una diagnosi di patologia psichica.

³⁶ WHO (2007), cit., pp.133-144.

³⁷ WHO (2007), cit., p.138.

³⁸ Accordo di collaborazione del 29 agosto 2012 per la realizzazione del progetto *Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale per il monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari* (Regioni Veneto, Liguria, Umbria, Lazio, Campania e Toscana come capofila).

un ambiente carcerario non adeguato o che addirittura non rispetti la dignità e i diritti delle persone: elemento su cui insiste la OMS, come si è appena visto.

Ciò consente di evitare la “psichiatrizzazione” della problematica del suicidio in carcere, nonché la stigmatizzazione delle persone che tentano di togliersi la vita: col pericolo di arrivare a misure controproducenti, come l’isolamento delle persone e la loro esclusione dalle attività che si svolgono nel penitenziario.

Su questa linea, di promozione attiva della salute mentale, è importante che gli sforzi compiuti per dare maggiore attenzione al momento dell’accoglienza ai nuovi giunti siano estesi anche ai momenti successivi: servizi essenziali, come la tempestiva e continua informazione sulla propria situazione giudiziaria, il collegamento con la famiglia e con altre persone significative fuori dal carcere, il facile accesso a colloqui con gli psicologi e in generale alle prestazioni sanitarie di base, sono importanti elementi protettivi; così come lo è un clima relazionale favorevole, dove la persona detenuta abbia la possibilità di avere relazioni di supporto da parte di tutto il personale con cui è quotidianamente in contatto. Ci sono esperienze pilota interessanti (per esempio, a Bollate-Milano e a Sollicciano-Firenze), di creazione di sportelli salute in cui le informazioni ai detenuti e il rapporto con i servizi sanitari sono gestiti con un forte ruolo dei detenuti stessi. Questi programmi andrebbero generalizzati.

Per ciò che riguarda gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, è ormai in fase avanzata il loro superamento avviato col DPCM del 1 aprile 2008, sebbene la data di scadenza per la definitiva chiusura degli OPG sia stata prorogata di un anno nel febbraio 2013. In sintesi, è lasciato inalterato l’istituto del proscioglimento per soggetti ritenuti non imputabili per infermità mentale, così che gli stessi restano destinatari di misura di sicurezza (o di misura di sicurezza provvisoria quando non ancora giudicati): con la riforma, coloro che sono stati dichiarati prosciolti ma pericolosi (e perciò destinatari di una misura di sicurezza) saranno presi in carico con progetti terapeutici sul territorio predisposti da apposite articolazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale; oppure nelle nuove strutture residenziali psichiatriche, che dovrebbero rispondere, per dimensioni e funzionalità, alle finalità terapeutiche (ma con controllo esterno di polizia). Sebbene la chiusura degli OPG sia innovazione positiva, rimangono questioni importanti da risolvere, quali i criteri di riferimento, al momento assenti, per un’assegnazione appropriata delle persone alle due tipologie di presa in carico sopradescritte: il rischio è che la gran parte dei prosciolti siano semplicemente destinati alle nuove strutture. E’ opportuna una riflessione su queste residenze psichiatriche che le Regioni stanno approntando, per evitare che la pressione per economie di scala porti a strutture sovradimensionate che rischiano di ricreare condizioni tipiche dell’istituzione manicomiale, con la concentrazione della popolazione e il suo allontanamento dai servizi e dai contesti di appartenenza.

Donne detenute

Nel 2009, è stato pubblicato dalla OMS Europa e dal UNODC un documento che già nel titolo fornisce una linea di intervento: “La salute delle donne in carcere: correggere la mancanza di equità di genere”. Al primo posto nelle raccomandazioni finali, è la creazione di un sistema di giustizia penale sensibile al genere, che sappia cioè tenere in considerazione specifici bisogni e

circostanze di vita del genere femminile: per esempio, che consideri i tipi di reato compiuti dalle donne. Le donne sono spesso condannate per reati minori, a fronte dei quali la carcerazione ha un impatto sproporzionato sulla loro salute (e su quella dei figli, se madri).

Venendo alla detenzione, si riscontra un paradosso: i numeri enormemente ridotti della detenzione femminile rispetto a quella maschile (2.800 donne su 66.568),³⁹ non sembrano affatto avvantaggiare le donne. Molto spesso queste sono rinchiusi in sezioni femminili di carceri maschili, organizzati su bisogni maschili, mentre sono pochi i carceri femminili⁴⁰. Sebbene non esista il problema del sovraffollamento per le donne detenute, in generale, nei carceri maschili c'è minore attenzione al funzionamento delle sezioni femminili e ci sono minori offerte trattamentali.

