

Il divenire della Medicina Penitenziaria attraverso la conoscenza dello stato di salute della popolazione detenuta.

Autori: *Dott. Vincenzo De Donatis -
Responsabile Area Sanitaria
Casa Circondariale di Modena*

*Dott. Orlando Sagulo ingegnere informatico –
Medical Software System -Modena*

Introduzione

Parlare del **divenire della Medicina Penitenziaria**, richiede di attraversare brevemente, la storia, sia del carcere che della medicina in carcere, per comprendere se questa associazione nel suo procedere, sia stata caratterizzata da una comune trasformazione, valutando il loro grado di permeabilità ed integrazione.

Un viaggio tra passato e presente per provare a intravedere uno sviluppo futuro, ipotesi incerta, perché non evidente e forse non condiviso il ruolo del Medico Penitenziario.

Il divenuto del penitenziario si può oggettivare attraverso una mappa concettuale in cui sono descritte alcune tappe di un percorso, con una profonda radice storica, di cui si intravede l'origine nel mandato di cassaforte della sicurezza sociale, voluta dal potere, in tutti i tempi, cui fanno da cornice gli scritti e le riflessioni di chi ha raccontato del carcere, della storia degli uomini, delle donne, dei bambini in carcere, degli ambienti, degli odori, delle luci, dei soprusi, delle violenze, delle negazioni, delle umiliazioni, delle sensazioni che il solo entrarvi provoca, ovvero il mondo delle emozioni che in qualche modo influenzano il benessere, la salute degli uomini, detenuti in ambienti al limite delle condizioni di vivibilità

Il presente si può introdurre attraverso varie considerazioni fra passato remoto e prossimo, che possono far individuare la scintilla del divenire.

Per alcuni il carcere è brutto, forse deve essere brutto, brutto e da temere. Finire in carcere è brutto, chi finisce in carcere è brutto, il carcere è talmente brutto che non può appartenere ai contenuti dei discorsi della gente perbene.

Per altri il carcere appartiene agli ideali di chi fa volontariato, beneficenza o di chi se ne interessa per motivi religiosi. o,

caratterizza i percorsi professionali di chi è impegnato nella difesa sociale, nell'universo della giustizia, nella sociologia, nell'antropologia, nella psicologia.

Non è difficile ricordare quanti raccontano lo stato di deprivazione sensoriale e sociale cui sono sottoposti i detenuti e le relative derivate sociali, biologiche e psichiche.

E' un'istituzione che consente una serie di valutazioni sul valore della pena, dalla necessità del riscatto al trattamento, dalla difesa sociale, all'etica, dalla religione al diritto a poter manifestare la propria religione, dalle abitudini alimentari allo stile di vita, dalla possibilità di movimento a tutta una serie d'argomenti che portano a cimentarsi sul suo ruolo, sui suoi perché, sulle sue finalità

La convivenza forzata in pochi metri quadrati, la sospensione della propria vita e dei propri affetti, la sospensione della sessualità, la perdita della propria intimità, una vita scandita da obblighi e diritti filtrati da continue richieste di permessi, caratterizzano i penitenziari, dove i detenuti centimetro per centimetro, provano in tutti i modi a trovare una via d'uscita, sfruttando qualsiasi spiraglio, fisico e psicologico, per superare la chiusura della cella progressivamente, cancello per cancello, fino al muro che li separa dalla libertà. Accettare e farsi accettare da chi è diverso culturalmente, ideologicamente, può essere impresa inarrivabile.

Il rischio di subire il potere di criminali che manovrano dietro le quinte, in modo illegale in un'apparente legalità, può essere esperienza devastante.

Il carcere è il contenitore degli avanzzi della società, degli avanzzi che generano le emozioni legate al male.

Per alcuni al male si può o si potrebbe rispondere anche con l'applicazione della pena di morte, come si fa con un inceneritore per i rifiuti, azzerando velocemente qualsiasi dubbio sul valore della pena da espiare; per altri il carcere è simile ad una discarica, meglio se isolato dal contesto sociale, perché il pensiero che può generare la sua visione può essere pari all'olezzo che provocano le discariche.

Per altri ancora il carcere può essere una tappa di una vita particolare, esposta a sollecitazioni casuali o volute, che hanno determinato infrazioni di varia gravità contro le leggi.

Per altri una tappa lunghissima della vita, per altri ancora una tappa frequente, quasi un porto previsto e accogliente, nel corso della propria rotta.

Alcuni sociologi, come **Tocqueville**, affermano che il carcere non ha potere deterrente o rieducativo, ma tende a produrre delinquenti ancora più incalliti (1833).

Clemmer (1941) ritiene che un effetto apparentemente riabilitante avvenga a dispetto delle influenze dannose della cultura carceraria; in generale si ha un graduale processo di prisonizzazione segnato dal progressivo adattamento con l'ambiente penitenziario e la sua subcultura, radicando ancor di più l'antisocialità nel detenuto.

E' comune, ancora oggi, sostenere che il massimo risultato possibile è quello di non rendere peggiore l'uomo detenuto, rendendo vane parole "la rieducazione", "l'individualizzazione del trattamento".

Altri ritengono che il carcere possa essere un luogo di trasformazione dei rifiuti umani, in senso socialmente positivo, riconvertendo il male verso il bene attraverso un percorso di riabilitazione dell'uomo.

Il carcere, contenitore del male, ha ispirato ed ispira, oltre vari artisti, dalla pittura al cinema, alla musica, alla letteratura, anche i medici.

Alcuni fino a coinvolgerli in una strana passione "la carcerite" che li muove, valorizzando il risvolto umano dell'arte medica, a penetrare le mura di tutti gli ambienti e la storia degli uomini che incontrano in carcere, per evidenziare i motivi profondi di ciò che può averli spinti, con il loro libero arbitrio a produrre il male.

Il medico che attraversa questi paesaggi della storia umana può chiedersi quando e come la medicina compare nelle carceri, quale il mandato, quale sia **il ruolo della Medicina Penitenziaria.**

Costantino nel 320 d.c. compie un atto medico consentendo ai detenuti di prendere aria e fare moto nei cortili.

Nel XVI° secolo il Granduca di Toscana consente a Falloppio di utilizzare i detenuti per la sperimentazione medica.

Tra il XVI e XVII secolo compaiono importanti reclusori in molte città europee. Il gran numero di detenuti ammassati nelle celle si trova in condizioni propizie alla degradazione fisica, morale, rientrando, a fine pena, in società con atteggiamenti ancor più antisociali. Compare la prima forma di trattamento attraverso il lavoro.

Nel 1773 **Howard**, già detenuto in Francia, pubblica "Lo stato delle prigioni" destando interesse per le condizioni dei detenuti, sollevando, fra gli altri, il problema delle condizioni igieniche delle carceri. Egli afferma che il lavoro e la religione sono i mezzi migliori dell'emenda "fate che l'uomo diventi diligente e lo avrete fatto onesto"

Giulia Colbert, marchesa di Barolo, educatrice e benefattrice scrive nel 1821 "Bisogna considerare una prigione come una casa di cura per anime malate"

Tra il 1871 e il 1922 non si rileva particolare attenzione alla condizione umana nelle carceri, nessun addestramento lavorativo, le attività in risalto sono il controllo e l'emarginazione.

Il delinquente deve essere neutralizzato e guarire dalla sua delinquenza.

Al medico si chiede di partecipare all'osservazione della personalità più che alla cura di possibili malattie.

A tale proposito, Fornari, ancora nel 1998, ricorda che, sebbene Beccaria rappresenti la più nota espressione della concezione liberale del diritto penale nel libro "Dei delitti e delle pene" pubblicato nel 1764, l'istituzione carceraria vede "la legittimazione della violenza esercitata contro i protagonisti di violenze non legittimate"

L'Ordinamento Penitenziario del 1931 abolisce la segregazione e pone alla base della funzione risocializzante il lavoro e le pratiche religiose.

Compito del medico anche quello di alleviare le sofferenze dei detenuti malati.

Le carceri sono, spesso, situate in vecchi castelli o conventi riadattati e le condizioni igieniche pessime. Le parassitosi dominano con tubercolosi (TB), sifilide, alcoolismo patologie respiratorie e gastroenteriche

Nel 1955, l'allora Ministero di Grazia e Giustizia, anche a seguito di frequenti sommosse, adotta una risoluzione che dispone che in ogni stabilimento penitenziario sia previsto un servizio medico con conoscenze psichiatriche.

I medici accedono in carcere per curare il corpo del detenuto esposto ai rischi evidenti, legati ad ambienti sicuramente insalubri e alle malattie tipiche della povertà. Al medico compete, fra l'altro, di occuparsi del vitto, controllare l'aerazione, l'illuminazione, il riscaldamento, l'abbigliamento.

Si intravede un'azione sanitaria che riguarda la comunità penitenziaria.

Compare la Medicina Penitenziaria.

Ricordiamo un'affermazione del **prof. Carlo Mastantuono, negli anni '60**, egli definendola branca dell'arte sanitaria ne trova "motivo di specificità per le caratteristiche degli ambienti in cui viene obbligatoriamente esercitata" caratteristiche che "determinano influenze sull'uomo che le subisce e che suscitano particolari manifestazioni di ordine psicologico, organico e reattivo". Si intravede l'epidemiologo, l'osservatore, ma nelle parole si intravede una certa ineluttabilità dell'istituzione carcere.

Esiste la medicina e assume una sua particolarità in carcere.

Nel 1968, il clima di contestazione globale pone le basi ideologiche per cui al recluso viene riconosciuto il diritto di conoscere la propria condizione di salute-**Prof. Alfonso De Deo**- Si restituisce dignità umana al soggetto detenuto.

Nel 1975, l'Ordinamento Penitenziario pone l'obiettivo della garanzia dello stato di salute del recluso come parte integrante del trattamento. Si vorrebbe, finalmente, abbandonata la logica della de-personalizzazione, dare ampio spazio ai problemi umani e sociali del detenuto, il cui recupero è obiettivo fondamentale del trattamento. L'atto medico non riguarda solo il singolo paziente ma lui e l'intera comunità in cui vive, con cui entra in relazione. Progressivamente si promuove il concetto di prevenzione oltre che quello della diagnosi e cura e si afferma il diritto alla riabilitazione.

In parallelo Francesco Ceraudo, medico penitenziario, diviene il paladino di una medicina che si fa carico degli ultimi, che cura "una fetta di umanità sofferente". Lo spirito missionario del medico si alimenta alla dispensa di dolore e devianza del carcere, una presenza solidale con la storia dell'uomo detenuto, al di là di qualsiasi pregiudizio derivato dalla colpa commessa. Un modo di essere medico permeato di umanità, di capacità di ascolto e partecipazione al dolore del detenuto che è dolore psichico, stretto parente del dolore del malato neoplastico in procinto di morire cui si indirizzano le cure palliative.

Anche la Medicina Penitenziaria diviene medicina palliativa, che si esprime oltre la cura del "raffreddore" per entrare in contatto con un dolore, che non può trarre effettivo giovamento dagli oppiacei, ma ha bisogno delle parole del medico, che comunque non sono quelle di un religioso o di un educatore, sono le parole di chi è teso a prescrivere una terapia morale che può adjuvare una terapia psichiatrica, perché meglio di un farmaco interpreta i sintomi derivati dalla detenzione, è una medicina morale, in una realtà che, tuttora, vede le attività sanitarie svolte nei penitenziari limitate da:

- disconoscenza della presenza del disagio psichico come caratteristica prevalente della comunità penitenziaria, più noto e prevedibile nella popolazione detenuta, ma presente con discreta frequenza nelle frustrazioni che riguardano il personale di Polizia Penitenziaria e in tutti gli operatori che giorno per giorno sono a contatto con i detenuti.
- condizionamenti imposti dal rispetto delle norme di sicurezza, che regolate dall'attività della Polizia

Penitenziaria, finiscono per limitare, in modo significativo, l'attività sanitaria. (non facile la soluzione).

- insufficienze strutturali, testimoniate dai luoghi in cui viene destinata l'attività sanitaria, che così come appaiono già nelle piantine topografiche a disposizione degli uffici tecnici, danno un'idea precisa della scarsa attenzione per l'attività sanitaria negli obiettivi dell'Amministrazione Penitenziaria (AP)
- limitatezza del setting terapeutico, che rende difficile il rapporto medico-paziente, in una situazione dove le attività di controllo arrivano anche a guardare con diffidenza qualsiasi medico o infermiere che provi a vedere, oltre il detenuto, l'uomo
- mancata soddisfazione di obiettivi generali definiti nella normativa vigente dalle istituzioni, normativa che pare come “una bella fuoriserie con il motore grippato”
- mancanza di obiettivi generali comuni agli operatori, che accedono al carcere con una preparazione eterogenea, spesso senza alcuna idea sul luogo, sulle indicazioni, sugli obiettivi della loro azione, se non quello di effettuare le visite mediche
- sviluppo di un'organizzazione sanitaria caratterizzata da risposte legate a situazioni emergenti più che ad un disegno razionale, secondo un'architettura casuale, caratterizzata dall'incostanza, dalla mancanza di momenti di “audit” e dall'idea che revisione dei casi possa coincidere solo con il termine “ispezione”
- prevalenza di logiche personali su disegni di sistema, nel senso che le attività proposte, spesso, sono un fiore all'occhiello di qualcuno e poco importa della ricaduta complessiva dell'operato.

Il carcere comporta una patologia di sistema, al momento ineluttabile, rappresentata dal presunto bene che contiene fisicamente, con le regole della detenzione, il male, vero o presunto, per lo più in chiara contrapposizione, spesso con distacco, non raramente con disprezzo, lasciando poco spazio all'umanizzazione della pena. Ad esempio, in carcere, può essere lecito fare aspettare per rispondere su qualsiasi argomento, non conta quanto importante

possa essere una risposta per un detenuto o quanto debba essere precisa, e il soggetto che subisce deve adattarsi per sopravvivere nel miglior modo possibile, di certo può protestare usando il suo corpo.. Questa breve serie di testimonianze evidenzia lo sfondo in cui agisce la medicina nel penitenziario quanto basta per chiedersi se la medicina che si offre in questo contesto sia adeguata ai tempi, alle attuali conoscenze scientifiche o se sia necessaria una sua profonda trasformazione, cosa che comporta l'individuazione di chi ne deve durare la regia.

Occorrono risposte fondamentali ad una lunga serie di quesiti che proveremo ad esporre

Sembra evidente che, oggi, il medico non possa più entrare in carcere a rappresentare se stesso ed il proprio sapere generico o specialistico che possa essere, sarebbe utile indirizzarlo verso un obiettivo comune, condiviso.

Sarebbe opportuno un disegno istituzionale complessivo che definisca il ruolo della medicina nelle carceri, che superi l'improvvisazione o l'ennesima risposta emergenziale.

Quale il ruolo della Sanità in carcere ? Inserita nel Servizio Sanitario Nazionale ? Nel Ministero della Giustizia ? Ponte fra entrambi ?

Quali criteri si possono individuare per facilitare una scelta ?

Il luogo è quello dove chi ha sbagliato deve o può intraprendere un percorso di riabilitazione.

Essere medici in carcere non è da tutti e per tutti, così come non lo è in un Pronto Soccorso; occorrono delle qualità umane e capacità di comunicazione e comprensione dei meccanismi particolari che dominano la vita in carcere. Doti che, se assenti, rischiano di produrre ulteriore distacco e rafforzata disillusione, in chi ne ha fatto un motivo di vita per allontanarsi dal dettato sociale.

Una sintesi nell'affermazione **che se al medico del carcere, fino ad oggi, sono forniti dall'Amministrazione "occhiali che consentono di vedere il corpo del detenuto distaccato dalla testa", come autentica decapitazione morale, ora, a lui la medicina comanda di "ricongiungere la testa a corpo"**. Troppe le implicazioni del cervello, delle sue frustrazioni e reazioni a stimoli positivi o negativi, sullo stato di salute dell'uomo ed in particolare dell'uomo detenuto, che pure chiuso in carcere, è paradossalmente, per dirla come Gehlen *"uomo aperto al mondo"* e, come tale, soggetto a frustrazione e stress aggravati da uno stato di sospensione del proprio io legato alla detenzione..

Gli studi bio-molecolari sul cervello, l'immunologia, la neuro-fisiologia, fanno intravedere collegamenti fondamentali fra il cervello e il resto del corpo.

Il medico non può essere solo medico del corpo di un soggetto ed in particolare del soggetto in carcere. *L'uomo detenuto può rimanere decapitato solo a vantaggio del tempo di coloro che gli lavorano intorno e non hanno molta voglia di spendersi su di lui, così come è facile che, ancora oggi, possa accadere.*

Per questo il divenire della Medicina Penitenziaria sta nel ricomporre l'uomo, anche nel detenuto..

L'obiettivo di cura del corpo, comunque focalizzato, chiaro, rispettato o no, oggi non è più sufficiente e le **spinte ideologiche, che vogliono il Servizio Sanitario Nazionale in carcere, hanno alla base un'ideologia condivisibile, che ritiene che troppo sia dato alla sicurezza rispetto alla salute.** Si propugna un'azione di sistema che vuole uscire dall'impronta determinata dalla detenzione, che, per esempio, consente o costringe il medico, a volte, a rimanere legato ad un intervento estemporaneo, professionale o artigianale. Si vogliono dare certezze per limitare o escludere il ricorso all'improvvisazione e offrire al detenuto le potenzialità proprie del Servizio Sanitario Nazionale.

Il carcere è un contenitore a tenuta più o meno stagna La certezza della pena un' ipotesi più che una realtà, i costi di gestione una certezza, al punto da avere continue difficoltà e carenze di tutti i tipi, che rendono difficoltoso applicare le norme, persino in un ambiente che dovrebbe essere la legge. Verrebbe da dire che forse non esiste un luogo pubblico con un minore livello di legalità.

Del carcere deterrente non preoccupa la continua carenza di risorse, non preoccupa che l'igiene, la sicurezza degli impianti e dei luoghi di lavoro sia garantita, non importa che si fumi in modo incontrollato, così come non è fondamentale che i mozziconi di sigarette siano buttati in terra, che i water siano prossimi ai lavabo, dove si lavano frutta verdure e stoviglie, non importa che ci siano fornelli a gas nelle celle, non importa che arrivino, e come arrivino, cibi dall'esterno, dolci, preparati magari da familiari, paradossalmente per detenuti diabetici,.... sicuramente indenni da qualsiasi possibile salmonellosi

..... In carcere ci si può comportare, tutti, come se le norme igieniche, anche quelle più banali, osservate in ogni casa non esistano. Il carcere forse è bene che sia così agli occhi di chi cerca la difesa sociale..... non può essere così agli occhi di chi esercita professioni sanitarie e con questa affermazione si vuol identificare un obiettivo reale e non un'utopia o un sogno.

Se non si vuole una Sanità ipocrita, ma la Sanità, questa occorre con le sue conoscenze e non secondo convenienza, quando è utile

per certificazioni che, “possibilmente sempre”, sollevino da responsabilità il contesto.

La scienza medica può essere applicata in carcere ?

L’istituzione vuole che la Costituzione sia garantita?

Il medico penitenziario nella sua etichetta comprende due aspetti particolarmente vicini alla sofferenza, forse prossime al confine ultimo della sofferenza, fatta eccezione per i malati terminali.

Il Medico Penitenziario è medico per le malattie, ma è medico nel penitenziario, istituzione che toglie al soggetto il bene più importante, parente stretto della salute, ovvero la libertà. Siamo di fronte ad una condizione di sofferenza curabile, non destinata alla terminalità’.

Se la perdita della salute diviene in qualche modo la lotta della vita contro la morte, la perdita della libertà diviene la sospensione della vita, quasi nella completezza delle sue possibili manifestazioni, di cui componente non ultima è la sessualità. Di certo l’inizio di una sofferenza psichica, che il soggetto detenuto deve affrontare in qualche modo, con gli strumenti culturali che ha a disposizione e che non sono eguali per tutti e soprattutto non è detto che siano disponibili nel bagaglio con cui “sale a bordo” del carcere. Paradossalmente chi non soffre e sembra il più adattato o adattabile è il meno ricco culturalmente, come ricorda ancora Mastantuono in alcune osservazioni del 1960.

Gli strumenti per sopravvivere e adattarsi compaiono nel tempo e spesso senza che qualcuno li vada a cercare.....

La psichiatria moderna ci parla del cervello come organo plastico, di neuroni capaci di rimodellarsi..... a conferma di come l’ambiente possa influenzare notevolmente il cervello ...Queste evidenze scientifiche debbono sollecitare riflessioni, che inducano universo sanitario e penitenziario a produrre risposte appropriate, insieme, collaborando e non limitandosi alla certificazione di “passaggi di proprietà”.

Divenire per la Medicina Penitenziaria significa questa integrazione, che la riconosca strumento di cura ma anche strumento di conoscenza, di ricerca e di sviluppo e di individuazione di nuove strategie nell’esecuzione penale, tali da impedire ad esempio che malati psichiatrici finiscano in carcere perché sono chiusi i manicomi.

Le carceri non sono ospedali, ma sono un laboratorio sperimentale utile ad osservare gli effetti che la detenzione provoca sullo stato di

salute, e la medicina ha occhiali adeguati, oggi con maggiori conoscenze di ieri, per vedere.

Quanto e come il carcere influenza il cervello ? Allo stesso modo negli italiani e negli stranieri ?

Se le droghe influenzano negativamente il cervello, tanto da condurre a porsi contro la legge, il carcere può “rompere” il cervello.?

Siamo certi che per la sofferenza psichica del tossicodipendente il carcere non sia un’aggravante che lo porti a cercare, con più determinazione e ricattabilità, di “spegnere il cervello” ?

Il carcere è “free” rispetto al concetto che la salute è una condizione di benessere psichico, fisico ed ambientale ?

E’ lecito proporre di seguire nel tempo la salute di chi è stato in carcere per evidenziare eventuali fenomeni patologici connessi con la precedente detenzione ?

Siamo convinti che nessun rischio ha riguardato la condizione psichica nell’uomo detenuto ?

Occorre, in carcere, se questo è luogo necessario, la ri - proposizione di un’azione:

- di prevenzione della malattia mentale ed individuazione precoce degli individui “sotto-soglia” in cui la detenzione potrebbe slatentizzare reazioni psichiche anomale
- di riconoscimento del disagio psichico, del disagio sociale, come fattori di rischio importanti per l’uomo detenuto
- di individuazione di luoghi adatti al trattamento adeguato della patologia mentale conclamata, cosa che non può essere il carcere di oggi
- di riconoscimento dell’inadeguatezza della attuale organizzazione, forse abile della azione di sicurezza e contenimento ma molto meno appropriata sul versante sanitario che deve risultare strettamente collegato al trattamento
- di affermazione del ruolo dell’affettività, della sessualità come strumenti terapeutici a disposizione del trattamento
- di sostegno specifico a tutti gli operatori penitenziari

Il Medico Penitenziario è medico di periferia, della condizione di vita più periferica, quella determinata dalla detenzione.

Molto si ferma con la detenzione e con essa si amplificano le condizioni di sofferenza, frustrazione e di possibile malattia.

Di quale malattia parliamo ? Delle malattie infettive, la TBC, le epatiti, l'AIDS, le parassitosi ? Probabilmente parliamo di altro ancora, più subdolo e devastante, a carico della psiche, del cervello, che, spesso, nelle sue manifestazioni, nel corso vita porta l'individuo a scelte antisociali che appartengono al male, che, da solo, non può bastare a giustificare opzioni che, pure, debbono avere alla base una costruzione razionale, forse disturbata ma sicura espressione di disagio sociale.

Fluttuare tra bene e male, comunque, porta ad atti che rappresentano una netta distorsione rispetto ai comportamenti socialmente normali.

Queste menti orientate al male trovano, probabilmente, un contenimento nel carcere, ma possiamo fermarci alla semplice espiazione della colpa ?

E' possibile che questa colpa sia costruita su esperienze negative "processate" dalla ragione del soggetto detenuto in modo ancora più negativo ?

Chiudere in carcere queste persone è la sola risposta possibile per farle riflettere o la più rapida e facile per emarginarle dalla società da cui hanno cominciato ad auto-escludersi con il proprio gesto ?

I sentimenti, l'amore, l'affermazione sociale, che per molti sono vere terapie, le piu' importanti, non sono disponibili per i detenuti; costoro hanno perso tutto, per gesti che possono avere una determinata costruzione antisociale ma, forse, non sempre.

Varie le domande che nascono:

- Quanto è ineluttabile questo sistema ?
- Serve veramente sempre per la sicurezza ?
- Tutti i detenuti determinano gli stessi problemi di sicurezza ?
- Occorre applicare a tutti lo stesso trattamento ?
- E' razionale tutto questo ?
- Come la Medicina può essere utile a trovare delle alternative al sistema carcere ?
- I detenuti malati possono essere curati in carcere ?
- Come si conciliano la chiusura in una cella, la de-personalizzazione costante con un progetto riabilitativo ?
- Il carcere può essere paragonato ad un ospedale ?
- Il carcere è un ospedale sociale ?
- Se si, il personale è in grado di partecipare alle cure dei vari soggetti ?
- Se no, che cosa vuol dire curare la salute in carcere curare il raffreddore ? Allora lo si dica ,senza ipocrisia !!!
- E la psiche va curata ?

- E il disagio psichico va riconosciuto ?
- E i suicidi possono essere prevenuti veramente ?
- Perché le persone si suicidano in carcere ? Ne è causa la convivenza forzata con altri non scelti?
- Dove, quando e quanto è patogeno il carcere ?
- E' vantaggioso economicamente il carcere ?
- Perché il rapporto costo-beneficio non deve essere applicato all'istituzione carceraria ?
- Si hanno storie di recupero fra i detenuti ?
- Quante in percentuale sul numero di soggetti passati dal carcere ?
- Possono essere discriminati fattori che hanno influenzato positivamente il trattamento o fattori che lo hanno influenzato negativamente, per non ripetere gli stessi errori ?

Una serie infinita di domande, a volte di difficile risposta, che richiedono analisi che non possono essere del singolo sanitario, ma riguardano le istituzioni, che debbono intervenire e non possono che intervenire in modo integrato, in quanto hanno bisogno l'una dell'altra per dare risposta al bisogno di salute del detenuto e della comunità penitenziaria, utilizzando positivamente gli strumenti che hanno a disposizione.

Nelle risposte da dare, negli strumenti a disposizione si può individuare il perché del divenire della Medicina Penitenziaria, oggetto di studio, di conoscenza, evoluzione, ma utile, poichè:

- risorse importanti vengono impegnate in carcere ed è doveroso impegnarle nel miglior modo possibile
- esperienza altamente specifica che deve essere valorizzata e aiutata a migliorarsi per divenire strumento affidabile.

Divenire per la Medicina Penitenziaria significa accrescere competenza e conoscenza di sistema per scelte strategiche che possono riguardare il mondo penitenziario, favorendo possibili, anche profondi, cambiamenti dal punto di vista normativo.

Divenire significa passare da presenza casuale a presenza integrata, funzionale anche alle scelte politiche sul tema della pena per chi commette reati. Che si voglia o no questo carcere, la Medicina Penitenziaria è funzionale alla salute della comunità penitenziaria, detenuti ed operatori penitenziari, ed è funzionale perché ne conosce e ne sa interpretare lo scenario, cosa fondamentale per la preparazione del setting su cui prescrivere qualsiasi terapia, da quella morale a quella farmacologia.

Il divenire della Medicina Penitenziaria si gioca anche nell'essere valorizzata come mezzo tecnico per aiutare la Magistratura nel suo specifico lavoro, dove i benefici di legge, previsti in caso di

condizioni di salute precarie, non si riferiscono più alla sola valutazione di un perito, con conoscenze forse limitate del sistema carcere, ma all'azione di una organizzazione di Medicina Penitenziaria multi-disciplinare, ben integrata con i servizi territoriali, capace di una sintesi completa sul pre-detenzione detenzione e nella preparazione della post-detenzione.

Ogni risorsa investita in carcere, in termini materiali ed umani, deve avere un ritorno sociale e non può essere solo “usata” al bisogno, occorrono risultati di sistema. Le istituzioni debbono avere disponibili strumenti di conoscenza per le decisioni necessarie.

Lo “status quo” rafforza il pessimismo verso le istituzioni che invece in modo trasparente, anche per chi critica, a volte a ragion veduta, a volte a sproposito, l'attuale carcere, debbono fornire:

- **il razionale alla base degli investimenti**
- **occasioni di riflessione per chi opera scelte antisociali**
- **il prodotto, i risultati degli investimenti**

Il divenire della Medicina Penitenziaria passa necessariamente attraverso la costituzione di una reale base di conoscenza, di adeguati flussi informativi basilari per scelte strategiche rivolte al singolo o all'intera comunità penitenziaria. La conoscenza di ciò che si affronta facilita l'individuazione di possibili strategie atte a rispondere in modo più adeguato al mandato istituzionale, regala trasparenza all'azione riabilitativa anche nel settore sanitario, affrancandolo dai dubbi di chi lo ritiene servo della sicurezza, con cui, invece, può e deve collaborare, comprendendone eventuali necessità e limitandone eccessi applicativi dagli esiti disastrosi. Se questo non fosse necessario tante polemiche oggi non esisterebbero. La riduzione del numero dei suicidi nei primi mesi del 2007 non è figlia dell'indulto che ha ridotto i problemi derivati dal sovraffollamento ? E i dati relativi alla mortalità per cause naturali debbono porre il problema di quali possono esserne state le cause e di che cosa si può fare di più per individuarle ?. La Medicina Penitenziaria è medicina di frontiera, di un avamposto che deve rilasciare un passaporto sanitario al soggetto recluso, programmandone controlli assidui rispetto alle patologie prevalenti in carcere. Non dobbiamo rendere il carcere un ospedale perché diversa la sua finalità, ma trasformarlo nel servizio socio-sanitario più periferico. Ciò è possibile, riconoscendogli caratteristiche specifiche per il costante confronto con gli ultimi della società, quelli che nessuno vuole.

Fare i Medici o gli Infermieri degli ultimi ha valore pari a quelli che rappresentano la medicina di serie A.

I Medici degli ultimi debbono raggiungere adeguati risultati con quanto hanno a disposizione, e conoscere meglio la condizione di salute dei reclusi, punto di partenza per un divenire di cui parlare con l' orgoglio di chi lotta per un'umanità migliore, attenta anche verso gli ultimi, con l'idea di trattarli come si tratterebbe se stessi nella stessa condizione. Questa può essere la base di un divenire maturo evoluto, all'altezza delle necessità del tempo.

E' chiaro che questa impostazione non possa e debba necessariamente essere condivisa da chi rappresenta il potere politico, essa nasce da una protesta interiore verso un "poco convincente dialogo fra sordi".

Lo stato di salute della popolazione detenuta

Come affrontare il problema della conoscenza dello stato di salute della popolazione detenuta, nelle more della costituzione di una rete informatica nazionale gestita dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, peraltro tuttora in via di definizione?

Per costituire una prima esperienza di raccolta di dati a fine epidemiologico statistico, abbiamo proposto nel 2003, una metodologia basata sulla raccolta di alcuni dati sanitari, su una scheda, denominata "Indice di Stato di Salute". che, all'ingresso di un soggetto in carcere, può essere redatta da parte del personale medico in servizio.

La scheda, compilabile su supporto cartaceo o informatico è predisposta per consentire:

- l'individuazione degli stati patologici più frequenti nella popolazione detenuta
- il calcolo di un indice di co-morbilità utile a definire la gravità dello stato clinico del soggetto detenuto
- un monitoraggio costante dello stato clinico di ogni detenuto, potendo essere modificata nel corso della carcerazione.
- un costante monitoraggio dello stato di salute della comunità penitenziaria nel suo insieme
- l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza per la popolazione detenuta
- la definizione di finanziamenti mirati per le evidenze della sanità penitenziaria.
- l'individuazione delle risorse necessarie all'attività sanitaria in ogni Istituto
- l'avvio di un sistema di verifica della qualità dell'attività sanitaria nei penitenziari.
- la rieducazione dei detenuti all'utilizzo delle risorse sanitarie, come parte integrante del trattamento.
- l'individuazione di incentivi al personale sanitario finalizzati a raggiungimento di obiettivi fissati dall'Amministrazione Penitenziaria derivati dalla conoscenza dello stato di salute del singolo detenuto e dell'intera comunità penitenziaria.
- la formazione in senso strategico - trattamentale del personale superando la consuetudine per gli operatori sanitari, di accedere alla sanità penitenziaria senza specifiche conoscenze.
- l'evidenziazione della patogenicità della detenzione, finalizzata anche all'avvio di eventuali strategie di riduzione di un possibile "danno da detenzione".

La scheda ed il calcolo dell'indice di stato di salute

Indice dello Stato di Salute

Data rilevamento: _____

CASA CIRCONDARIALE

COGNOME: _____ nato il: _____
 NOME: _____ età: _____

	Buona Salute	Patologie Controllate	Patologie Controllate	Patologie Croniche	Patologie Croniche
	Terapie Basso Costo	Politerapie Medio Costo	Terapie Alto Costo	Alto Costo Ass. le	
PATOLOGIA	0	1	2	3	4
A) Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie					
B) Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemica.					
C) Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia organica ed ischemica.					
D) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es. cuore polmonare cronico, insufficienza renale.					
E) Ipertensione arteriosa:					
F) Accidenti vascolari cerebrali:					
G) Vasculopatie periferiche:					
H) Diabete mellito:					
H1) Malattie endocrine:					
I) Malattie respiratorie:					
J) Malattie Ginecologiche:					
K) Malattie Neonatali:					
L) Neoplasie maligne					
M) Malattie epato-biliari					
N) Malattie renali e dell'apparato urogenitale					
O) Malattie osteo-articolari o esiti di traumatismi					
P) Malattie gastrointestinali					
Q) Malnutrizione					
R) Malattie Neurologiche					
S) Depressione					
S1) Malattie mentali: comprende tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione che viene considerata a parte					
T) Deterioramento mentale:					
U) Anemia o Altre malattie a carico del sistema emopoietico					
V) Deficit sensoriali (malattie di pertinenza Otorinolaringoiatrica e/o Oculistica)					
W) Deficit della masticazione					
X) Piaghe da decubito o malattie Dermatologiche					
Y) stato di tossicodipendenza					
Z) Malattie infettive (escluso malattia da HIV)					
Z1) Malattia da HIV (Secondo Classificazione CDC DI Atlanta)					
Note: (Malattie non comprese e/o non specificate:					
Malattia Principale:					
Capacità motoria	Il Sanitario: _____				

La scheda costruita, per una prima sperimentazione, con l'obiettivo di essere contenuta in un foglio A4, può essere inserita nella cartella clinica del detenuto senza costituire, peraltro, documento con valenza medico-legale, vista la sua natura sperimentale. Si tratta di una scheda di rapida compilazione, accettabile dal personale sanitario nella sua operatività quotidiana.

Essa attraversa la storia sanitaria del recluso, dall'anamnesi alla prescrizione terapeutica, facilita la ricognizione di eventuali patologie dichiarate o riscontrate, da accertare a seguito dell'anamnesi o variate nel tempo, al rilievo di segni o sintomi specifici.

Il medico esprime una valutazione dello stato clinico del paziente, in particolare sulla base delle patologie croniche riscontrate, cercando di individuare a quale fase della loro evoluzione si trovino, in base alle complicanze rilevate e alle terapie necessarie.

La scheda comprende 29 item, relativi a patologie, riguardanti apparati e organi, evidenziando eventuali co-morbilità. Per ogni item il medico può esprimere un giudizio qualitativo in base a cinque categorie possibili:

- 0 = Stadio di salute buono. Il soggetto è sano.
- 1 = Stadio di salute discreto. Patologie controllate (terapie a basso costo). Il soggetto presenta uno stato patologico di lieve entità.
- 2 = Stadio di salute mediocre. Patologie controllate (politerapie a medio costo). Il soggetto presenta patologie ancora controllate.
- 3 = Stadio di salute compromesso. Patologie croniche (terapie ad alto costo). Il soggetto presenta patologie croniche in evoluzione e/o una ridotta autonomia.
- 4 = Stadio di salute grave. Patologie croniche (alto costo assistenziale). Soggetto con patologie gravi e non più autonomo.

Se un detenuto sta bene, non presenta patologie di rilievo, è in buon compenso psichico e fisico, non assume terapie, si può classificare ad indice di stato di salute = 0 se al contrario fosse affetto da AIDS conclamato e/o fosse costretto a letto, l'indice diviene 4, ovvero coesistono patologie gravi e alto è il costo assistenziale, in termini di farmaci e personale addetto all'assistenza, necessario al suo trattamento.

Risulta di fondamentale importanza, in senso metodologico, sottolineare che ogni indice di ogni possibile patologia è correlato ad indicatori specifici ed oggettivi di riferimento, che assicurano alla raccolta dei dati un elevato livello di omogeneità e, dunque, di attendibilità.

La registrazione di questi dati consente di calcolare un Indice di Co-morbosità, risultato della somma delle diverse patologie, prodotto applicando funzioni matematiche (descritte nelle pagine successive) tramite un software dedicato, applicato alla banca dati costituita su applicativi di Access. I dati raccolti in ogni istituto afferiscono in un centro raccolta dati nazionale, ma il software disponibile in ogni Istituto consente di avere disponibile una base dati con la possibilità di analisi dei fenomeni locali.