Il carcere sembra avere un maggiore impatto di sofferenza sulle donne, non solo perché è tuttora più pesante lo stigma della carcerazione; ma anche perché la padronanza sui tempi e soprattutto sugli spazi di vita quotidiana è una dimensione rilevante per il benessere delle donne, dunque la perdita è avvertita dalle donne in maniera più drammatica.

Il trattamento delle donne è collegato alla concezione della trasgressione femminile: il reato tende ad essere visto come "errore" prima che come trasgressione: da qui lo scivolamento verso il paternalismo educativo/correzionale. Le donne sono viste come soggetti "deboli", in maniera non dissimile dai minori: meno (intenzione di) "durezza" ma col rischio di maggior arbitrio e di minori diritti: la logica del riformatorio più che del carcere, che però può portare a maggiore sofferenza e sentimento di *helplessness*⁴¹.

La rete femminile di relazioni affettive, in genere più ricca di quella maschile, potrebbe costituire un fattore di protezione e sostegno. Spesso però si trasforma nel suo contrario, perché le donne vivono più acutamente la separazione; e perché poco si fa in carcere per facilitare il mantenimento e l'assiduità dei contatti con l'esterno.

Inoltre, non va trascurata la presenza dei bambini che hanno meno di tre anni e che vivono in carcere con le loro madri. Attualmente in Italia sono circa 50 i bambini reclusi. La legge prevede gli arresti domiciliari per le madri di figli con meno di tre anni. Tuttavia questa situazione non è prevista se le detenute non hanno residenza o sono recidive. La maggior parte dei bimbi reclusi sono figli di nomadi. I rischi e danni sono gravi: malattie, traumi psicologici, linguaggio poverissimo, ecc.

In teoria la carcerazione dei bimbi dovrebbe finire in virtù di legge del 21.04.2011, N. 62 (Disposizioni in tema di detenute madri) che prevede la custodia attenuata negli Icam (Istituti a custodia attenuata per detenute madri), istituti penitenziari più vivibili, o in case famiglia protette. In base a tale normativa entro il gennaio 2014 tutte le mamme di figli dai tre ai sei anni dovrebbero essere trasferite. È tuttavia facile prevedere che ciò non possa accadere in quanto allo stato esistono solo due Icam, Milano e Genova e un altro in costruzione nel Lazio. Peraltro, vi sono voci autorevoli contrarie anche agli Icam sul presupposto che nessun bambino dovrebbe varcare la porta di un

³⁹ DAP, dati presenze al 30 settembre 2012.

⁴⁰ Carceri femminili sono presenti solo a Trani, Pozzuoli, Empoli, Roma Rebibbia, Genova Pontedecimo, Venezia Giudecca, mentre le sezioni femminili di carceri maschili sono 64. Esiste un unico centro clinico femminile, a Pisa.

⁴¹ Cfr. Campelli E., Faccioli F., Giordano V., Pitch T. (1992), *Donne in carcere*, Feltrinelli, Milano.

carcere. Da qui l'auspicio di una soluzione alternativa rappresentata dalle case famiglia, dove sarebbe possibile tenere i bimbi fino a sei anni e ricostruire anche con i fratelli la rete familiare.

Dipendenze da sostanze illegali

Nonostante i dichiarati intenti dei legislatori che si sono succeduti dal 1990 in poi di evitare il carcere ai tossicodipendenti, rimane elevata la percentuale di persone dipendenti da sostanze illegali sul totale della popolazione carceraria. Negli ultimi anni questa è perfino in ascesa. Ciò vale per gli ingressi in carcere nell'arco dell'annata (il 28,6% nel 2005, a fronte del 32,4% nel 2012), ma anche per le presenze calcolate in un determinato giorno dell'anno (il 37,5% al 31/12/2006, a fronte del 38,4% al 31/12/2012)⁴².