Formula per il calcolo dell'Indice di Co-morbosità o Indice di Stato di Salute

Sia $\text{Indice} = \text{Indice di Stato di Salute}$,

Sia X_i l'apparato i-esimo con i che va da : 1,2,3,.....27,28,29

N_i è il valore che ogni apparato può assumere e può variare da = 0,1,2,3,4; per i che va da 1... fino a ... 29

Sia $\text{Conteggio}(N_i=0) = C_0$ il conteggio di degli N_i con i che va da 1.. fino a 29 a valore 0

Sia $\text{Conteggio}(N_i=1) = C_1$ il conteggio di degli N_i con i che va da 1.. fino a 29 a valore 1

Sia $\text{Conteggio}(N_i=2) = C_2$ il conteggio di degli N_i con i che va da 1.. fino a 29 a valore 2

Sia $\text{Conteggio}(N_i=3) = C_3$ il conteggio di degli N_i con i che va da 1.. fino a 29 a valore 3

Sia $\text{Conteggio}(N_i=4) = C_4$ il conteggio di degli N_i con i che va da 1.. fino a 29 a valore 4

Indice = 4 ovvero Stadio di Salute GRAVE

Se ($C_4 \geq 1$ AND $C_3 \geq 1$) OR ($C_4=1$ AND $C_2 \geq 2$) OR ($C_3 \geq 3$ AND $C_2 > 2$) OR $C_4 > 1$

Indice = 3 ovvero Stadio di Salute COMPROMESSO

Se ($C_4=1$ OR ($C_3 > 1$ AND $C_2 > 2$) OR ($C_3=1$ AND $C_2 > 3$) OR $C_3 > 3$

Indice = 2 ovvero Stadio di Salute MEDIOCRE

Se $C_3 \geq 1$ OR $C_2 \geq 4$ OR ($C_2 > 1$ AND $C_1 > 3$) OR ($C_2 > 0$ AND $C_1 > 4$) OR $C_1 \geq 6$

Indice = 1 ovvero Stadio di Salute DISCRETO

Se $C_2 > 0$ OR $C_1 > 0$

Indice = 0 ovvero Stadio di Salute BUONO

Se $C_1 = C_2 = C_3 = C_4 = 0$

Prototipo di applicazione sperimentale dell'Indice di Stato di Salute

L'avvio della raccolta dati a livello nazionale è stato anticipato da una fase di sperimentazione di una cartella clinica informatizzata, in uso nei penitenziari dell'Emilia-Romagna, finanziata dalla Giunta Regionale e dal locale Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, nel periodo compreso tra il 2001 ed il 2004.

Sono risultate situazioni campione utili come schema guida di classificazione:

detenuti **ad indice 0** ovvero con **stato di salute buono** sono quelli che si può presumere che in un anno determinino una spesa pro-capite, fino a € 80,00 per visite specialistiche e € 50,00 per i farmaci (ai costi di acquisto dell'Amministrazione Penitenziaria con un sconto minimo del 50%), ovvero soggetti a patologie acute;

detenuti **ad indice 1** ovvero con **stato di salute discreto** sono quelli per i quali la spesa prevalente è quella odontoiatrica che incide, storicamente anche fino al 40% della spesa per la specialistica nazionale nei penitenziari, a questo gruppo si può assegnare un finanziamento annuo di € 150,00 per la specialistica e di € 150,00 per la farmaceutica, considerando il costo dei medicinali come ansiolitici, antidepressivi, necessari per il trattamento della tossicodipendenza;

detenuti **ad indice 2** ovvero con **stato di salute mediocre**, per questi la quota di spesa subisce un netto incremento sia per la spesa farmaceutica che specialistica, con un aumento del costo dei farmaci fino a circa € 500,00 l'anno e un aumento per la specialistica a € 250,00 l'anno;

detenuti **ad indice 3** ovvero con **stato di salute compromesso**, la quota pro-capite per farmaci e specialistica diviene più ampia anche perché più gravi i casi e più necessari esami strumentali e farmaci di alto costo. Si tratta di soggetti che non richiedono ricoveri ma assistenza continua pur non essendo propriamente disabili; il costo medio annuo complessivo può aggirarsi su € 3000,00;

detenuti **ad indice 4** ovvero **stato di salute grave**, sono essenzialmente disabili, probabilmente ai limiti della compatibilità con il regime penitenziario, difficilmente potranno trovarsi in istituto ordinario, probabilmente sono alloggiati in C.D.T. o O.P.G. o sezioni per tetraparaplegici o istituti per minorati. Necessitano di assistenza continua, strumenti riabilitativi e presidi sanitari di alto costo. Il costo annuo può raggiungere € 7.000,00.

Occorre ricordare che il costo dell'assistenza sanitaria di base, costituita da medici e infermieri, è stato considerato nel suo valore medio rispetto alla tipologia di Istituto, così come individuata dall'Amministrazione Penitenziaria e riportata nelle pagine successive. Il costo medio annuo del personale sanitario nelle 4 tipologie di istituti oscilla da € 900 a € 1.100, aumentando con il decrescere del numero dei detenuti presenti in un Istituto.

Sviluppo dell'applicazione

Nella tabella sottostante viene valutata la capacità assistenziale nelle diverse tipologie di Istituto Penitenziario, in relazione:

- ai principali obiettivi dell'assistenza sanitaria, ovvero prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione;
- all'Indice di Stato di Salute, nelle sue diverse categorie, espresse da un giudizio corrispondente all'indice di co-morbosità, da 0 a 4, secondo la gravità delle condizioni del soggetto detenuto;
- alla classificazione degli Istituti Penitenziari secondo le risorse sanitarie disponibili. Istituti di 1° e 2° livello (definiti così secondo la capacità assistenziale dall'Amministrazione Penitenziaria), i Centri Diagnostico-Terapeutici e gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG).

Il giudizio che viene espresso si basa sull'esperienza maturata nel corso dell'attività di medico penitenziario, considerando le testimonianze di vari medici ed infermieri penitenziari e non intende essere documento di accusa.

È noto infatti a tutti gli operatori sanitari quanto sia difficile l'attività nei penitenziari e quanto siano soggette a manipolazioni informazioni di qualsiasi natura. L'intento è solo quello di cercare soluzioni a problemi concreti.

È utile riepilogare le attuali capacità assistenziali negli istituti penitenziari.

CAPACITA' ASSISTENZIALE DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI RISPETTO ALLO STATO DI SALUTE (Indice di COMORBILITA') DELLA POPOLAZIONE DETENUTA																										
INDICE DI COMORBILITA'		0				1				2				3				4								
STATO DI SALUTE		BUONO				DISCRETO				MEDIOCRE				COMPROMESSO				GRAVE								
OBIETTIVI SANITARI	RIABILITAZIONE					NO			SI	NO			SI	NO	NO	NO		NO	NO	NO						
	CURA					SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO			SI	NO	NO	NO	SI					
	DIAGNOSI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI			SI	SI		SI	SI	SI					
	PREVENZIONE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
LIVELLO DI ISTITUTO		1°	2°	OPG	CDT	1°	2°	OPG	CDT	1°	2°	OPG	CDT	1°	2°	OPG	CDT	1°	2°	OPG	CDT					

Attività non necessaria

SI
 Attività affidabile
 Attività di dubbia affidabilità

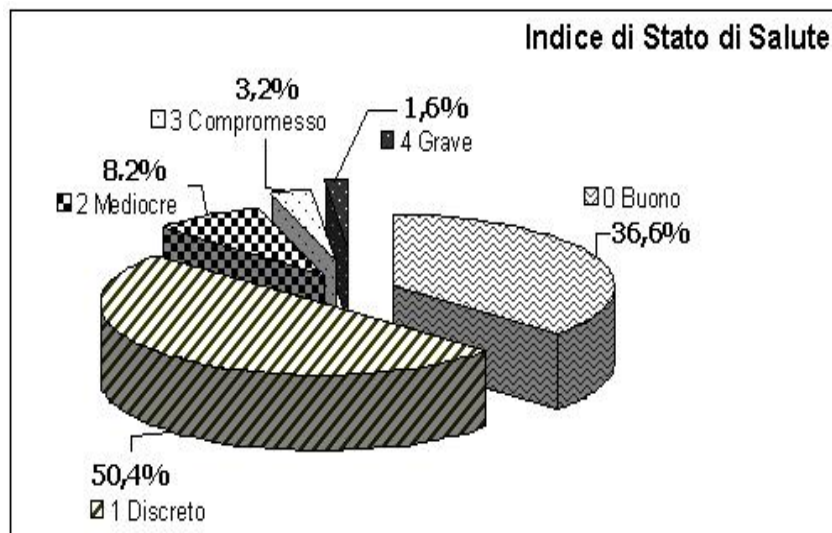
NO
 Necessità probabilmente non soddisfatta
 Necessità non soddisfatta

I punti critici si evidenziano a proposito degli aspetti relativi:

- alla riabilitazione, carente, in generale, in tutti gli istituti penitenziari, cui recentemente l'Amministrazione Penitenziaria ha cercato di ovviare con scelte organizzative, di importante impatto economico ma ancora parziali rispetto al fabbisogno;
- alla cura, per i casi in condizioni gravi o compromesse, sia in termini di farmaci, sia in termini di assistenza medica, infermieristica, ausiliaria, amministrativa;
- alla diagnosi negli istituti di minore capacità assistenziale;
- all'elevato costo necessario a garantire un buon livello assistenziale nei CDT e OPG;
- alla sovraesposizione del personale sanitario, schiacciato da incombenze medico-legali, problemi di sicurezza, polemiche con i detenuti malati consapevoli di poter ottenere benefici di legge sulla base del proprio stato di salute precario;

- alla scarsa “*compliance*” dei detenuti rispetto a risorse sanitarie di alto costo, che hanno il difetto di essere offerte in carcere per mantenerli in carcere, essendo la manipolazione del proprio stato di salute una autentica speranza per raggiungere la libertà;
- alla constatazione che l’essere detenuti malati in istituto di 1° o 2° livello può facilitare il raggiungimento di benefici di legge per motivi di salute, esempio l’incompatibilità con il regime penitenziario, rispetto a quanto disponibile nei CDT.

L’applicazione dell’Indice di Stato di Salute, seppur in modo non altamente specifico, ha permesso di evidenziare una prima distribuzione secondo appartenenza ad un criterio di gravità dello stato clinico della popolazione reclusa.



Nell’epoca pre-indulto i detenuti in condizioni mediocri, gravi e compromesse presenti nelle carceri sfioravano le 6000 unità. L’applicazione dell’indulto ha portato all’uscita di una percentuale elevata di reclusi, ma sono usciti soprattutto soggetti in buone condizioni di salute. Molti detenuti malati non hanno potuto usufruire dell’indulto, forse perché appartenenti alle organizzazioni criminali o perché autori di gravi reati. Probabilmente, si è persa un’occasione per compiere un gesto di autentica *pietas* verso soggetti per i quali l’assistenza sanitaria in carcere trova gravi difficoltà di esercizio, sia per l’alto costo necessario ad essere garantita, sia per una organizzazione quantomeno perfettibile. Purtroppo, l’ipotesi che

con l'uscita di circa 20.000 detenuti vi siano più fondi a disposizione per il capitolo di spese destinato alla salute dei detenuti non sembra soddisfatta. Certo per i casi più gravi occorreva preparare un percorso assistenziale integrato con la realtà sanitaria del territorio di residenza, cosa tutt'altro che semplice.

Forse si è persa un'occasione per pianificare l'assistenza sanitaria nei penitenziari e influenzare, realmente in modo positivo, lo stato delle Aree Sanitarie. Il costo di gestione dei detenuti in condizione di salute gravi pur molto elevato è, comunque, minore rispetto a quanto costerebbero se ricoverati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

In questo caso si può ben intravedere una occasione di divenire della medicina penitenziaria, utile ad impedire che un soggetto già afflitto da gravi patologie scontasse una pena che non può pienamente consentire l'azione di recupero sociale prevista dal trattamento. Inoltre, se andassimo a verificare i costi indotti da una azione sanitaria, condotta in modo pieno dall'attuale personale operante nel servizio sanitario penitenziario, scopriremmo che i fondi a disposizione del capitolo relativo all'assistenza sanitaria, reso disponibile dall'Amministrazione Penitenziaria, sarebbero sufficienti a coprire soltanto i bisogni dei detenuti ad Indice di Stato di Salute 0, 1, 2. non essendo a disposizione, con l'attuale organizzazione, i fondi necessari per i soggetti ad indice 3 e 4.

Allo stato attuale, inoltre, è possibile continuare ad assicurare l'assistenza sanitaria ai detenuti solo grazie all'intervento integrativo, in termini finanziari, di vari governi regionali. La medicina penitenziaria, organizzata come sistema di conoscenza sanitaria può aiutare a trovare risposte adeguate alle necessità e può esercitare il proprio divenire nel suo specifico campo di applicazione, come è ben dimostrato dai risultati ottenuti dalla rilevazione dello stato di salute sui detenuti con tale applicazione, fra Aprile 2004 e Dicembre 2005.

Analisi per gruppi prevalenti di patologia

Le tabelle successive presentano le frequenze degli stati patologici riscontrati complessivamente, fra gli italiani e non, per gruppi patologici, per Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria (per valutare eventuali disomogeneità di distribuzione derivate dalle valutazioni dei vari sanitari), per gli italiani e i non italiani. Viene evidenziato il tasso di prevalenza per mille nei vari gruppi, fatta eccezione per le tabelle 2 e 3 dove il tasso usato è in termini di percentuale.

Tab 1

Indice di Stato di Salute Stati Patologici

Raccolta dati - Aprile 2004 - Dicembre 2005 - Schede n°117.217

Aggregati per apparati e funzioni - Ordinate per frequenza	n° affetti	*(a)
Y) stato di tossicodipendenza	25.250	215,41
W) Deficit della masticazione	17.982	153,41
Q) Malattie osteo-articolari - patologie di origine post-traumatica	15.900	135,65
M) Malattie epato-biliari	12.793	109,14
S) Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche	11.572	98,72
P) Malattie gastrointestinali	10.670	91,03
Z) Malattie infettive (escluso malattia da HIV)	7.787	66,43
St) Malattie mentali: comprende tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione che viene considerata a	7.127	60,80
I) Malattie respiratorie	6.494	55,40
E) Ipertensione arteriosa	5.204	44,40
V) Deficit sensoriali (malattie di pertinenza Otorinolaringoiatrica e/o Oculistica)	4.693	40,04
X) Piaghe da decubito o malattie Dermatologiche	4.464	38,08
N) Malattie renali e dell'apparato urogenitale	3.566	30,42
R) Malattie del sistema nervoso centrale - Malattie Neurologiche	3.182	27,15
Q) Malnutrizione	2.722	23,22
H) Diabete mellito	2.586	22,06
Z1) Malattia da HIV (Secondo Classificazione CDC-DiAtlanta)	2.435	20,77
U) Anemia o Altre malattie a carico del sistema emopoietico	2.264	19,31
B) Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemica.	1.881	16,05
G) Vasculopatie periferiche	1.804	15,39
HI) Malattie endocrine	1.440	12,28
A) Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie	1.266	10,80
C) Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia organica ed ischemica.	984	8,39
T) Deterioramento mentale	898	7,66
L) Neoplasie maligne	483	4,12
F) Accidenti vascolari cerebrali	467	3,98
J) Malattie Ginecologiche	422	3,60
D) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es. cuore polmonare cronico, insufficienza renale.	246	2,10
K) Malattie neonatali	35	0,30

*(a) Tasso del mille persone

Ideazione, sviluppo ed elaborazione: Dr. Vincenzo De Donatis, Dr. Orlando Sagulo

Tab2 **Distribuzione delle patologie rilevate secondo lo schema
dell'Indice di Stato di Salute
sulla Popolazione Detenuta Italiana**

Periodo indagine Aprile 2004 - Dicembre 2005 - Schede n° 69.066

Aggregati per apparati e funzioni -	n° affetti	Tasso
Y) stato di tossicodipendenza	17.187	24,88%
O) Malattie osteo-articolari - patologie di origine post-traumatica	10.872	15,74%
M) Malattie epato-biliari	10.679	15,46%
W) Deficit della masticazione	9.986	14,46%
S) Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche	8.126	11,77%
P) Malattie gastrointestinali	7.334	10,62%
Z) Malattie infettive (escluso malattia da HIV)	6.211	8,99%
S1) Malattie mentali: comprende tutte le malattie mentali escluso la depressione	5.204	7,53%
E) Ipertensione arteriosa	4.466	6,47%
I) Malattie respiratorie	4.348	6,30%
V) Deficit sensoriali (malattie di pertinenza Otorinolaringoiatrica e/o Oculistica)	3.466	5,02%
X) Piaghe da decubito o malattie Dermatologiche	2.730	3,95%
N) Malattie renali e dell'apparato urogenitale	2.621	3,79%
H) Diabete mellito	2.092	3,03%
R) Malattie del sistema nervoso centrale - Malattie Neurologiche	2.066	2,99%
Z1) Malattia da HIV (Secondo Classificazione CDC DI Atlanta)	2.048	2,97%
B) Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie ischemiche	1.633	2,36%
G) Vasculopatie periferiche	1.484	2,15%
Q) Malnutrizione	1.402	2,03%
U) Anemia o Altre malattie a carico del sistema emopoietico	1.384	2,00%
H1) Malattie endocrine	1.161	1,68%
A) Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite	960	1,39%
C) Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia organica ed ischemica	808	1,17%
T) Deterioramento mentale	684	0,99%
F) Accidenti vascolari cerebrali	418	0,61%
L) Neoplasie maligne	410	0,59%
D) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache	205	0,30%
J) Malattie Ginecologiche	157	0,23%
K) Malattie neonatali	27	0,04%

Ideazione , sviluppo ed elaborazione : Dr. Vincenzo De Donatis, Dr. Orlando Sagulo

Tab 3 **Distribuzione delle patologie rilevate secondo lo schema
dell'Indice di Stato di Salute
sulla Popolazione Detenuta non Italiana**
Periodo indagine Aprile 2004 - Dicembre 2005 - Schede n 48.148

Aggregati per apparati e funzioni -	n° affetti	Tasso
Y) stato di tossicodipendenza	8.061	16,74%
W) Deficit della masticazione	7.996	16,61%
O) Malattie osteo-articolari - patologie di origine post-traumatica	5.028	10,44%
S) Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche	3.446	7,16%
P) Malattie gastrointestinali	3.336	6,93%
I) Malattie respiratorie	2.146	4,46%
M) Malattie epato-biliari	2.114	4,39%
S1) Malattie mentali: comprende tutte le malattie mentali escluso la depressione	1.923	3,99%
X) Piaghe da decubito o malattie Dermatologiche	1.734	3,60%
Z) Malattie infettive (escluso malattia da HIV)	1.574	3,27%
Q) Malnutrizione	1.320	2,74%
V) Deficit sensoriali (malattie di pertinenza Otorinolaringoiatrica e/o Oculistica)	1.227	2,55%
R) Malattie del sistema nervoso centrale - Malattie Neurologiche	1.116	2,32%
N) Malattie renali e dell'apparato urogenitale	945	1,96%
U) Anemia o Altre malattie a carico del sistema emopoietico	880	1,83%
E) Ipertensione arteriosa	738	1,53%
H) Diabete mellito	494	1,03%
Z1) Malattia da HIV (Secondo Classificazione CDC DI Atlanta)	385	0,80%
G) Vasculopatie periferiche	320	0,66%
A) Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite	305	0,63%
H1) Malattie endocrine	279	0,58%
J) Malattie Ginecologiche	265	0,55%
B) Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie ischemiche	248	0,52%
T) Deterioramento mentale	214	0,44%
C) Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia organica ed ischemica	176	0,37%
L) Neoplasie maligne	74	0,15%
F) Accidenti vascolari cerebrali	49	0,10%
D) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache	41	0,09%
K) Malattie neonatali	8	0,02%

Ideazione , sviluppo ed elaborazione : Dr. Vincenzo De Donatis, Dr. Orlando Sagulo

Analisi per gruppi di patologie

Tab 4

Indice di Stato di Salute

Stati Patologici

Raccolta dati - Aprile 2004 - Dicembre 2005 - Schede n° 22.641

Distribuzione altre patologie nei pazienti tossicodipendenti

Aggregati per apparati e funzioni - Ordinate per frequenza

n° affetti

*(a)

M) Malattie epato-biliari	5.839	257,89
W) Deficit della masticazione	3.734	164,92
Z) Malattie infettive (escluso malattia da HIV)	3.638	160,68
S) Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche	3.430	151,50
O) Malattie osteo-articolari - patologie di origine post-traumatica	2.568	113,42
St) Malattie mentali: comprende tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione che viene considerata a	1.933	85,38
F) Malattie gastro intestinali	1.868	82,51
Zt) Malattia da HIV (Secondo Classificazione CDC DI Atlanta)	1.389	61,35
I) Malattie respiratorie	1.122	49,56
Q) Malnutrizione	1.000	44,17
X) Piaghe da decubito o malattie Dermatologiche	860	37,98
U) Anemia o Altre malattie a carico del sistema emopoietico	737	32,55
R) Malattie del sistema nervoso centrale - Malattie Neurologiche	659	29,11
V) Deficit sensoriali (malattie di pertinenza Otorinolaringiatrica e/O Oculistica)	614	27,12
N) Malattie renali e dell'apparato urogenitale	471	20,80
E) Ipertensione arteriosa	358	15,81
G) Vasculopatie periferiche	308	13,60
T) Deterioramento mentale	275	12,15
H) Diabete mellito	244	10,78
A) Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie	174	7,69
Ht) Malattie endocrine	141	6,23
B) Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemica.	126	5,57
C) Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia organica ed ischemica.	101	4,46
L) Neoplasie maligne	67	2,96
P) Accidenti vascolari cerebrali	40	1,77
J) Malattie Ginecologiche	40	1,77
D) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es. cuore polmonare cronico, insufficienza renale.	30	1,33
K) Malattie neonatali	7	0,31

*(a) Tasso del mille persone

Ideazione, sviluppo ed elaborazione: Dr. Vincenzo De Donatis, Dr. Orlando Sagulo

Tab 5

Indice di Stato di Salute

Stati Patologici

Raccolta dati - Aprile 2004 - Dicembre 2005 - Schede n. 10.837

S) Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche

Aggregati per apparati e funzioni - Ordinate per frequenza

	n° affetti	* (a)
Y) stato di tossicodipendenza	3.430	316,51
W) Deficit della masticazione	3.117	287,63
O) Malattie osteo-articolari - patologie di origine post-traumatica	2.372	218,88
M) Malattie epato-biliari	2.113	194,98
P) Malattie gastro intestinali	2.001	184,65
Z) Malattie infettive (escluso malattia da HIV)	1.480	136,57
SI) Malattie mentali: comprende tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione che viene considerata a	1.264	116,64
I) Malattie respiratorie	1.008	93,01
Q) Malnutrizione	936	86,37
E) Ipertensione arteriosa	824	76,04
V) Deficit sensoriali (malattie di pertinenza Otorinolaringoiatrica ed Oculistica)	779	71,88
X) Piaghe da decubito o malattie Dermatologiche	730	67,36
U) Anemia o Altre malattie a carico del sistema empoietico	627	57,86
N) Malattie renali e dell'apparato urogenitale	585	53,98
R) Malattie del sistema nervoso centrale - Malattie Neurologiche	580	53,52
T) Deterioramento mentale	389	35,90
Z1) Malattia da HIV (Secondo Classificazione CDC DI Atlanta)	365	33,68
H) Diabete mellito	331	30,54
G) Vasculopatie periferiche	324	29,90
B) Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemica.	321	29,62
HI) Malattie endocrine	258	23,81
A) Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie	235	21,68
C) Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia organica ed ischemica.	230	21,22
F) Accidenti vascolari cerebrali	116	10,70
L) Neoplasie maligne	84	7,75
J) Malattie Ginecologiche	49	4,52
D) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es. cuore polmonare cronico, insufficienza renale.	48	4,43
K) Malattie neonatali	2	0,18

*** (a) Tasso del mille persone**

Ideazione , sviluppo ed elaborazione : Dr. Vincenzo De Donatis, Dr. Orlando Sagulo

Analisi per Provveditorato Regionale

Tab 7

Valutazione dello Stato di salute

Raccolta dati - Aprile 2004 - Dicembre 2005 - Schede n° 116.475

Stato di salute		Buono		Discreto		Mediocre		Grave		Compromesso	
PROVVEDITORATO	(a)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)
ABRUZZO	2.412	832	34,49%	1.329	55,10%	166	6,88%	69	2,86%	16	0,66%
BASILICATA	549	125	22,77%	329	59,93%	75	13,66%	17	3,10%	3	0,55%
CALABRIA	5.720	2.109	36,87%	3.122	54,58%	353	6,17%	111	1,94%	25	0,44%
CAMPANIA	9.900	5.165	52,17%	3.981	40,21%	498	5,03%	129	1,30%	127	1,28%
EMILIA	13.408	4.787	35,70%	6.572	49,02%	1.075	8,02%	766	5,71%	208	1,55%
LAZIO	5.133	1.833	35,71%	2.660	51,82%	406	7,91%	164	3,20%	70	1,36%
LIGURIA	2.173	610	28,07%	1.251	57,57%	196	9,02%	54	2,49%	62	2,85%
LOMBARDIA	20.656	8.668	41,96%	9.668	46,80%	1.486	7,19%	395	1,91%	439	2,13%
MARCHE	1.242	465	37,44%	626	50,40%	111	8,94%	36	2,90%	4	0,32%
PIEMONTE	19.433	4.760	24,49%	11.690	60,16%	1.922	9,89%	738	3,80%	323	1,66%
PUGLIA	9.999	4.398	43,98%	4.871	48,71%	427	4,27%	232	2,32%	71	0,71%
SARDEGNA	2.955	748	25,31%	1.507	51,00%	480	16,24%	163	5,52%	57	1,93%
SICILIA	3.855	1.113	28,87%	2.063	53,51%	452	11,73%	101	2,62%	126	3,27%
TOSCANA	9.588	3.084	32,17%	4.879	50,89%	1.048	10,93%	434	4,53%	143	1,49%
UMBRIA	1.955	442	22,61%	914	46,75%	320	16,37%	155	7,93%	124	6,34%
VENETO	7.497	3.682	49,11%	3.213	42,86%	406	5,42%	149	1,99%	47	0,63%
ITALIA	116.475	42.821	36,76%	58.675	50,38%	9.421	8,09%	3.713	3,19%	1.845	1,58%

(a) : n° schede raccolte

(b) : Percentuale rispetto al n° di schede raccolte

Ideazione , sviluppo ed elaborazione : Dr. Vincenzo De Donatis, Dr. Orlando Sagulo

Tab 8

Valutazione dello Stato di salute POP. ITALIANA

Raccolta dati - Aprile 2004 - Dicembre 2005 - Scheda n° 69.066

Stato di salute		Buono		Discreto		Mediocre		Grave		Compromesso	
PROCENTUALE	(a)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)
ABRUZZO	1.874	571	30,47%	1.083	57,79%	142	7,58%	64	3,42%	14	0,75%
BASILICATA	451	94	20,84%	274	60,75%	66	14,63%	14	3,10%	3	0,67%
CALABRIA	4.873	1.695	34,78%	2.735	56,13%	315	6,46%	104	2,13%	24	0,49%
CAMPANIA	8.520	4.155	48,77%	3.671	43,09%	457	5,36%	117	1,37%	120	1,41%
EMILIA	7.028	1.699	24,17%	3.645	51,86%	861	12,25%	648	9,22%	175	2,49%
LAZIO	3.200	889	27,78%	1.805	56,41%	318	9,94%	129	4,03%	59	1,84%
LIGURIA	1.154	265	22,96%	696	60,31%	113	9,79%	36	3,12%	44	3,81%
LOMBARDIA	9.673	2.749	28,42%	5.112	52,85%	1.120	11,58%	324	3,35%	368	3,80%
MARCHE	680	159	23,38%	391	57,50%	96	14,12%	30	4,41%	4	0,59%
PIEMONTE	8.611	1.609	18,69%	4.842	56,23%	1.306	15,17%	586	6,81%	268	3,11%
PUGLIA	8.485	3.406	40,14%	4.380	51,62%	405	4,77%	224	2,64%	70	0,82%
SARDEGNA	2.008	474	23,61%	948	47,21%	396	19,72%	139	6,92%	51	2,54%
SICILIA	3.196	865	27,07%	1.722	53,88%	399	12,48%	94	2,94%	116	3,63%
TOSCANA	5.283	1.199	22,70%	2.793	52,87%	814	15,41%	356	6,74%	121	2,29%
UMBRIA	1.228	181	14,74%	573	46,66%	266	21,66%	125	10,18%	83	6,76%
VENETO	2.802	989	35,30%	1.367	48,79%	292	10,42%	116	4,14%	38	1,36%
ITALIA	69.066	20.999	30,40%	36.037	52,18%	7.366	10,67%	3.106	4,50%	1.558	2,26%

(a) : n° schede raccolte

(b) : Percentuale rispetto a n° di schede raccolte

Ideazione , sviluppo ed elaborazione : Dr. Vincenzo De Donatis, Dr. Orlando Sagulo

Tab 9

Valutazione dello Stato di salute POP. NON ITALIANA

Raccolta dati - Aprile 2004 - Dicembre 2005 - Schede n° 48.148

Stato di salute		Buono		Discreto		Mediocre		Grave		Compromesso	
PROVINCIA	(a)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)
ABRUZZO	538	261	48,51%	246	45,72%	24	4,46%	5	0,93%	2	0,37%
BASILICATA	98	31	31,63%	55	56,12%	9	9,18%	3	3,06%	0	0,00%
CALABRIA	847	414	48,88%	387	45,69%	38	4,49%	7	0,83%	1	0,12%
CAMPANIA	1.380	1.010	73,19%	310	22,46%	41	2,97%	12	0,87%	7	0,51%
EMILIA	6.966	3.132	44,96%	3.270	46,94%	316	4,54%	202	2,90%	46	0,66%
LAZIO	1.933	944	48,84%	855	44,23%	88	4,55%	35	1,81%	11	0,57%
LIGURIA	1.019	345	33,86%	555	54,47%	83	8,15%	18	1,77%	18	1,77%
LOMBARDIA	10.983	5.919	53,89%	4.556	41,48%	366	3,33%	71	0,65%	71	0,65%
MARCHE	562	306	54,45%	235	41,81%	15	2,67%	6	1,07%	0	0,00%
PIEMONTE	10.824	3.151	29,11%	6.850	63,29%	616	5,69%	152	1,40%	55	0,51%
PUGLIA	1.514	992	65,52%	491	32,43%	22	1,45%	8	0,53%	1	0,07%
SARDEGNA	947	274	28,93%	559	59,03%	84	8,87%	24	2,53%	6	0,63%
SICILIA	659	248	37,63%	341	51,75%	53	8,04%	7	1,06%	10	1,52%
TOSCANA	4.305	1.885	43,79%	2.086	48,46%	234	5,44%	78	1,81%	22	0,51%
UMBRIA	878	278	31,66%	429	48,86%	84	9,57%	40	4,56%	47	5,35%
VENETO	4.695	2.693	57,36%	1.846	39,32%	114	2,43%	33	0,70%	9	0,19%
ITALIA	48.148	21.983	45,45%	23.071	47,92%	2.187	4,54%	701	1,46%	306	0,64%

(a) : n° schede raccolte

(b) : Percentuale rispetto al n° di schede raccolte

Ideazione , sviluppo ed elaborazione : Dr. Vincenzo De Donatis, Dr. Orlando Sagulo

Analisi dei risultati

Lo strumento adottato risente di alcuni difetti malgrado un indice di adesione elevato, con differenze di uso ipotizzabili nelle varie Regioni (tabelle 7, 8, 9). Esso rappresenta una fotografia dello stato di salute dei detenuti con un potere di definizione ancora limitato sia tecnicamente che tecnologicamente, anche per oggettivi limiti economici. E' sicuramente necessaria una "focalizzazione" maggiore. Siamo convinti, in eguale misura, che i medici penitenziari abbiano portato, alla conoscenza del proprio settore di attività, un contributo che, per provocatorio, che possa essere, per semplice che possa essere, rappresenta un sassolino in uno stagno, le cui acque chete nascondono problemi che, per essere risolti veramente, implicano scelte profondamente innovative, i cui costi possono essere graduati in base a priorità condivise. Nel commentare le tabelle proposte non ci limitiamo a descrizioni, incroci di dati, deduzioni, proviamo a presentare alcune proposte che hanno alla base la medicina e le sue conoscenze scientifiche, che possono, sicuramente, essere ampliate con ulteriori più ampie, valutazioni. Un punto di riferimento, per comprendere meglio la validità ed il contenuto delle tabelle presentate, sono i dati puntuali relativi alla presenza dei detenuti per classi di età nelle carceri italiane, pubblicato dal Bollettino dell'Amministrazione Penitenziaria, relativamente al 1995.

POPOLAZIONE DETENUTA PER ETÀ
SITUAZIONE AL 31/12/05

Classi d'età	Donne	Uomini	Totale	%
Da 18 anni a 20 anni	90	1.280	1.370	2,30
Da 21 anni a 29 anni	680	13.722	14.402	24,20
Da 30 anni a 39 anni	960	20.751	21.711	36,47
Da 40 anni a 49 anni	695	12.993	13.688	23,00
50 anni ed oltre	376	7.914	8.290	13,93
Età non rilevata	3	59	62	0,10
Totale	2.804	56.719	59.523	100,00

La tabelle presentate riguardano tutte le ultime schede esaminate nei soggetti per i quali è stata compilata più di una scheda. Tale determinazione è necessaria perchè un soggetto può avere più accessi nello stesso istituto o in istituti diversi.

Nell'analisi generale, nella Tabella 1 si evidenzia come almeno **un detenuto su cinque è un tossicodipendente**, due terzi sono italiani e in un terzo non italiani. La distribuzione non si discosta dai dati ufficiali, puntuali dell'Amministrazione Penitenziaria, che si riferiscono ai tossicodipendenti presenti.

DETENUTI TOSSICODIPENDENTI						
SITUAZIONE AL 31/12/2005						

	Tossicodipendenti		Alcoidipendenti		In tratt. Metadonico	
	valori assoluti	% sui presenti	valori assoluti	% sui presenti	valori assoluti	% sui presenti
Donne	615	21,9	53	1,9	148	5,3
Uomini	15.520	27,4	1.281	2,3	1.784	3,1
Totale	16.135	27,1	1.334	2,2	1.932	3,3

La doppia diagnosi è probabile in almeno 5-6 tossicodipendenti su 10, uno è straniero.

Relativamente al dato relativo ai soggetti con **malattia mentale (esclusa la depressione)**, item S1, circa **3-4 su 20 detenuti**; pare opportuno ricordare che gli ospiti degli O.P.G. sono circa 1200 su 40.000 reclusi, mentre a questo gruppo potrebbero appartenere circa almeno altri 1500 soggetti, dispersi nelle carceri italiane, è un dato di per sè preoccupante che da solo giustifica la necessità di approfondire l'indagine, dati i risvolti che può comportare, sia dal punto di vista della sicurezza che del trattamento ma forse anche dal punto di vista della adeguatezza delle cure che si possono offrire in termini di risorse umane e ambientali . Tre soggetti su venti presentano almeno una situazione di **disagio psichico** che **si allarga a 36 su 100** se aggregassimo nella categoria del disagio psichico anche i tossicodipendenti. E' probabile che si debba migliorare la capacità di distinguere i soggetti con disagio sociale rispetto a quelli affetto da disagio psichico, d'altronde non è facile fare diagnosi di malattia psichiatrica in carcere, dove, spesso, non è nota e non per

incapacità degli specialisti ma per le difficoltà del contesto, sia in senso diagnostico che terapeutico. Il disturbo di personalità antisociale sembra il dato prevalente e, comunque, quando presente, mette a dura prova la capacità di trattamento, e non raramente i soggetti vengono avviati alle sezioni di osservazione psichiatrica previste in alcuni istituti, al di fuori degli OPG, o nei reparti di diagnosi e cura delle locali aziende sanitarie. Lasciando un giudizio sulla valenza terapeutica degli OPG, a veri specialisti del settore, **pare opportuno insistere sulla necessità che la psicopatologia abbia a disposizione strutture differenti per indirizzare soggetti con diversi livelli di psicopatologia e differenti percorsi nell'ambito penale**, come ad esempio potrebbero essere residenze al di fuori del carcere, gestite con i presidi psichiatrici del territorio per i soggetti a bassa pericolosità, che, in particolare, in fase di dimissione dal penitenziario, vi possano passare un periodo di preparazione al ritorno in libertà, o, vi possano essere ospitati, prima di un possibile accesso in carcere.

In Italia sono pubblicati dati epidemiologici che evidenziano una prevalenza della patologia psichiatrica nel 10% dell'intera popolazione. Siamo convinti che, pur se i limiti della diagnosi psichiatrica in carcere non siano trascurabili, in ogni caso siamo di fronte ad una diversa, molto più elevata concentrazione, rispetto alla popolazione normale, tale da far ritenere che sia indispensabile un'azione concreta di maggiore definizione.

Al momento, per quanto riguarda i detenuti ospiti degli Ospedali Psichiatrici, Giudiziari, utile riferimento è il lavoro svolto nel 2001 da V. Andreoli che ha classificato le patologie riscontrate sui ricoverati sulla base del DSM IV.