L'area della tossicodipendenza è passata sotto il Servizio Sanitario Nazionale nel 2002, in anticipo rispetto al passaggio delle competenze generali, come area pilota della riforma sanitaria in carcere. Ciò ha comportato miglioramenti in alcune fasi critiche della gestione della tossicodipendenza in carcere: ad esempio, è oggi intervento comune il trattamento delle crisi assistenziali cui possono andare incontro i consumatori di oppiacei. Questi interventi sono importanti, poiché le procedure di ingresso possono comportare tempi anche lunghi (arresto, convalida dell'arresto, trasferimento al carcere, immatricolazione)⁴³. La presenza del Sert dovrebbe anche avere lo scopo di approntare piani terapeutici per favorire l'accesso delle persone dipendenti alle misure alternative, come l'affidamento speciale per tossicodipendenti.

Nondimeno, rimangono criticità, segnalate anche a livello internazionale. L'Osservatorio Europeo sulle droghe e la tossicodipendenza (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction) lamenta il ritardo nell'adeguamento dei trattamenti in carcere agli standard dei servizi fuori dal carcere (circa 8/9 anni di divario). Una recente revisione su 21 studi condotti sui programmi con metadone a mantenimento in carcere riporta benefici simili a quelli riscontrati per i programmi sul territorio, quali: la capacità di attrarre le persone in trattamento, la riduzione dell'uso di oppiacei illegali, la riduzione di comportamenti a rischio (specie l'utilizzo promiscuo di materiale per iniezione). Soprattutto, si riduce il rischio (elevato) di overdose nel periodo immediatamente successivo alla liberazione⁴⁴. Si ricorda inoltre l'importanza della continuità del trattamento nei servizi sul territorio, dopo il rilascio.

L'Osservatorio Europeo analizza nei vari paesi europei la copertura dei programmi metadonici in carcere, ossia la percentuale di persone che ricevono il trattamento sul totale di coloro che si stima ne avrebbero bisogno: l'Italia è inserita nella categoria "a copertura limitata", stimando che siano trattate con metadone meno della metà delle persone che potrebbero beneficiarne⁴⁵.

⁴² Fonte DAP, Ufficio sviluppo e gestione del sistema informativo automatizzato-Sezione Statistica. La gran parte delle persone dipendenti entra in carcere per violazione della stessa normativa antidroga, oppure per reati drogacorrelati.

⁴³ Cfr. Libianchi S. et al. (2012), *La tossicodipendenza e il carcere*, "Salute e Territorio", n.194, p.287 e segg.

⁴⁴ Hedrich, D. et al. (2012), *The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review*, in "Addiction", 107 (3), p.501 e ss.

⁴⁵ EMCDDA (2012), *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*, Selected Issue, pp.22-23.

Malattie trasmissibili: il virus HIV

Come già segnalato, il virus Hiv è una delle infezioni trasmissibili che destano più preoccupazione, sia perché la prevalenza è più alta fra la popolazione carceraria, sia per i rischi di stigmatizzazione cui vanno incontro le persone con questa infezione. Le organizzazioni internazionali insistono sia sulla prevenzione che sul trattamento, tanto che di recente è stato pubblicato un documento sottoscritto da tutte le agenzie ONU competenti (UNODC, ILO, UNDP, OMS, UNAIDS)⁴⁶. Nel testo, dopo aver lamentato che solo pochi paesi nel mondo forniscono programmi adeguati, si raccomanda un pacchetto comprensivo di 15 interventi chiave: 1) informazione e educazione su HIV, epatite e malattie sessualmente trasmissibili; 2) disponibilità di preservativi ai detenuti (in forma discreta); 3) Prevenzione della violenza sessuale (in particolare proteggendo i soggetti vulnerabili come le persone con differente orientamento sessuale e i giovani); 4) Trattamento della dipendenza da droghe compresa la terapia con oppiacei sostitutivi; 5) Disponibilità in forma confidenziale di materiale sterile per iniezione ai consumatori di droghe; 6) Prevenzione della trasmissione che può avvenire attraverso forniture mediche e dentali infette; 7) Prevenzione della trasmissione che può avvenire tramite tatuaggi; 8) Profilassi post esposizione a situazioni di possibile contagio; 9) Facile accesso al test HIV volontario e al counselling; 10) Trattamento per HIV, compresa la terapia antiretrovirale; 11) Prevenzione, diagnosi e trattamento della tubercolosi (considerati l'alta percentuale di co-morbilità HIV-TBC); 12) Prevenzione della trasmissione madre-bambino; 13) Prevenzione e trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili; 14) Vaccinazione, diagnosi e trattamento dell'epatite virale (compresa la vaccinazione per l'epatite B per tutti, per l'epatite A per i soggetti a rischio, e prevenzione/trattamento per epatite B e C); 15) Protezione del personale (che dovrebbe ricevere informazione, educazione e training da parte di sanitari, per svolgere i propri compiti di lavoro in sicurezza).

8) I migranti e i Centri di Identificazione ed Espulsione

Gli stranieri rappresentano una parte consistente della popolazione carceraria, circa il 36%. Sono presenti diverse nazionalità, fra cui spiccano persone provenienti dall'Africa e dai paesi dell'Est Europa. Molti non possiedono documenti di identificazione e ciò comporta diverse criticità, fra cui la difficoltà a stabilire l'età di chi incorre nella giustizia, fatto rilevante per la protezione dei minori.

La detenzione comporta per lo straniero e la straniera, specie se privi di permesso di soggiorno e di documento identificativo, molti problemi e sofferenze aggiuntive, fra cui⁴⁷:

⁴⁶ United Nations Office on Drugs and Crime, International Labour Organization, United Nations Development Programme, World Health Organization, UNAIDS (2012), *HIV prevention, treatment and care in prisons and in other closed settings: a comprehensive package of interventions*. L'urgenza di intervento per lo HIV/AIDS è ribadita anche in altri documenti. Vedi WHO (2007), cit., p.51; UNODC, UNAIDS, WHO (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*.

⁴⁷ Libianchi S. (2012), *La detenzione dello straniero*, "Salute e territorio", 194, p.293 e ss.

- una più difficile comunicazione col personale operante negli istituti, per problemi di lingua ma anche per ostacoli culturali alla completa comprensione dei differenti ruoli

- la mancanza di legami familiari o di relazioni sul territorio e la difficoltà a mantenere i rapporti a distanza: le telefonate alla famiglia sono spesso ostacolate dalle ristrettezze economiche del detenuto e dalla difficoltà degli accertamenti sulle utenze nei paesi stranieri.

- il lavoro interno è poco accessibile per mancanza di documenti e di codice fiscale

- l'istruzione e i corsi professionali sono tarati sulle esigenze degli italiani

- la frequente mancanza di domicilio fisso e di legami sociali sul territorio restringe la possibilità di ottenere i benefici e di poter usufruire di misure alternative al carcere

Inoltre, le differenze culturali comportano una diversa idea del corpo, della sua cura, del concetto stesso di salute.

Per far sì che gli stranieri possano esercitare gli stessi diritti, è prioritaria la presenza in carcere, non episodica, del servizio di mediazione culturale. Sulla mediazione culturale punta il progetto "Salute senza bandiere", avviato alla fine del 2012, per promuovere l'integrazione sanitaria degli stranieri detenuti attraverso il pieno e consapevole accesso al SSN, anche nel periodo di detenzione. Il progetto coinvolge nove istituti con maggiore presenza di stranieri, fra cui Roma-Rebibbia e Milano-Opera.

Gli stranieri privi di documenti, che non sono stati identificati durante il periodo di carcerazione, vengono internati nei **Centri di Identificazione ed Espulsione**.

In questi centri, il diritto alla salute degli internati è soggetto a tali limitazioni da rendere dubbio l'uso del termine stesso di "diritto".

In primo luogo, i centri sono ubicati in contenitori impropri, fortemente carenti dal punto di vista igienico. Vi sono concentrati soggetti di diversa ed eterogenea provenienza, molti di loro particolarmente vulnerabili: come le persone richiedenti lo status di rifugiato e le vittime della tratta, che rischiano di trovarsi rinchiusi insieme ai propri carnefici. L'assistenza nei centri non è a carico del SSN, bensì è fornita dall'ente gestore del Centro. Nella generalità dei casi, si tratta di un'assistenza sanitaria elementare, tarata sulla precedente normativa che permetteva il trattenimento non oltre i trenta giorni. Dopo che il periodo è stato prolungato a sei mesi, l'assistenza sanitaria risulta del tutto insufficiente e si registrano casi gravi di soggetti non curati a dovere. Inoltre, ci sono grandi problemi per avere la documentazione clinica, nel passaggio dal carcere ai CIE.

A queste difficoltà, si aggiungono gli aspetti psicologici avversi: gli internati vivono questo periodo come una pena aggiuntiva a quella già scontata, per di più con minori garanzie (non si sa quanto tempo dovranno rimanere nel Centro) e con minori possibilità di svolgere una qualche attività.