CATEGORIE DIAGNOSTICHE	TOTALE	% SUL TOTALE
Disturbi schizofrenici	478	37,3
Disturbi psicotici	307	23,9
Disturbi di personalità	190	14,8
Ritardo mentale	107	8,3
Disturbi dell'umore	34	2,7
Disturbi dell'ansia	28	2,2
Disturbi correlati all'alcool	20	1,6
Altre	66	5,1
Diagnosi dubbie	44	3,4
Nessuna patologia psichiatrica	8	0,6
TOTALE	1282	100,0

Non siamo in grado di conoscere la distribuzione delle patologie psichiatriche nei soggetti detenuti nelle carceri ordinarie, non conosciamo quanti sono affetti da occasionale stato ansioso, ma abbiamo la certezza che **almeno occasionalmente un detenuto su 2 è soggetto a trattamento psico-farmacologico**, con l'obbligo, probabilmente, non garantito dagli infermieri, di assicurare che i farmaci vengano assunti, e non resi disponibili per commerci illegali all'interno delle sezioni. Un compito improbo e non rispettoso del libero arbitrio di soggetti adulti, informati e consenzienti. Chi ha potuto assistere a quanto può accadere nelle sezioni al passaggio della terapia, non ha difficoltà a comprendere la delicatezza del lavoro dell'infermiere, il rischio di errori, che aumenta esponenzialmente con il numero di terapia distribuite e il comportamento di soggetti detenuti che, non sempre, si relazionano in modo tranquillo, contrattando continuamente sulle dosi, cercando di creare soggezione per i meno esperti. **Il carcere non è un ospedale** ma, attualmente, l'elevato numero di contatti con i sanitari pone il *problema di quanti siano i soggetti realmente malati, di quanti facciano abuso di farmaci, di quanti facciano commercio di farmaci, di come si cerchi di arginare questo fenomeno; se questo sia un aspetto conosciuto e tollerato o misconosciuto, pur essendo percentualmente il fenomeno sanitario più evidente.*

Alcuni quesiti sono inevitabili:

- Si deve accettare questo stato di fatto in una azione trattamentale o sanitaria ?
- Si tratta di un fenomeno legato realmente a patologie conclamate con i relativi aspetti organizzativi ?
- Se per i tossicodipendenti si apre il carcere, è lecito ammettere un uso così elevato di psicofarmaci, che forse servono a contenere momenti difficili verso se stessi, verso gli altri, verso l'istituzione ?
- La medicina può ammettere tale situazione senza porre e porsi dei dubbi sull'efficacia della propria azione ?
- Deve essere considerato tale dato non arginabile ?
- Se il dato fosse inesatto, sopravvalutato, non sarebbe appropriato approfondire l'entità del fenomeno per diverse azioni normative verso tale gruppo?

Ai soggetti che soffrono di depressione, 3 su 10, cosa può offrire un carcere come trattamento e recupero della capacità di affrontare una malattia così difficile? Non va valutata la possibilità di un aggravamento della situazione ?

Si corre il rischio di affermare che un carcere è simile ad un presidio territoriale, ai centri di salute mentale del territorio, si

rischia di voler “psichiatrizzare” ma, forse, è da rivedere l’organizzazione di un carcere che tratta tutti i soggetti detenuti in modo molto simile. **Forse è il caso di immaginare soluzioni diverse anche, ad esempio, con forme punitive basate sulla “riparazione” del danno provocato, lasciando al carcere le situazioni senza altre possibilità.**

La giustizia riparativa, d’altronde, ha a disposizione esperienze importanti in tutta Europa, negli Stati Uniti, rappresenta una alternativa e, a rafforzare tale proposta, interviene anche la medicina con le sue osservazioni, non solo giuristi, educatori, pedagoghi, sociologi, psicologi. Una valutazione immediata è quella di intervenire sul disagio esistente con capacità tecniche ma anche con dosi massicce di proposizione di relazione umana, possibilmente non basata su occasionalità ma su continuità.

Se ci siamo posti il problema di ciò che il carcere contiene, vogliamo porre il problema di ciò che provoca.

Abbiamo parlato dello stato di **“sospensione della vita”** che la detenzione provoca, si sospende una attività, magari lecita, **si sospende l’affettività** e magari si contribuisce a minarla con la lontananza dalla propria donna, dai propri cari, **si sospende la sessualità che**, oltre a minare l’affettività, **può portare i soggetti progressivamente a sostituirla prima con pratiche masturbatorie e, poi anche omosessuali.**

Ne scrivono in modo significativo anche medici penitenziari, **Francesco Ceraudo e Alfonso De Deo** e noi stessi poniamo il problema di una scelta improcrastinabile, dal punto di vista della civiltà giuridica e, perché no, sanitaria, su questi aspetti fondamentali della vita delle persone e quindi dei detenuti.

Il medico nel valutare lo stato di salute del detenuto deve indagare su tutto quanto attiene alla sfera psichica del soggetto, non solo all’entrata rispetto al rischio suicidarlo, deve aiutarlo, successivamente, ad esternare ciò che ha dentro “in sospeso” e che potrebbe influenzare la sua salute in vari aspetti.

Il medico penitenziario deve affinare i propri recettori verso questo tipo di sensibilità in aiuto, collaborazione, partecipazione con lo psichiatra, con lo psicologo, deve formarsi verso tale tipo di conoscenza perché il disagio psichico è in relazione diretta con la detenzione, e forse si accentua e evolve verso patologie manifeste.

La Scheda dell’Indice di Stato di Salute è progettata per evidenziare, eventualmente, tale progressione, anche se al momento non sono disponibili dati.

Un dato rilevante è che il carcere genera manifestazioni eclatanti di contrapposizione, a testimonianza di un malessere strisciante che non si può trascurare ma con cui occorre misurarsi. Si tratta di manifestazioni tipiche dell'ambiente penitenziario, un linguaggio particolare con cui il detenuto sopprime la propria rabbia interiore e libera l'aggressività distruttiva contro se stesso, attirando l'attenzione degli operatori penitenziari.

Se ne può trovare conferma nei dati rilevati dal Bollettino dell'Amministrazione Penitenziaria relativo all'anno 2005, in cui si presentano anche i dati relativi ai decessi, in carcere dei reclusi.

	ITALIANI			STRANIERI			TOTALE		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Atti di autolesionismo	2.615	188	2.803	2.583	95	2.678	5.198	283	5.481
	6,85%	12,27%	7,06%	14,37%	7,43%	13,91%	9,26%	10,07%	9,30%
Tentati suicidi	423	38	461	278	11	289	701	49	750
	1,11%	2,48%	1,16%	1,55%	0,86%	1,50%	1,25%	1,74%	1,27%
Suicidi	36	5	41	15	1	16	51	6	57
	0,09%	0,33%	0,10%	0,08%	0,08%	0,08%	0,09%	0,21%	0,10%
Decessi per cause natu	95	4	99	14	2	16	109	6	115
	0,25%	0,26%	0,25%	0,08%	0,16%	0,08%	0,19%	0,21%	0,20%

I decessi per cause naturali riguardano lo 0,2% dei detenuti, ovvero 2 detenuti ogni 1000. Questo tasso è potrebbe essere doppio rispetto a quanto avviene nei cittadini liberi in cui il dato è di 1 morto per arresto cardiaco ogni 1000 persone. Occorre dire che molti dei detenuti nelle condizioni più precarie di salute ottengono benefici di legge che consentono di uscire dal carcere, diminuendo in tal modo il numero di soggetti a rischio di decesso.

Alcune domande sono opportune:

- Possiamo fare qualcosa per ridurre queste morti ?
- L'indice di Stato di Salute può aiutarci a scegliere strategie di intervento ?

L'ipertensione arteriosa è presente in circa 5 detenuti su 100, di questi l'85% è composto da italiani. Almeno 2 ristretti su 100 sono diabetici, quasi tutti italiani, almeno 1 detenuto su 100 è portatore di patologia di pertinenza cardiovascolare, nei vari stadi, è un italiano al 90%. A questo proposito, complessivamente possiamo considerare che circa 400 sono i cardiopatici presenti nei penitenziari. Probabilmente compresi, in larga maggioranza, nel

13,9% di detenuti che appartengono alla classe di età maggiore dei 50 anni.

Sarebbe opportuno considerare, se debbono restare in carcere, se si debbano concentrare in Istituti capaci di fornire assistenza adeguata, caratterizzati da una importante azione di prevenzione, rispetto alla miocardiopatia ischemica, alla cui patogenesi concorrono in modo importante il fumo, attivo e passivo, ipertensione, diabete, la sindrome metabolica e, fattore da non sottovalutare almeno nelle patologie del ritmo cardiaco, l'abuso di caffeina, tutti elementi tipici della vita penitenziaria. Con questa co-morbilità si può affermare che **circa 10 detenuti su 100 possono essere a rischio di eventi coronarici, ma occorre comprendere anche i soggetti con disagio psichico, almeno quelli ad indice grave o compromesso in cui l'uso di farmaci antipsicotici, ad esempio, può concorrere a determinare un ulteriore rischio da non sottovalutare, oltre quello generato dallo stress da detenzione.** Aggregare rispetto alla prevalenza delle malattie cardiovascolari le patologie psichiatriche, depressione compresa, può trovare conferma nell'evidenza che **30 sono i malati psichiatrici su 100 detenuti cardiopatici. Il settore delle patologie cardio-vascolari, e della loro prevenzione costituisce, di conseguenza, un vasto campo fra le patologie prevalenti, che si amplifica ancora di più se si esamina il gruppo dei tossicodipendenti, tra i quali almeno uno su dieci è cardiopatico.** Si tratta per lo più di italiani. **Non possiamo sottovalutare, fra i fattori di rischio, la convivenza coatta, in particolare con individui di diversa cultura e atteggiamento detentivo; non si può negare che una convivenza forzata possa causare importanti frustrazioni e somatizzazioni.** Vi sono buoni motivi per ritenere che per i detenuti cardiopatici, in stato di salute compromesso o grave, debba essere valutata in prima istanza l'opportunità della pena detentiva, e se questa è inevitabile, una discreta frequenza di controlli clinico-strumentali, un'assegnazione in Istituti che siano prossimi ad Ospedali, attrezzati con Unità Coronarica, raggiungibili in ambulanza in pochi minuti, oltre ad un'organizzazione che sappia garantire un monitoraggio continuo, una alimentazione adeguata, la riflessione su uno stile di vita non consoni allo stato clinico, una adeguata disponibilità di mezzi di soccorso all'interno dell'istituto penitenziario, defibrillatore, strumenti e personale formato nella cardio-rianimazione, sottoposto a re-training periodico per garantire meglio l'eventuale soccorso d'urgenza ai 40-80 detenuti che, in un anno, sono a rischio di arresto cardiaco per cause naturali (1 ogni 1000 soggetti nella popolazione libera, 2 ogni 1000 in quella detenuta). *Occorre, peraltro,*

considerare che il tentativo di creare sezioni dedicate ai cardiopatici, in pochi Istituti con attrezzature adeguate comporta per molti di loro l'allontanamento dai familiari e un aggravamento delle condizioni psicologiche, cosa che nel trattamento delle gravi cardiopatie ischemiche si dovrebbe evitare, come si dovrebbe evitare la loro detenzione in Istituti ad elevato rischio di tensione o istituti dove non è facile garantire un adeguato stile di vita dal punto di vista dell'alimentazione e del movimento componenti fondamentali della terapia nei soggetti a rischio. Ribadiamo che l'indicazione più corretta sarebbe dichiarare l'incompatibilità con il regime penitenziario e la detenzione domiciliare.

Abbiamo già detto **che almeno 2 detenuti su 100 sono diabetici.**

Il diabete è una patologia che risente negativamente dello stress, della mancanza di movimento, della difficoltà di poter impostare una dieta corretta e, in carcere, risente dei comportamenti manipolatori di chi ne è soggetto, è patologia con costi assistenziali elevati nel progredire dell'età, se non si attua una prevenzione secondaria appropriata. Accade spesso che il detenuto abbia interesse, più che giustificabile, a ricercare benefici di legge attraverso il tentativo di evidenziare come nel carcere non sia possibile curare certe patologie, questa forma di autolesionismo è tipica del carcere e forse indice di fallimento di qualsiasi forma di trattamento. Non sono infrequenti casi di rifiuto dell'assunzione dell'insulina per raggiungere livelli glicemici tali da tenere in allarme un intero Istituto. In queste situazioni il controllo dell'alimentazione, il counseling, un trattamento personalizzato sul versante dell'assistenza psicologica potrebbe evidenziare le capacità di affrontare manipolazioni, disagi, comportamenti ostruzionistici, sostituendoli con informazione, rispetto, condivisione, accrescimento della consapevolezza dei danni prodotti da un atteggiamento autolesionistico.

A proposito di malattie degenerative non si possono trascurare le patologie osteo-muscolo-articolari, 13 soggetti su 100 ne sono portatori, a testimonianza di uno stato fisico particolarmente esposto a agenti fisici, per lo più, che possono provocare patologie invalidanti temporaneamente o definitivamente, che impegnano l'AP. a dover garantire cure fisioterapiche costose e continue, in un settore soggetto a notevole domanda nell'universo sanitario esterno al carcere, al punto da rendere difficoltoso trovare fisioterapisti o fisioterapisti disponibili a lavorare in carcere alle tariffe dell'AP. Occorre dire, inoltre, che l'attività fisica praticata nelle strutture carcerarie, per lo più in ambienti ricavati in cortili, delimitati da mura e con fondo in cemento, facilitano in modo impressionante la

possibilità di traumi, anche gravi, che vanno a rendere ancora più problematica la detenzione. La necessità di ambienti adeguati allo svolgimento dell'attività fisica è indiscutibile, come la necessità della presenza di un fisioterapista che sappia modulare l'approccio di persone che non la praticano da tempo e possono incorrere in seri rischi di traumi e danni organici.

Le patologie gastro-intestinali croniche colpiscono 1 detenuto su 10 ed è facile immaginare quanto possono concorrere nella patogenesi abitudini particolari nella preparazione dei cibi, il caffè, il fumo, lo stress, i farmaci (FANS in particolare). Il problema della gestione delle cucine nei penitenziari è un aspetto molto delicato e assolutamente fondamentale appare il rispetto delle norme igieniche e la preparazione ed il rispetto in ogni istituto di procedure standard, relative alla consegna, ricezione, immagazzinamento, conservazione, manipolazione, preparazione, distribuzione degli alimenti. E' certo che un elemento importantissimo per la socialità dei detenuti è il cucinare, cui molti provvedono in proprio, in celle la cui destinazione è diversa e non idonea dal punto di vista igienico. Non è nota la prevalenza di casi di salmonellosi, di gastroenteriti acute o di epatite A.

Tra le malattie infettive, **l'infezione da HIV** costituisce interesse specifico nell'Amministrazione Penitenziaria, nel Bollettino del 2005 si riscontra:

DETENUTI AFFETTI DA HIV SECONDO GLI STADI DI INFEZIONE
SITUAZIONE AL 31/12/2005

	Asintomatici	Sintomatici	Affetti da malattie indicative di Aids	Totale
Donne	83	22	8	113
Uomini	898	333	148	1.379
Totale	981	355	156	1.492

Dalla nostra indagine risulta che i reclusi affetti da HIV sono il 2,07%, in aderenza con le cifre rese disponibili dall'Amministrazione Penitenziaria. **La cifra è da considerarsi sottostimata,** è parere di vari infettivologi penitenziari che la

percentuale possa essere tripla, intorno al 7,5% e questo è un dato che sembra confermato dalla prevalenza riscontrata nelle analisi delle schede in relazione alla percentuale di **soggetti che si sottopongono al test, circa il 30%.**

Proprio questo dato diviene un indice della qualità dell'azione di Medici ed Infermieri Penitenziari; ed è una percentuale che deve migliorare.

Per quanto riguarda le **patologie epato-biliari** il dato rilevabile nella tabella 1, si riferisce al complesso delle malattie epato-biliari, è un dato generico, fa ritenere che ne siano soggetti 10 detenuti su 100, fra questi, nel nostro dato, possono essere compresi oltre i portatori di epatite cronica anche soggetti con cirrosi epatica da abuso alcolico. E' questo un caso che, alla luce delle necessità epidemiologiche attuali, richiede una maggiore definizione. **Nella tabella 4. relativa ai tossicodipendenti i portatori di epatopatie risultano essere almeno 1 su 4 detenuti, e almeno 6 su 100 sono HIV positivi.**

Le malattie broncopolmonari riguardano 3-4 detenuti su 10, il fumo ne è la causa principale, i costi sociali dell'abitudine tabagica sono elevatissimi, **eppure in carcere fumare è irrinunciabile, perché "l'ansia si spegne accendendo una sigaretta".** Le patologie sono comprese tra la bronchite cronica e l'enfisema. **Un dato che preoccupa è relativo alla tubercolosi** sebbene in Italia, secondo uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità, la prevalenza sia scesa in dieci anni da 10 a 7 casi ogni 100.000 abitanti nel 2005, tale da classificare il nostro paese al di sotto dei limiti che definiscono la bassa prevalenza della tbc. **Dati del 1994,** pubblicati da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, **fanno ritenere che un detenuto abbia una percentuale di rischio di circa 30 volte superiore, rispetto all'uomo libero, di contrarre la TB** Su questa base viene offerta come screening l'intradermo-reazione di Mantoux, il test viene eseguito da circa il 30% dei detenuti, il 25% dei soggetti è cuti-positivo, ciò significa **che 75 detenuti su cento probabilmente non hanno mai avuto contatto con il bacillo tubercolare e corrono il rischio di contrarre l'infezione in carcere.** Come in moltissimi altri Paesi, non esistono o sono stati smobilitati sistemi di rilevamento e controllo del fenomeno ed è facile intuire le implicazioni di tutto ciò all'interno dei penitenziari, ove la concentrazione di gruppi particolari quali HIV positivi, alcoolisti, tossicodipendenti, soggetti provenienti da zone ad alta prevalenza, costituisce una **pericolosa miscela favorente la tubercolosi, e le temibili forme emergenti di TB multi-farmaco-resistente.** Occorre dare atto all'AP di aver dato indicazioni adeguate per la prevenzione.

La nostra ipotesi è che le malattie infettive, in generale, possano interessare, con aspetti di Co-morbosità, almeno 1 detenuto su 10, ovvero almeno 4000 detenuti allo stato attuale. Per loro natura necessitano di interventi di counseling, strategie di prevenzione, capacità diagnostiche importanti, si tratta di patologie di grandissima rilevanza sociale, verso cui deve essere indirizzata la formazione dei sanitari dei penitenziari, in particolare verso le malattie infettive emergenti, ad es. dengue, malaria e verso malattie tipiche delle comunità, pediculosi, scabbia e malattie sessualmente trasmesse (MST).