Occorre agire prontamente, con alcune misure urgenti e immediate:

- i CIE andrebbero chiusi o quanto meno ricondotti alla loro funzione originaria di misura eccezionale, come previsto dalla direttiva UE, ristabilendo come misura ordinaria il rimpatrio volontario assistito (finanziato da apposito fondo europeo)⁴⁸;

⁴⁸ Barbieri A. et al. (2013), *Arcipelago CIE. Indagine sui centri di identificazione ed espulsione italiani*, Medici per i Diritti Umani, maggio 2013. L'indagine di MEDU è stata condotta nei centri

- il Servizio Sanitario Nazionale deve prendere in carico i CIE o quanto meno vanno immediatamente attivati accordi e convenzioni in tal senso. Non solo vanno fornite prestazioni adeguate, occorre anche controllare lo stato dei locali, l'adeguamento dei servizi e lo stato igienico, l'adeguamento del regime di vita a requisiti di rispetto della dignità delle persone;
- l'identificazione deve avvenire durante il periodo della carcerazione;
- vanno protette le categorie vulnerabili, fra cui le vittime della tratta, regolarizzandole per motivi umanitari.

9) Raccomandazioni

- Il CNB raccomanda alle istituzioni competenti che il diritto alla salute dei detenuti sia inteso nella piena accezione, al fine di raggiungere un effettivo riequilibrio dei livelli di salute dentro e fuori le mura, ben oltre la garanzia dell'uguaglianza di accesso alle prestazioni sanitarie.

- Il CNB ricorda che il fondamento della salute del detenuto è l'essere trattato con dignità e rispetto, nella piena osservanza dei diritti umani fondamentali. Fra questi, il diritto ad essere curato fuori dal carcere quando la detenzione aggravi la sofferenza dell'infermità fino a limiti intollerabili.

- Il Comitato ricorda che la riforma sanitaria non si esaurisce nel passaggio delle competenze dall'autorità penitenziaria a quella sanitaria. In coerenza con un approccio globale alla salute, le autorità sanitarie devono prendere pienamente in carico il controllo sulle condizioni igieniche degli istituti, lo stato delle celle e dei servizi, le condizioni di vita dei detenuti, la sopportabilità del regime carcerario. La sentenza della Corte Europea dei diritti dell'uomo del 8 gennaio 2013 che ha giudicato la vita nelle celle italiane sovraffollate come "trattamento inumano e degradante" indica che la riforma è ancora ben lontana dal raggiungimento dei propri obiettivi.

- Il CNB segnala che alcuni aspetti del sistema sanitario erogato su base regionale vanno corretti, se si vuole offrire ai detenuti pari opportunità nell'accesso alle prestazioni sanitarie. In particolare, occorre che amministrazione penitenziaria e Regioni operino per varare al più presto *la cartella sanitaria informatizzata nazionale*, che segua in tempo reale il detenuto nei suoi spostamenti da regione a regione; che sia assicurata la continuità delle cure nel passaggio da un carcere all'altro, anche in presenza di diversità nei livelli di assistenza da regione a regione.

- Il CNB invita a prendere immediati provvedimenti per gli aspetti in cui più gravi permangono le disuguaglianze o non sono rispettate le pari opportunità nell'accesso alle prestazioni: non sufficiente tempestività negli interventi d'urgenza, ritardi nelle visite specialistiche e nella programmazione di interventi in ospedali esterni, insufficienti prestazioni per bisogni specifici della popolazione detenuta.

- Il CNB raccomanda le aree chiave di intervento, con particolare riguardo alla salute mentale e alla prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo, alla prevenzione dell'HIV e di altre malattie trasmissibili. Maggiore attenzione va prestata ai diritti e alle esigenze delle donne detenute, nel quadro di un sistema di giustizia penale sensibile al genere.

- Il CNB invita il SSN nelle sue articolazioni regionali a prendere immediatamente in carico la grave situazione igienico sanitaria e di condizioni di vita all'interno dei Centri di Identificazione ed Espulsione, in attesa di misure di più ampia portata per decidere la sorte di queste strutture e risolvere l'insieme dei problemi legati alle persone senza passaporto.

- Il CNB raccomanda infine di prestare attenzione affinché un settore così delicato come quello del carcere, che abbisogna di ogni sforzo per raggiungere standard accettabili di vivibilità, non abbia al contrario a soffrire per la contrazione delle risorse.