Circa 10 detenuti su 1000 possono essere portatori di deterioramento mentale, insufficienza cardiaca congestizia, esiti di accidenti vascolari cerebrali, malattie neoplastiche. Si potrebbe ipotizzare che vi possono essere in carcere, attualmente, circa 400 detenuti in condizioni di salute veramente precarie, indice 3 e 4, che necessitano di assistenza e cure di costo elevato. Sarebbe interessante determinare se l'indulto ha modificato positivamente questa attesa o addirittura ha contribuito ad elevare la percentuale di malati presenti. Ci si chiede, se questa è la realtà, se vi sia un rapporto costo/beneficio positivo in tali forme di detenzione, anche tralasciando le implicazioni umane etiche, che comunque comportano tali situazioni.

Di rilievo le patologie croniche dermatologiche e i disturbi sensoriali dell'udito e della vista, che sono presenti in almeno 1 soggetto su 10 e che da soli aprono importanti riflessioni sull'esposizione ai rumori, sulla luminosità degli ambienti, sulla percezione dei fenomeni.

Interessante il confronto fra la popolazione detenuta italiana e quella dei non italiani (tabelle 2-3). Il confronto fra i 2 gruppi è a sfavore dei detenuti italiani, dove prevalgono nettamente malattie epatobiliari, cardiopatie, ipertensione, depressione, malattie mentali, malattie pneumologiche e malattie infettive.

Lascia perplessi l'indicazione relativa alla presenza di malattie neonatali, pediatriche, questo dato merita di essere approfondito, anche se dei bimbi in carcere sono stati, almeno temporaneamente presenti con le madri detenute.

La valutazione della tabella 5 relativa al gruppo affetto da depressione pone in luce come almeno 3 su 10 affetti siano tossicodipendenti, e 2 affetti da patologia epato-biliare. Aumenta in questo gruppo la co-morbilità per cardiopatia ischemica, per ipertensione, per diabete mellito, per malattie respiratorie, infettive e gastrointestinali che si presentano in 2 individui ogni 10.

Relativamente alla tabella 6, al gruppo dei cardiopatici, la frequenza di co-morbilità con vari tipi di patologia fa pensare che i soggetti che vi appartengono siano fra i detenuti che richiedono interventi sanitari importanti e di particolare attenzione perché portatori di più patologie croniche. In particolare almeno 2 su trenta sono portatori di diabete mellito e 2 su dieci hanno anche patologie polmonari o gastrointestinali. 2 soggetti su 10 hanno Co-morbilità per depressione.

L'analisi relativa ai dati raccolti nei vari Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria mette in luce una discreta omogeneità nella raccolta dati, con differenze di distribuzione che risentono della tipologia degli istituti rispetto alle finalità assistenziali e delle modalità con cui si è attivata la metodologia, che avrebbe richiesto maggiori possibilità e risorse.

Nelle Regioni sede di CDT e OPG, con qualche eccezione, si riscontra una maggiore percentuale di presenze di detenuti in condizioni di salute precarie, con indice compreso fra 3 e 4. Tali presenze variano in media tra il 4% e il 7%. Alcuni dati lasciano dubbi, ma le percentuali complessive sono quelle attese dallo studio del campione di 13.000 detenuti raccolto in Emilia, ottenuto analizzando i dati di gestione derivati dalla cartella clinica informatizzata, in uso negli istituti della regione.

Un riscontro interessante è quello che deriva dal confronto dei dati di salute fra popolazione italiana e non italiana. **E' evidente che i detenuti fra i quali le condizioni di salute sono peggiori sono gli italiani, con una distribuzione degli indici 3 e 4 del 6,76 % contro il 2, 10%.** In realtà la popolazione non italiana è mediamente più giovane.

Relativamente ai "non italiani" la percentuale dei soggetti in salute buona o discreta raggiunge il 92% contro l'86% della popolazione italiana.

Questo dato probabilmente anticipa lo stato demografico dei penitenziari dei prossimi anni che probabilmente saranno caratterizzati da un progressivo aumento della percentuale di detenuti non italiani. In questo caso dovrà trasformarsi progressivamente la tipologia di intervento della medicina penitenziaria che dovrà entrare in una dimensione trans-culturale, trans-religiosa per essere adeguata alle necessità che emergeranno, che potranno comportare anche una diversa dimensione del corpo e della malattia, secondo i modelli culturali di provenienza a meno che non si scelga di rafforzare la dimensione del medico penitenziario come "medico del sintomo" ovvero dell'"uomo decapitato".

I dati prodotti dalla raccolta di schede possono essere estesi ad esempio all'analisi delle differenze regionali, locali, fra uguali tipologie di Istituti, a distribuzioni relative alle classi di età, al sesso, alla provenienza ricavando molte altre informazioni ma è evidente che la conoscenza di queste distribuzioni, per parziale che possa essere, è perfezionabile sia nell'architettura della scheda, sia nel numero che nelle etichette degli item, sia e soprattutto nel coinvolgimento dell'Amministrazione Penitenziaria, sia e soprattutto nel coinvolgimento dei medici penitenziari che, se hanno aderito progressivamente in grandissima maggioranza, possono e debbono migliorare la loro partecipazione.

Si intuisce come, pur mantenendo l'attuale organizzazione dei penitenziari, si possa favorire una pianificazione mirata negli interventi assistenziali sia per l'Amministrazione Penitenziaria che per il Servizio Sanitario Nazionale. Essa può consentire di avviare una discussione sulle possibili strategie da attuare in termini di efficienza ed efficacia dell'intervento sanitario, partendo anche dal presupposto che **difficilmente si potranno ottenere ulteriori investimenti.**

La spesa sanitaria è in continuo aumento e i fondi a disposizione non possono crescere proporzionalmente. **La contrazione dei finanziamenti deve comportare necessariamente scelte che debbono coinvolgere la medicina territoriale ed ospedaliera assieme alla medicina penitenziaria, lasciando a quest'ultima il compito di saper riconoscere dove, come e quando intervenire insieme per poi saper sintetizzare i risultati di un intervento che riguarda l'uomo detenuto nella sua interezza, corpo e psiche.**

Occorre delimitare i confini dei vari interventi ma lasciare alla medicina penitenziaria il compito di costituire il ponte d'aggancio fra le necessità degli uomini detenuti dall'Amministrazione Penitenziaria e le possibilità del Servizio Sanitario Nazionale, evitando che indossi la divisa dell'AP, fornendogli, se si vuole, l'etichetta del SSN, ma senza privarla della sua storia e delle riflessioni di chi ha costruito la medicina penitenziaria e la sua architettura tecnica.

Architettura che, tramite l'analisi della capacità assistenziale degli Istituti di Pena, l'analisi della distribuzione secondo l'Indice di Comorbilità, la conoscenza dei gruppi di patologie prevalenti, la distribuzione del personale sanitario negli Istituti Penitenziari, secondo i noti 3 livelli di capacità sanitaria, **consente di:**

- pianificare l'attività sanitaria in modo specifico secondo i classici schemi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

- orientare la presenza e gli obiettivi del personale medico ed infermieristico secondo le reali necessità assistenziali degli Istituti dove operano.
- adeguare la formazione del personale agli obiettivi propri di ogni livello assistenziale.
- formulare un intervento più mirato delle Aziende Sanitarie Locali che potrebbero inserire nei loro programmi interventi diversificati secondo la tipologia di Istituto Penitenziario, in termini di prevenzione primaria, secondaria, terziaria, in termini di politica del farmaco e di livelli essenziali di assistenza, garantendo la disponibilità di quelle branche specialistiche indispensabili alle necessità della popolazione detenuta, consentendo di deflazionare il ricorso a visite specialistiche esterne al carcere, con aggravio di lavoro per la Polizia Penitenziaria e rischi anche per la cittadinanza.
- evitare all'Amministrazione Penitenziaria l'acquisto di costosi strumenti diagnostici
- pianificare la riconversione dei Centri Clinici e di alcuni Istituti di 2° livello, in strutture capaci di dare risposte adeguate a circa 5000 detenuti che se debbono rimanere in carcere, pure in condizioni di salute precaria, comunque hanno diritto ad un'assistenza sanitaria adeguata.
- puntare a contenere i costi governando la domanda, ovvero concentrando la domanda più onerosa in dal punto di vista sanitario e della sicurezza, negli Istituti più attrezzati, in collaborazione solo con alcune AUSL nell'ambito di una Regione, lasciando nella maggioranza degli altri Istituti e per i restanti detenuti quanto necessario a fornire un'adeguata assistenza sanitaria di base, determinando programmi sanitari basati fondamentalmente sulla prevenzione primaria, e secondaria, sul riconoscimento del disagio psichico, sulle problematiche della tossicodipendenza, sull'accoglienza sanitaria ai detenuti stranieri e a coloro che fanno ingresso in carcere per la prima volta, con un onere economico per le AUSL di minore impatto rispetto a quelle impegnate negli Istituti sede di C.D.T. o O.P.G o di 2° livello di particolare importanza (compresi quelli che recentemente sono stati definiti di 3° livello)

In tal modo, posto che l'assistenza sanitaria di base debba essere rivisitata in termini di assegnazione personale medico ed infermieristico che, pur insufficiente, determina già una spesa pari a circa l'75-80% dei fondi disponibili per l'Amministrazione Penitenziaria, focalizzando gli obiettivi su cui indirizzare interventi

specifici, è probabile che il finanziamento attuale possa risultare sufficiente a mantenere il sistema, con importanti risparmi per la farmaceutica e soprattutto per la specialistica, garantite dalle Regioni tramite le Aziende Sanitarie Locali.

Sembra opportuno soddisfare, oggi, da parte dell'AP e del SSN alcune indicazioni fondamentali:

- assicurare negli istituti di 1° e 2° livello,: psichiatria, infettivologia, cardiologia, ginecologia. In particolare è improcrastinabile l'adesione dei Dipartimenti di Salute Mentale a tale mandato che dovrà coinvolgere, come già accaduto per la tossicodipendenza, i servizi territoriali, le divisioni di malattie infettive, i reparti ospedalieri di zona, in particolare per la Cardiologia, la Medicina d'Urgenza, in una rete assistenziale territoriale che favorirebbe l'integrazione del carcere nel territorio di appartenenza e una continuità assistenziale post-detenzione per i suoi ospiti temporanei
- per gli istituti di 2 livello, dove esistenti, si assicureranno la radiologia, l'ecografia e tutte quelle specialistiche che hanno già comportato una spesa per strumenti, che non dovranno essere sostituiti in caso di acclarata vetustà.
- accesso alle cure odontoiatriche e protesi con priorità per i detenuti definitivi, tossicodipendenti, privi di reddito e garanzia degli interventi urgenti per i detenuti in attesa di giudizio.
- autorizzare altre branche specialistiche all'interno dei C.D.T. a condizione che siano utilizzate solo per i ricoverati e per l'alta sicurezza.
- Individuare con certezza la percentuale di disabili presenti nelle carceri italiane e determinare eventuali forme di assistenza dedicata in carcere o nel territorio.
- Acquistare i farmaci presso le farmacie aziendali delle AUSL , con l'obbligo di prescrizione secondo piano terapeutico autorizzato quando necessario. Rompere l'abitudine del personale dei penitenziari di accedere ai farmaci riservati ai detenuti. Applicare linee guida comuni per antivirali, anti-retrovirali e antipsicotici atipici, garantendo almeno a livello regionale, l'uso delle stesse molecole, considerando anche il periodo di permanenza del paziente in carcere e la sua adesione alla prescrizione e assunzione, che dovrà essere testata con i mezzi a disposizione per la verifica della stessa e per i controlli di possibili effetti iatrogeni.

Fra le priorità di intervento, sin d'ora si può immaginare che la precedente destinazione dei C.D.T. possa essere rivisitata organizzando:

1. **centri destinati a diagnosi e cura di patologie acute in tutti i Provveditorati**, in sezioni carcerarie negli ospedali di zona, Per abbattere i costi relativi all'acquisto di strumenti di alta tecnologia, oggi indispensabili per una attività di ricovero.
2. **centri destinati alla cura di patologie croniche** con adeguata capacità assistenziale e **istituzione di reparti di lungo-degenza** adeguatamente attrezzati per circa 500 detenuti, oltre quelli oggi disponibili negli OPG e nei CDT. Si tratta di centri che possono essere destinati anche alla riabilitazione psico-fisica di soggetti con handicap o patologie di pertinenza ortopedica o fisiatrica.

Si tratta di migliorare i servizi di cura e riabilitazione a favore di circa il 6% dei detenuti, portatori di patologie di maggiore gravità e complessità assistenziale, dove occorre investire gran parte delle risorse, se l'accesso a benefici di legge per motivi di salute non sia possibile.

Molto importante la formazione del personale sanitario, medici e, ancora più importante, degli infermieri che lavorano nelle carceri. Essi costituiscono la risorsa di 1° livello in campo sanitario e possono e debbono svolgere un ruolo di assoluta importanza nel trattamento, ipotizzando, sin d'ora, un triage infermieristico sulle richieste dei detenuti, un'amplificazione del loro intervento sui bisogni sanitari, in particolare sull'educazione sanitaria, che riduca l'impatto, per il personale medico, con richieste improprie, potendo così diversificare il proprio intervento oltre gli aspetti relativi all'assistenza di base verso una azione di promozione della salute, secondo progetti specifici concordati con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali.

I temi potrebbero essere orientati ad affrontare problemi derivati da fattori di rischio locali o di importanza generale:

- sulle principali malattie infettive (TB, Epatiti, AIDS)
- sulle malattie infettive sessualmente trasmesse
- sulle malattie metaboliche e cardiovascolari (diabete, iperlipidemie, miocardiopatie)
- sulle patologie degenerative
- sul disagio psichico (tossicodipendenza, depressione, alcoolismo)
- sulle malattie dell'apparato polmonare (abbandono dell'abitudine tabagica, prevenzione della BPCO)
- sull'igiene personale in generale e sulle parassitosi

- sull'accoglienza ai detenuti stranieri e sulle differenze culturali sulle nozioni del corpo e della cura

Abbiamo così delineato una Medicina Penitenziaria incardinata tra Psichiatria Igiene, Infettivologia, Medicina Legale, Medicina Generale, Cardiologia, in una visione generale dei bisogni specifici delle comunità penitenziarie, che sappia:

- riconoscere il bisogno di salute dell'uomo(psiche e corpo) detenuto e della comunità penitenziaria
- costituire un ponte bidirezionale fra universo penitenziario e sanitario
- osservare i fenomeni sanitari prodotti dal penitenziario
- produrre le risposte appropriate in modo diretto o mediato dalla collaborazione con risorse sanitarie di livello specialistico
- modificare gli obiettivi secondo i quesiti posti dall'attualità.

Conclusioni

Quale l'identikit del Medico Penitenziario del futuro ?

Abbiamo tracciato la mappa dei territori che deve attraversare a bordo della sua professionalità, perché in ogni caso gli sarà chiesto di affrontarlialmeno dal punto di vista deontologico, ma di quali panni dovrà vestirsi Che tipo di divisa dovrà indossare ? Il camice bianco o il camice bianco con le mostrine ?

Sembra remota l'ipotesi di vestire il camice con le mostrine dell'Amministrazione Penitenziaria, rimangono due possibilità ovvero indossare il proprio camice o quello con l'etichetta del Servizio Sanitario Nazionale. Sono camici bianchi entrambi, ma uno è simbolo di un professionista auto-referenziale, nel bene e nel male, l'altro è simbolo di sistema ed è indubbio che, oggi, occorra per la medicina penitenziaria una visione di sistema.

Il Medico Penitenziario deve avere il passaporto del servizio sanitario nazionale, ma se la salute è sua madre e la giustizia suo padre, **la medicina penitenziaria deve avere 2 passaporti**, perché figlia di genitori di diversa finalità, uno bianco uno nero, e i genitori vanno amati entrambi e rispettati entrambi, in particolare quando rispettano.

Per la Medicina Penitenziaria sono necessari 2 passaporti che gli consentano di visitare a pieno diritto due mondi diversi, non comunicanti e in antitesi fino ad oggi, uno la libertà, l'altro la

detenzione, 2 lingue diverse che il medico penitenziario deve conoscere per comunicare compiutamente con il padre e la madre

La Medicina Penitenziaria è una medicina multi-etnica, bivalente, bifronte; con un pizzico di ironiase avesse un segno zodiacale potrebbe essere dei Gemelli (uhm...), della Bilancia (meglio.....) o dei Pesci (opportuno.....).

Definito il viaggiatore vediamo quale paese si appresta a visitare.

Uno sguardo alla normativa, a questo punto è necessario.

In Italia, in linea con i vincoli originati dai Patti delle Nazioni Unite e dalla Convenzione Europea sui diritti dell'uomo, la Costituzione sancisce:

- **All'art. 32**, l'obbligo della Repubblica a tutelare la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.
- **All'art. 27**, le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato

Malgrado questo la Medicina Penitenziaria, esaltata da alcuni e negata da altri nella sua specificità, trova il suo campo di applicazione in un contesto, dove l'esecuzione della pena ha come fondamento la limitazione della libertà individuale che, da sola, comporta la riduzione del benessere soggettivo e dello stato di salute, se questo è il prodotto di un benessere fisico psichico e ambientale come definito dall'O.M.S.

A chi compete la tutela della salute dei detenuti ?

La norma riporta al "Riordino della Medicina Penitenziaria," al Decreto Legislativo 230/99 che all'art. 2, indica che il Servizio Sanitario Nazionale assicura, in particolare ai detenuti e agli internati livelli di prestazioni analoghe a quelli garantiti ai cittadini liberi.....

L'art. 117 della Costituzione sancisce che spetta alle Regioni la potestà legislativa anche per la tutela della salute, all'interno della legislazione concorrente..

Le Regioni sono titolate a garantire nelle carceri dei territori di loro competenza “ i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali” Dpcm 29 novembre 2001.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, al punto 1.1, pone il Ministero della Salute a “garanzia della salute” per ogni cittadino garante dell’equità sul territorio nazionale.

Tutto sembra chiaro.....

Il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008, per usare un vero eufemismo ... non facilita l’orientamento sulla sorte della medicina Penitenziaria.

A quasi 7 anni di distanza dal D.L. 230/99 o di “Riordino della Medicina Penitenziaria”, l’Amministrazione Penitenziaria, continua ad assicurare l’assistenza sanitaria ai detenuti all’interno del proprio mandato istituzionale, l’Ordinamento Penitenziario del 1975, che prevede come obiettivi la sicurezza e il trattamento e la disponibilità di un servizio sanitario per le visite ai detenuti, integrato, in caso di carenze, dal S.S.N. come riafferma il più recente Regolamento di Esecuzione del 2000.

Il riordino dovrebbe essere attuato a costo zero..... Trasferendo le risorse dall’Amministrazione Penitenziaria al S.S.N.....

Queste corrispondono, nel 2007, alla cifra di € 90.milioni, meno del 5% dell’intero finanziamento a suo favore. Con tali fondi, senza l’intervento economico delle Giunte Regionali si può assicurare un servizio sanitario sufficiente a garantire un’assistenza adeguata ai soggetti ad indice di stato di salute 0, 1, 2.

In generale, il finanziamento del S.S.N. rende disponibile per ogni cittadino italiano iscritto, e quindi per ogni detenuto iscritto, una quota pro-capite annua di circa € 1500,00, in più le Aziende Sanitarie Locali dovrebbero ricevere un rimborso dal Ministero dell’Interno per l’assistenza ai cittadini stranieri non iscritti al S.S.N.

I 40.000 detenuti, presenti nelle carceri italiane, dovrebbero essere comunque iscritti al S.S.N. per una disponibilità teorica di circa € 60 milioni. Nel 2007, nella migliore delle ipotesi, ammesso che le Regioni concedano all’Amministrazione Penitenziaria farmaci e specialistica, ne spenderebbero circa il 35%, tenendo conto che i detenuti sono esentati dal pagamento delle quote di partecipazione al SSN (Ticket), assicurando il pronto soccorso e i ricoveri ospedalieri.

Le Regioni in tal modo risparmiano circa € 25 milioni di euro !!! (o no?)

Oggi,..... in ogni singola U.S.L. di ogni singola Regione osserviamo soluzioni differenti In alcune regioni si concedono ai detenuti tutti farmaci, in altre una U.S.L. li concede e una no, in altre Regioni non si concede nulla. I comportamenti sono i più disparati e gli Istituti Penitenziari in difficoltà crescenti. Il Servizio Sanitario Nazionale sembra non volere o non potere esercitare la propria funzione, forse per questo non partecipa in modo importante e coerente con il proprio mandato alla “mission” di tutela di salute dei detenuti, di fatto non risponde compiutamente a quanto demandato dallo Stato.

In questa realtà controversa, dove si intravede una notevole difficoltà nell’attuare il “riordino” previsto dalla 230/99, **può avvenire il processo di valorizzazione della Medicina Penitenziaria come patrimonio di esperienze, come possibile anello di congiunzione fra le attività istituzionali dell’Amministrazione Penitenziaria e del Servizio Sanitario**, o, diversamente, potrebbe continuare la propria azione all’interno dell’AP, almeno per quanto riguarda la medicina di base come pare desiderio di alcuni.

Sono evidenti concrete difficoltà nello sviluppo di un progetto coerente e condiviso, che invece dovrebbe essere avviato coniugando le indicazioni governative, le necessità dell’Amministrazione Penitenziaria, le competenze e le potenzialità del Servizio Sanitario Nazionale, i diritti della popolazione detenuta e le capacità professionali degli operatori sanitari coinvolti.

La responsabilizzazione dei sanitari penitenziari in un sistema che consenta di integrare le attuali risorse dell’Amministrazione Penitenziaria con le potenzialità del Servizio Sanitario Nazionale potrebbe aiutare a garantire un trattamento simile ai detenuti di tutte le regioni italiane, in un sistema dove la regionalizzazione del governo della salute rischia di determinare gravi disparità.

Nella realtà odierna il detenuto trova un medico imposto dall’Istituzione come risposta ai suoi bisogni di salute, potendo ricorrere ad altre figure mediche solo nell’ambito di un rapporto privatistico. Questo medico potrebbe essere a sua volta condizionato nell’esercizio della sua professionalità, oltre che dal tipo di rapporto

instaurato con l'AP, anche da pregiudizi strettamente legati al contesto in cui opera, dove il rapporto con il paziente, almeno inizialmente, è di reciproca sfiducia potendo l'affermazione della perdita della salute rappresentare, tra l'altro,:

- l'avvio di una simulazione, tesa a poter raggiungere benefici attraverso la legalità, ad esempio benefici di sospensione della pena o detenzione domiciliare per motivi di salute fino alla vera e propria incompatibilità con il regime penitenziario
- il tentativo di una evasione organizzata durante una visita richiesta in urgenza in Pronto Soccorso, nel dubbio dell'esistenza di grave patologia

L'abilità del Medico Penitenziario si misura nel trasformare tale situazione in un progressivo riconoscimento di professionalità da parte del detenuto, cosa non improbabile nell'esercizio quotidiano, ma certamente impegnativa.

I Sanitari Penitenziari, tramite il rapporto di lavoro con l'Amministrazione Penitenziaria, assumono il vincolo di farsi carico dell'assistenza sanitaria ai detenuti in un contesto con risorse fortemente limitate e organizzate con criteri che debbono tener conto di queste limitazioni.

La Medicina Penitenziaria cerca di affermare la propria autonomia di giudizio rispetto all'Amministrazione Penitenziaria e contemporaneamente deve saper interpretare i bisogni dei detenuti, ricorrendo, quando necessario, alle risorse del Servizio Sanitario Nazionale.

Intorno al ruolo della Medicina Penitenziaria verso il detenuto, verso l'AP, la società civile è schierata fra chi non ritiene condivisibile tanta preoccupazione per la salute dei detenuti e chi ne fa un motivo di diritti violati.

Vari i luoghi comuni

I detenuti hanno molto di più dei cittadini comuni in campo sanitario i detenuti sono gli ultimi degli ultimi.....

I detenuti malati non possono stare in carcere, i malati di A.I.D.S. sono incompatibili con il regime penitenziario il carcere per loro è disumano !!!

I detenuti malati di A.I.D.S. sono delinquenti che non hanno nulla da perdere e sono potenzialmente pericolosi, i detenuti malati di A.I.D.S. spesso, tornati in libertà, non trovano nessuno.

Un detenuto muore in carcere Finalmente è un delinquente in meno !

E' morto in carcere, non era assistito come necessario.... Perché è morto ? L'hanno ucciso.... Forse si è ucciso Forse era un overdose forse un infarto Forse non si può morire in carcere..... Forse non si deve morire in carcere....

Si deve mantenere o tutelare la salute di chi non può e non deve ammalarsi in carcere perché lontano da interessi, affetti, famiglia Figli ?

Essere chiusi, dover chiedere tutto a volte anche una sola sigaretta ... Non può ammalarsi chi si trova in questa condizione ?

Gli operatori sanitari penitenziari a volte sono una casta corporativa di privilegiati, a volte sono dei medici asserviti alle necessità dell'Amministrazione Penitenziaria, anche in virtù di un rapporto di lavoro giudicato a volte troppo poco regolamentato.

Altre volte sono dei "missionari" carichi di responsabilità costretti ad operare in un universo che di sanitario ha poco o niente. A volte troppo ligi alla deontologia, altre volte troppo schierati con gli obiettivi della sicurezza. A volte troppo dalla parte dei detenuti, a volte protagonisti di assoluto disinteresse nei loro confronti.

In questo scenario odierno tutti hanno ragione e buone ragioni.

Ci si trova in una condizione caotica in cui si cercano affannosamente regole e regia, certezze e non illusioni.

Una domanda "sorge spontanea": se questo è lo scenario del Paese dove si può intravedere la meta della Medicina Penitenziaria... o del viaggiatore con 2 passaporti ?

Potremmo indicare tre mete, tre prospettive di sviluppo, una rivolta alla società civile, una diretta alle istituzioni, una rivolta al singolo detenuto.

a) verso la società civile

occorre guadagnarne il rispetto, affermare la propria dignità professionale, operare con *l'obiettivo principale di far cadere il dubbio di non essere in grado di assicurare quanto la deontologia*

medica impone. Non si può nè si deve dare adito a dubbi sulla capacità di essere garanti di un'assistenza sanitaria che sappia rispettare i bisogni del detenuto, indipendentemente dai limiti derivati da ambienti dove, ancora oggi, la sicurezza può condizionare pesantemente nelle iniziative. L'attenzione verso ambienti, uomini, strumenti deve essere patrimonio essenziale nel proprio repertorio professionale sempre. **La professionalità, acquisita in tanti anni, deve trovare riconoscimenti oggettivi**, che superino pregiudizi supportati da chi ritiene i medici penitenziari, in particolare, una casta di privilegiati che hanno il secondo, terzo, quarto lavoro pienamente compatibile, a differenza degli altri lavoratori statali e non. Verrebbe da dire che se questo fosse vero sembrerebbe difficile ritenere privilegiato un soggetto che lavora a ritmi giapponesi o cinesi, senza alcun tipo di previdenza o assicurazione. Questa è una critica che non sta in piedi, diviene credibile solo se le prestazioni eseguite in carcere risentono di mancanza di disponibilità verso istituzione e soprattutto **verso i detenuti, dei quali occorre farsi carico con autentica disponibilità e professionalità**. Le stesse che vengono messe in campo in qualsiasi attività medica all'esterno del carcere per gli effetti della libera scelta del cittadino, che vuole farsi curare da un medico di fiducia. **Disponibilità e professionalità che in carcere devono trovare testimonianze tali da convincere chi critica**, ritenendo i sanitari penitenziari indifferenti al bisogno di salute dei detenuti. **I Medici Penitenziari con la loro professionalità costruita sulla possibilità di essere ponte fra la medicina degli uomini liberi e quella dei detenuti, debbono essere paladini della promozione e della stabilità della salute in soggetti costretti a vivere senza salute e senza libertà**. Ciò se il carcere deve essere male necessario. **I Medici Penitenziari debbono partecipare al sistema di garanzie, funzionale alla trasparenza, attraverso cui la società civile vuole osservare il mondo penitenziario**. Debbono partecipare allo sviluppo di conoscenze specifiche che fanno della **Medicina Penitenziaria** un'attività che ha a disposizione le conoscenze mediche e le utilizza in un contesto di doppia sofferenza, fisica e psichica, creando occasioni di reale **testimonianza di quanto accade oggi per migliorare il domani di costruzioni così complesse come gli Istituti di Pena**.

b) verso le istituzioni

occorre essere consapevoli che gli obiettivi che vengono indicati comportano un'azione a tutto campo nell'universo sanitario. Occorre esercitare le professioni sanitarie nei penitenziari con trasparenza, con interesse continuo, produrre una medicina penitenziaria che sappia curare il singolo, promuovere la salute della comunità e contemporaneamente, dare un contributo significativo al progredire del sapere medico, partecipando, collaborando in tutto quanto possa determinare una maggiore conoscenza sulla realtà sanitarie delle carceri. Un esempio concreto di questo esercizio è stata la promozione della cartella clinica informatizzata fino a farla divenire prossimo strumento dell'Amministrazione Penitenziaria e l'esperienza raccontata attraverso gli indici di Stato di Salute.

Sono azioni altrettanto importanti tutte quelle che hanno coinvolto i medici e gli infermieri penitenziari, ad esempio negli screening di massa verso la TBC, quando è stato necessario, o verso l'infezione da HIV, o verso la piena funzionalità di tutti i servizi sanitari, o verso la formazione specifica di tutti gli operatori sanitari o ancora verso la costituzione di percorsi funzionali nei servizi sanitari delle singole Aziende Sanitarie Locali per facilitare ad esempio la Polizia Penitenziaria e per evitare ai detenuti la gogna del passaggio in manette attraverso gli utenti del SSN

Altro aspetto non secondario è quello di mettere in evidenza i possibili fattori di rischio per la salute dei detenuti e degli operatori penitenziari in un continuo lavoro di verifica delle condizioni igienico-ambientali, fino ad evidenziare possibili concrete soluzioni. Partecipare alle azioni del Servizio Sanitario Nazionale, sentendosi parte attiva del progetto che persegue, pur lavorando in carcere, dove il progresso sanitario deve raggiungere e essere disponibile anche per gli ultimi, rispettando i limiti della sicurezza, senza permettere che questi prevarichino sullo stato di salute dei detenuti. *Una Medicina Penitenziaria che sappia farsi carico della salute dei detenuti e della comunità penitenziaria determina un abbattimento delle tensioni e facilita il lavoro degli agenti di Polizia e l'azione dell'Amministrazione Penitenziaria verso i suoi obiettivi specifici.*

c) verso il singolo detenuto

l'azione realizzabile in forma più concreta è quella di **riduzione del danno da detenzione** attuabile anche attraverso strategie che

possano rivedere, quando possibile, le stesse modalità di espiatione della pena a favore di quel possibile passaggio che può rappresentare ad es. la giustizia riparativa.

Piace pensare che giovani reclusi, nel corso del loro percorso riabilitativo vengano misurati alleviando le difficoltà delle famiglie con malati cronici a letto o, ancora, nelle residenze protette degli anziani ad aiutarli nella parte terminale della loro vita come supporto alle varie invalidità. Sarebbe questo un sistema di riparazione concreto a favore di chi nella società è ancora più debole e dimenticato, ponendo i soggetti detenuti di-fronte a percorsi che ne possano valorizzare la sensibilità, facilitare la comprensione della parabola umana, stimolare la riflessione su concetti basilari per la società, quale ad esempio la solidarietà verso chi soffre, la stessa che cercano da detenuti nel loro percorso di sofferenza.

L'informazione sanitaria e i programmi di prevenzione debbono costituire parte integrante del trattamento dei detenuti.

Per i detenuti, secondo le varie condizioni di salute, italiani e stranieri, l'educazione sanitaria può avere un ritorno importante in senso economico e sociale, tale da risultare conveniente in prospettiva, grazie ad un'azione di riduzione dei fattori di rischio individuale e sociale. Tale forma riabilitativa potrebbe essere considerata come utile a raggiungere premi o benefici per il singolo detenuto che abbia dimostrato una decisa volontà di applicazione delle nozioni acquisite, compreso un uso consapevole e non dissipatorio delle risorse sanitarie, di cui può usufruire in regime di assoluta garanzia, ma con l'onere di altrettanto assoluto rispetto di quanto resogli disponibile senza manipolazioni o strumentalizzazioni. Un percorso di questo tipo potrebbe indurre un atteggiamento come cassa di risonanza che potrebbe dare un effetto a cascata sulla famiglia, i figli. Un percorso che, a basso costo, nella peggiore delle ipotesi avrebbe come ipotetico difetto quello di non produrre risultati, ovvero lasciare le cose come sono, risultato che con l'attuale trattamento è comunque probabile. Si tratta di un rischio con qualche probabilità di successo. La **trasformazione del rapporto medico paziente in un momento di concreta azione trattamentale** può consentire di ridurre le distanze con il recluso, in particolare lo straniero che, oggi, può vivere l'impatto con il personale sanitario delle carceri, arrivando a non distinguerlo, a volte, da quello impegnato in operazioni di controllo.

Il progetto riabilitativo e rieducativo, deve divenire una sfida intellettuale, una sfida tecnica, deve valutare i detenuti in modo da individuare chi è disponibile a ritornare nelle regole della società che, per dargli questa chance, deve mettergli a disposizione

strumenti e metodologie all'altezza dei tempi e non solo la stessa risposta per tutti i problemi.

La rivisitazione dei ruoli, nell'ottica di sistema, per gli operatori del carcere deve portare a riconoscere un obiettivo di squadra specializzata nel fornire al detenuto delle occasioni, che potrà comprendere o no, ma che hanno un valore alto e non sono figlie di un progetto di beneficenza, esse sono ben aderenti ad un progetto di recupero con tecniche scientifiche e dovrebbe premiare tutti coloro che vi hanno partecipato oltre chi ne ha usufruito.

Un'azione pedagogica continua, con verifiche costanti, che vadano a rompere la monotonia e la frustrazione derivanti dall'ozio in cella o dalla mancanza di lavoro, che, se presente, non costituirebbe da solo un momento rieducativo.

La partecipazione al progetto riabilitativo, in condizioni controllate, dei familiari, quando utile e possibile, deve arrivare a rafforzare il processo di autocritica del soggetto e degli stessi familiari che avrebbero l'occasione per comprendere se la colpa del singolo non possa anche essere allargata, riconosciuta e superata.

E' sullo stile di vita, sulla conoscenza, sulla ricerca degli stimoli giusti che va misurato l'intervento verso il detenuto, preparandolo se possibile, alla comprensione di un passaggio successivo che potrebbe essere costituito da forme di giustizia, modulabili anche secondo le condizioni di salute del soggetto, dato che ad un cardiopatico, ad un soggetto con disturbi psichiatrici non potranno essere applicate le sanzioni disponibili per soggetti in buona salute.

Si deve favorire la rottura di un circuito dove la sicurezza limita il trattamento per soggetti la cui tipologia di reato non è così grave da dover rinunciare ad un obiettivo raggiungibile, anche con la medicina penitenziaria che può aiutare a perfezionare il percorso da costruire.

Parliamo di una medicina ancora tecnica, sempre aperta alla capacità diagnostica e terapeutica, in generale, ma disponibile anche a soddisfare il bisogno di maggiore umanità che si avverte nei penitenziari, come negli ospedali.

Tale visione può essere proposta agli **Operatori della Medicina Penitenziaria**, che non possono limitarsi alla diagnosi o alla cura del sintomo o del segno del momento, **non debbono limitarsi alla cura del corpo ,ma debbono partecipare alla cura della psiche**, che, per forza di cose, in carcere è esposta a fattori di rischio importanti, almeno quanto quelli cui è esposto il corpo, fattori di rischio particolari, almeno quanto quelli che hanno portato alla colpa.

Non è competenza del solo psichiatra, dello psicologo, del criminologo, la conoscenza o la cura della mente del detenuto,

essa riguarda il medico e l'infermiere penitenziario, insieme a tutte le figure specialistiche elencate. Una squadra di sanità che collabora e ricompona il mosaico di esperienze di cui è portatore il detenuto e il suo stato di salute psico-fisica, una squadra che sa mettere in luce il vissuto del soggetto, i suoi aspetti critici, precedenti e concomitanti con la detenzione, collaborando strettamente con i vari specialisti, perché la discussione continua porta all'arricchimento dell'esperienza dei vari operatori, ad una minore probabilità di sbagliare e ad una maggiore competenza generale, che rompa i compartimenti stagni dei vari ruoli. Favorire un'istituzione viva ricca di scambi ed esperienze, ricca di umanità solidale e povera di solitudine.

Di ogni soggetto deve essere individuato il filo conduttore che inanella le perle, vere o false, della sua esperienza. Ciò si presenta più difficoltoso per i tanti stranieri che affollano le nostre carceri, ma l'integrazione che la società propone agli stranieri, quando disponibili, passa anche attraverso una rivisitazione culturale che diviene fondamentale e non occasionale o compassionevole, deve comprendere l'intervento del mediatore culturale o di detenuti motivati a concorrere ad un'azione in favore del "Nuovo Giunto" in carcere.

La ricaduta di un'opera educativa così complessa, così terapeutica dal punto di vista comportamentale ed umanamente intensa potrebbe comportare risultati importanti, una volta che il soggetto rientri nel suo contesto, certamente indirizzato a operatori esterni che abbiano già partecipato all'azione interna al carcere, in un sistema di network sociale che, se voluto, può costituire un'arma formidabile nell'azione di recupero sia per il singolo che per il suo entourage familiare.

E' come passare dalla tuta con il numero di matricola, eguale per tutti ad un vestito su misura fatto da sarti qualificati. Al soggetto detenuto viene confezionato, con la sua partecipazione, l'abito di recupero e lo studio e la valorizzazione delle condizioni psichiche è necessario al raggiungimento di un buon risultato.

(Resta il dubbio sul fatto che debba o possa essere il carcere il luogo dove debba avvenire tutto questo e non in precedenza, prima della colpa.)

Considerazioni finali

Oggi l'Amministrazione Penitenziaria spinge per valorizzare l'importanza di un intervento dei Servizi Sanitari Regionali nel farsi carico dell'assistenza psichiatrica ed infettivologica, della

specialistica in generale, dopo la tossicodipendenza e, cosa molto parziale, la prevenzione. Non è chiaro se ritenga necessario, ai suoi scopi, mantenere l'assistenza primaria, la medicina di base. Questa sollecitazione, senza promuovere quanto la Medicina Penitenziaria ha messo in campo, fino ad oggi, rischia di accentuare ancora di più il ruolo periferico del Medico Penitenziario e il suo distacco da una visione olistica del detenuto, umiliando la sua specificità duplice, nella medicina e nel penitenziario.

Questa visione appare miope.

Può apparire, forse, eccessiva una visione del Medico Penitenziario regista di un servizio, che attinge da specifiche conoscenze specialistiche, per costituire una sintesi che non può essere patrimonio delle singole specialità, se non si ritiene necessaria la visione di un intervento complessivo sullo stato psico-fisico del soggetto, che pare essere il risultato della somma medicina e penitenziario, rappresentata da una storia professionale di cui non pare razionale disperdere o umiliare i contenuti che la caratterizzano, maturati attraverso quanto abbiamo ripercorso e i dati evidenziati.

Il divenire della Medicina Penitenziaria passa attraverso queste scelte che evidenziano limiti che partono dalla mancata valorizzazione e arrivano all'umiliazione definitiva di un settore che trova il primo nodo sostanziale nella mancanza di riconoscimento da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, che ora lo gestisce e che forse non lo sente necessario al proprio interno, o lo sente estraneo o non ritiene di essere soddisfatta di quanto la Medicina Penitenziaria produce, al punto da:

- non affrontare, in modo convincente, il passaggio al Servizio Sanitario Nazionale
- riservarsi forse l'eventuale mantenimento del servizio di medicina di base, forse per mantenere un controllo ideologico, ma limitandone le prospettive che invece possono alimentarsi solo se a stretto contatto con l'evolversi delle conoscenze mediche
- non manifestando, in alcuna sede, un apprezzamento, vero e sentito, per quanto fatto dai Medici Penitenziari in situazioni difficili, quale ad esempio quella del sovraffollamento che ha portato all'indulto. Un comportamento pari a quello del padre che non riconosce il proprio figlio, umiliandolo non solo concettualmente, ma anche economicamente

Difficilmente si può riscontrare la visione del carcere come un servizio socio-sanitario, costituito da figure professionali diverse, che concorrono sia sul singolo soggetto che sulla finalità riabilitativa del carcere. Più facilmente l'Amministrazione penitenziaria tende ad assicurare l'ordine, la sicurezza, la disciplina. "Le ragioni della rilevanza della tutela della salute, non sembrano, a prima vista, così evidenti. Nella coscienza comune, infatti, il carcere è istituzione "restrittiva" e non luogo dove ci si dedica alla cura delle persone recluse. È naturale dunque pensare che nell'ambiente carcerario, dove quotidiana è la tensione tra i momenti della sicurezza e del trattamento, il problema sanitario rivesta una posizione "incidentale" come descrive Andreano.

Si rafforza sempre più la consapevolezza che l'Amministrazione Penitenziaria giudichi la Medicina Penitenziaria non un servizio per la tutela della salute in carcere, ma piuttosto un mezzo per salvaguardare la sicurezza.

Eppure, un trattamento dignitoso, la cura della salute dei detenuti, debbono essere elementi basilari dell'azione dell'Amministrazione Penitenziaria.

Quali possibilità hanno di poter essere soddisfatti se chi deve partecipare a tali obiettivi è tenuto sempre sulla soglia come si fa con un estraneo indesiderato?

Quali possibilità ha la Medicina Penitenziaria di far intravedere il proprio divenire se mai messa nelle condizioni di costruire il proprio futuro, potendo valorizzare le proprie conoscenze, le proprie osservazioni ?

Forse questo futuro è possibile nel Servizio Sanitario Nazionale, ma è realistico pensare che il S.S.N. immerso in problematiche decisamente più vaste, voglia consentire ai sanitari penitenziari di costruire il proprio divenire su argomentazioni di cui la stessa Amministrazione penitenziaria sembra poter fare a meno ?

Si vive un momento di estrema importanza, dove può non ritenersi soddisfacente una soluzione che veda la Medicina Penitenziaria passare al SSN, con prospettiva di:

- forse vantaggi economici per coloro che resteranno
- perdita di chi non avrà interesse a continuare se non saranno garantiti i presupposti di una dignitosa, specifica continuità
- incerto rafforzamento del rapporto terapeutico con il detenuto, rapporto che vive anche dell'autorevolezza del Medico Penitenziario all'interno del carcere.

Unica prospettiva seria nel SSN è quella di definire con estrema chiarezza, in una strategia di sistema, il ruolo, gli obiettivi, dei servizi di Medicina Penitenziaria, in modo che sappiano interpretare e soddisfare i bisogni dei detenuti e delle istituzioni, al pari di quanto è stato fatto nei servizi per le tossicodipendenze, rispettandone la storia e l'esperienza.

Questa possibilità può avere riscontri positivi e può aiutare la Medicina Penitenziaria ad aprire pagine nuove, elaborate da chi vorrà fare dei detenuti, della detenzione, del carcere oggetto di attività professionale e studio teso a costituire un avamposto della Sanità Pubblica strettamente connessi con i Dipartimenti di Salute Mentale, Servizi per la Tossicodipendenza, Divisioni di Malattie Infettive, Cardiologia e Medicina Legale.

La conoscenza dello stato di salute della comunità penitenziaria ne costituisce tappa fondamentale

BIBLIOGRAFIA

Amato, N., (1991), Decadimento fisico e psichico, *Medicina Penitenziaria*, n°16, 13.

American Psychiatric Association (1988), DSM-III-R: *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.

Andreani, R., Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: profili normativi e sociologici,

Altro diritto.unifi.it/sanità/andreano/index.htm

Andreoli, V., (2002), Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani, *Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*

Andreoli V. (2004), Doppia Diagnosi Tossicodipendenza Carcere, *Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*

Bandini, T., Gatti, U., (1980), Limiti e contraddizioni dell'opera del criminologo clinico nell'attuale sistema penitenziario italiano, *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 165.

Barbato, A., Erlicher, A., (1984), Un difficile equilibrio, *La difesa penale*, III, supplemento al n° 5, 17.

Basile, T., Fassone E., Tuccillo, G., (1987), *La riforma penitenziaria*, Jovene, Napoli.

Battigaglia, B., (1987), La legge n. 833 del 23/12/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale comporta l'abrogazione della legge n. 740 del 9/10/70, istitutiva del Servizio Sanitario Penitenziario? *Medicina Penitenziaria*, n° 9, 7.

Berti Ceroni, G., Franzoni, G., (1984), Un atipico habitat, *La Difesa Penale*, III, supplemento al n°5, 23.

Bucarelli, A., Pintor, P., (1991), Morte e detenzione: il gesto autolesivo all'interno dell'universo carcerario, *Rivista italiana di criminologia*, 315

Calzolari, F. (1987), Le urgenze psichiatriche, *Medicina Penitenziaria*, n° 9, 28.

Cantele, M., Jannucci, M., (1996), Dis-armati con la giustizia. I primi passi in carcere del folle autore di reato. *Il reo e il folle*, n° 2, 190.

Cassese A., (1994), *Umano-Disumano, Commissariati e Prigionieri nell'Europa di oggi*, Laterza, Roma-Bari.

Catanesi, R., (1995), Disturbi mentali e compatibilità carceraria, *Rivista italiana di medicina legale*, XVII, 1043.

Ceraudo, F., (1984), Per una diversa ipotesi carceraria, *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n° 2, 15.

Ceraudo, F., (1993), Extracomunitari e carcere: tra forme di disadattamento e nuove patologie, *Medicina Penitenziaria*, n°21, 5.

Ceraudo, F., (1993), La carcerazione-Eventi psicologici. *Atti del I Congresso Nazionale AMAPI di Psichiatria Penitenziaria*.

Ceraudo, F., (1995), Carcere e salute, *Medicina Penitenziaria*, n° 24, 67.

Ceraudo, F., (1996), Il suicidio in carcere, *Medicina Penitenziaria*, n° 27, 14.

Ceraudo, F., (1998) La storia della Medicina Penitenziaria, *ed. Archimedia Pisa*

Ceraudo, F., (1996), La sessualità in carcere, aspetti psicologici, comportamentali, ambientali, *Medicina Penitenziaria*

Cesa-Bianchi, M., Belloni, M., (1982), Profili di intervento dello psicologo nell'esecuzione penitenziaria, in *Alternative alla detenzione e riforma penitenziaria*, a cura di V. Grevi, Zanichelli, Bologna, 260.

Coco, N., (1978), La "psicologia correzionale" ha un domani? *Rassegna di Studi Penitenziari*, 645

Coco, N., (1983), Gli esperti ex. art. 80, IV comma legge 26 luglio 1975, n° 354 e l'obbligo del segreto professionale, *Rassegna Penitenziaria*, 463.

Crestani, C., Bordignon, D., (1986), Incompatibilità tra condizioni di salute e stato di detenzione. Aspetti giuridici e medico-legali, *Rivista italiana di medicina legale*, VIII, 406.

De Deo, A., (1988), Riflessioni sul ruolo della Medicina Penitenziaria, *Medicina Penitenziaria*, n°, 593.

De Donatis, V., (1994), Rischi inerenti le patologie psichiatriche: atti di auto-lesionismo ed aggressività, *Medicina Penitenziaria*, n°22, 21.

De Donatis, V., Sagulo, O., (1996), "Proposta di un software per la gestione dei dati sanitari in ambito penitenziario, . *Simposio*

internazionale di Medicina Penitenziaria "I nuovi orizzonti della Medicina Penitenziaria" pag 94

De Donatis, V., Sagulo, O., Paolillo, P., (1998), La Medicina Penitenziaria . Il futuro nella razionalizzazione delle risorse, *La storia della Medicina Penitenziaria*, pag.609-650

De Donatis, V., Sagulo, O., (2006) Cercare gli indicatori sanitari specifici per la Medicina Penitenziaria. L'individuazione dello stato di salute della popolazione detenuta italiana, www.unmedicoedilcarcere.it

De Pietro, O., D'Ancora, L., (1985), La compatibilità dello stato di salute con lo stato di detenzione al vaglio del medico legale, *Medicina Legale: Quaderni Camerti*, n° 1, 25.

Del Re, M., (1995), Infermi che delinquono: quale futuro? *Rivista di Polizia*, 289.

Di Gennaro, G., Bonomo, M., Breda, R., (1976), *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*. Giuffrè, Milano.

Di Girolamo, F., (1988), Osservazione e trattamento penitenziario, *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n° 11, 909.

Di Tullio, B., (1960), Sulla organizzazione igienico-sanitaria e pedagogica degli istituti penitenziari e sui servizi criminologici penitenziari, in B. Di Tullio *Principi di criminologia generale e clinica*, 485. Lombardo Editore, Roma.

Di Tullio, B., (1960), Trattato rieducativo e recupero sociale dei criminali, *Principi di criminologia generale e clinica*, Lombardo editore, Roma.

Ferracuti, F., (1956), Compiti della psicologia penitenziaria, *La Scuola Positiva*, 355.

Ferracuti, F., (1978), Note sul trattamento psichiatrico dei delinquenti anormali in detenzione, *Quaderni di criminologia clinica*, n. 2, 175.

Ferracuti, F., (1989), a cura di, Carcere e trattamento, *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, n°11.

Francia, A., (1992), L'assistenza psichiatrica come emergenza sanitaria. Stato attuale e prospettive di riforma, *Rassegna italiana di Criminologia*, 241.

Giberti, F., Rossi, R., (1983), *Manuale di psichiatria*, Piccin, Padova.

Giusti, G.V., (1981), La gravità delle condizioni di salute del detenuto in attesa di giudizio in relazione con la possibilità di concessione della libertà provvisoria: aspetti medico legali, *Rivista italiana di medicina legale*, n° 3,709.

Giusti, G., (1985), Formazione criminologica e operatori penitenziari, *Rivista di Polizia*, 802.

Giusti, G.V., Ferracuti, F., (1989), Condizioni psichiche dell'imputato e compatibilità carceraria, *Rivista italiana di medicina legale*, XI, 590.

Goldstein, N., (1983), Psychiatry in prison, in *The Psychiatric Clinics of North America*, VI; n°4, 751.

Grevi, V., (1982), a cura di, Indagini sull'attività dell'esperto nella istituzione carceraria in rapporto all'osservazione della personalità dei detenuti, *Alternative alla detenzione e riforma penitenziaria*, Zanichelli, Bologna, 93.

Introna, F., (1996), I diritti del malato di mente, ovvero il malato di mente nel diritto, *Criminologia, psichiatria forense e psicologia giudiziaria*. A cura di V. Mastronardi. A.Delfino Editore.

Jervis, G., (1980), *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano.

Jervis, G., (1997), La responsabilità dell'assistenza psichiatrica: un breve commento. *Il reo e il folle*, n° 3, 24.

Legendre, C., (1989), Un lieu paradoxal d'effets thérapeutiques: le milieu pénitentiaire, *L'evolution Psychiatrique*, 54.

Licciardello, O., (1989), Ruolo e possibilità operative dello psicologo all'interno del carcere, *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 673.

Magliona, B., Pastore, M., (1992), Tutela della salute dell'imputato e potere cautelare: dalla nozione di incompatibilità al concetto di intrinseca gravità (parte II), *Rassegna italiana di criminologia*, 103.

Manacorda, A., (1983), Infermità mentale, custodia e cura alla luce della recente giurisprudenza costituzionale. *Foro italiano*, I, 293.

Manna, A., (1994), Il trattamento sanzionatorio del malato di mente autore di reato e le prospettive di riforma, *Rassegna italiana di Criminologia*, 269.

Mantovani, F., (1984), *Il problema della criminalità*, Cedam, Padova.

Marasco, M., Ferracuti, F., (1990), Revisione del concetto di "personalità psicopatica" alla luce del DSM III-R e dei nuovi orientamenti della psichiatria nell'ambito penitenziario, *Zacchia: archivio di medicina legale*, 9.

Marasco, M., D'Agostino, L., Corsi, R., Rinaldi, R., (1991), Il Trattamento sanitario obbligatorio del malato di mente in Italia: intervento terapeutico o misura di protezione dell'allarme sociale? *Jura Medica*, n° 2, 195.

Margara, A., (1988), Le tipologie giuridiche dell'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario e i loro presupposti. In: A. Manacorda (a cura di), *Folli e reclusi*, La Casa Usher, Perugia.

Margara, A., (1995), Memoria di trent'anni di galera. Un dibattito spento, un dibattito acceso, in *Il Ponte*, nn. 7-9, 129.

Mellina, S., (1992), Problemi antropologici posti dalle lunghe detenzioni. Psicopatologia della cultura della custodia, *Dei delitti e delle pene*, n° 1, 89.

Merzagora, I., (1995), Il folle, il mostro, l'esperto. *Rassegna italiana di Criminologia*, 279.

Ministero della Giustizia, Amministrazione Penitenziaria, Bollettino 2006

Pavarini, M., (1995), Il carcere insicuro, *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n° 24, 71.

Piperno A., (1989), La prisonizzazione: teoria e ricerca, in *Carcere e trattamento* a cura di Ferracuti, n.11.

Ponti, G.L., (1989), Le psicosi carcerarie, *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n° 2,850.

Ponti, G., Merzagora, I., (1993), *Psichiatria e giustizia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Raspa, G., (1995), Presentazione del lavoro scientifico:" Trauma da ingresso in carcere", *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n°26, 8.

Ricci, P., Venditto, M., Ferrari, M., (1997), I trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale: ancora qualche osservazione in tema di responsabilità penale dello psichiatra, *Rassegna italiana di Criminologia*, n° ultimo, 95.

Rizzo, R., (1987), Suicidio e tentato suicidio in carcere, *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n°8, 27.

Rocco, P.L., (1990), Il ruolo della psicologia medica nelle situazioni d'urgenza in carcere, *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n°15, 31.

Russo, G., (1987), Infermità di mente e pericolosità sociale, *Rivista italiana di medicina legale*, IX, n°3, 736.

Russo, G., (1989), Il trattamento del malato di mente autore di reato, *Rivista italiana di medicina legale*, XI, 525.

Santoro, E., (1997), The Prison Community, *Carcere e società liberale*, Giappichelli, Torino.

Savoia, A., Fratantonio, G., (1978), Il fenomeno della violenza nelle carceri, *Rassegna di Studi Penitenziari*, 147.

Scardaccione, G., (1978), Alcune considerazioni criminologiche sul trattamento come previsto dalla legge 26 luglio 1975, n. 354, *Rassegna di Studi Penitenziari*, 359.

Selmini, R., (1994), L'origine, lo sviluppo e gli esiti del processo di responsabilizzazione dei malati di mente autori di reato, *Dei delitti e delle pene*, n° 2, 29.

Serra C., (1994), *Il Castello, S. Giorgio e il Drago*, Edizioni Seam, Roma.

Seymour Halleck, M.D., (1978), La psicoterapia nell'ambiente penitenziario: problemi e prospettive, *Quaderni di criminologia clinica*, 141.

Sica, G., Cicconi, P.M., (), Funzioni sanitarie e trattamentali nell'ambito delle istituzioni penitenziarie, *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n° 19, 36.

Sofri, A., Ceraudo F., (2001) Ferri Battuti, Edizioni Archimedia, Pisa

Solivetti, L., (1983), Società e risocializzazione: il ruolo degli esperti nelle attività di trattamento rieducativo, *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 259.

Speziale Bagliacca, R., (1984), Matti da imprigionare, *Difesa penale*, III, supplemento al n° 5, 59.

Starnini, G., et al, (1994),.: L'infezione tubercolare nelle carceri italiane, pp.48-54, in: *Atti del XVII Convegno Nazionale AMAPI*

Tantalo, M., Colafigli, A., (1995), Controllo o trattamento del reo malato di mente. Riflessioni critiche sul sistema giudiziario italiano, *Rassegna italiana di Criminologia*, 565.

Valitutti, C., (1997), Dubbi di confine, *Il reo e il folle*, n° 2, 112.

Valitutti, C., (1997), Il ricovero psichiatrico in carcere: analisi di un'esperienza, *Il reo e il folle*, n° 4, 260.

Vassalli, G., (1988), Funzioni della pena, *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n. 2, 857.