

La “crisi” entra in carcere

La situazione delle carceri Italiane è oggi particolarmente difficile a causa della crescita del numero dei detenuti, che ha generato un sovraffollamento quale mai si era verificato nella storia del paese. Tale situazione ha portato anche alla condanna dell'Italia da parte della Corte di Strasburgo, nel 2009, nota a tutti.

Il sovraffollamento, come è intuitivo, non è solo un problema di spazio vitale individuale, ma ha effetti negativi su tutto il processo trattamentale di rieducazione e di reintegrazione e anche sulle quotidiane condizioni di vita dei detenuti e, non in ultimo, sulla loro salute. Troppe cose da dividere in troppi: dall'aria, all'acqua calda, al cibo, alle medicine. Questa condizione si accompagna anche alla diminuzione delle risorse e del personale.

Il carcere è specchio della società e la crisi economica in atto, unita ad un orientamento legislativo che ha di fatto esposto i più fragili (i tossicodipendenti, gli stranieri, i senza dimora) a condanne molto severe, ha avuto come conseguenza l'aumento delle carcerazioni. L'impoverimento riguarda ormai molti, oggi anche tra la classe media e gli anziani troviamo un numero crescente di persone che vivono sotto la soglia della povertà. Così mentre fuori dal carcere cresce il numero dei poveri, ancor più cresce il numero dei poveri che entrano in carcere. Cresce la povertà e il disagio nel carcere. Nelle visite ai detenuti come volontari della Comunità di Sant'Egidio verificiamo quotidianamente che le richieste che ci pervengono nascono principalmente dalle loro condizioni di povertà.

Essere malati in carcere

Un punto critico è anche l'aumento dei detenuti malati. Sono più numerosi gli anziani e i malati di gravi patologie, o le persone che soffrono di disagio psichico. Molti degli anziani/e o malati, attualmente detenuti, sarebbero nella condizione giuridica idonea alla concessione di una misura in libertà, ma restano all'interno degli Istituti penali per l'assenza di strutture di accoglienza sia sociali che socio-sanitarie. Da qui l'affollamento nelle infermerie, che cominciano a somigliare a reparti di lungodegenza, perché accolgono oltre ai malati “acuti”, anche i “cronici”. In queste infermerie è indispensabile avere una disponibilità di ausili e presidi sanitari e ortopedici di ogni genere. Questi ultimi normalmente sono in dotazione del paziente che ne abbia fatto richiesta. In carcere questo meccanismo non è ancora stato avviato pienamente ed è, occorre dirlo, di difficile attuazione soprattutto nelle carceri giudiziarie che prevedono una elevata mobilità per spostamenti o brevi permanenze. Da questo deriva una grave insufficienza di pannoloni, carrozzine, ausili per la respirazione e altro, con difficoltà di approvvigionamento.

La presa in carico del paziente da parte del servizio medico del carcere è resa più complicata oltre che a causa dei trasferimenti di malati in Istituti lontani, anche per i tempi che intercorrono tra l'ingresso in carcere e le visite specialistiche. Si deve infine considerare l'estrema difficoltà che i medici affrontano per l'organizzazione e la gestione quotidiana del loro servizio.

L'Istituzione fa fatica a far fronte a questa condizione. Da più parti viene segnalata la diminuzione dei quantitativi di cibo distribuiti e di alimenti abitualmente acquistati in sopravvitto dai detenuti. Ci è stato segnalato un calo di cibo al minorile di Roma, a Rebibbia Terza Casa, in altri Istituti laziali e liguri e ci è riferita una diminuzione dei quantitativi un po' in tutti gli Istituti. E' verosimile credere

che questo sia dovuto alla crescita del numero dei detenuti e al calo dei fondi. Scarseggiano il latte e altri alimenti e diminuiscono alcuni generi abitualmente acquistati dai detenuti più abbienti, come piatti e bicchieri di carta, sapone o carta igienica, a causa della diminuzione di detenuti in grado di pagare il sopravvitto. Anche su questo calo incide la diminuzione del numero di detenuti in grado di pagare e l'aumento complessivo dei detenuti poveri.

Questo problema ha una sua evidenza soprattutto nelle carceri più piccole. Infatti nei periodi in cui in un carcere piccolo diminuisce il numero dei detenuti con sostegno esterno, tutti gli altri, che fanno più fatica ad acquistare il cosiddetto sopravvitto, finiscono col non avere lo zucchero e il caffè. Diventa difficile procurarsi il dentifricio, il sapone, lo straccio per pulire il pavimento della cella e la carta igienica. I volontari ormai oltre agli indumenti distribuiscono anche zucchero, caffè e sapone. Ci sono famiglie italiane che mantengono in carcere non soltanto i propri figli o congiunti ma anche i loro compagni di cella che famiglia non hanno, italiani o stranieri che siano! Va un po' meglio nelle carceri grandi. A Napoli un Istituto come Poggioreale, che ospita oltre 2700 detenuti, fa conto soprattutto sul sostegno che perviene ai detenuti dalle loro famiglie, che sono molte in rapporto all'altissimo numero di reclusi. I ragazzi in cella dividono il "pacco di casa" tra gli altri compagni, in questo senso forse il carcere oggi costituisce un esempio di convivenza e di solidarietà! Queste famiglie cominciano però ad essere a loro volta oppresse dal crescente impoverimento generale e faticano a mantenere gli aiuti agli stessi livelli del passato.

I Centri Clinici

I grandi Centri Clinici e le infermerie delle carceri di Napoli e di Roma a causa del sovraffollamento somigliano oggi più a cronichi di vecchia memoria piuttosto che a Centri di diagnosi, cura e riabilitazione. Ospitano detenuti gravemente non autosufficienti, amputati, handicappati, allettati, insieme a cardiopatici gravi, persone in dialisi e malati con carcinomi bisognosi di terapie specialistiche. Ci sono malati di cancro ai quali non è assicurata la regolarità nell'effettuazione delle sedute di chemioterapia, a causa delle crescenti difficoltà logistiche e organizzative per l'accompagnamento e il piantonamento. Inoltre per effettuare una visita in ambiente sanitario esterno al carcere, i tempi di attesa sono mediamente lunghi e gli appuntamenti rischiano troppo spesso di saltare per la mancanza di scorte.

La carenza di fondi e i tagli rendono difficile anche l'impegno del personale carcerario e diventano occasione di tensione e di disperazione.

Le ridotte disponibilità economiche rendono difficile persino l'invio dei tossicodipendenti in comunità terapeutiche, peraltro previsto dalle leggi vigenti, con conseguente aumento delle carcerazioni dei detenuti tossicodipendenti, sia nel tempo che nel numero. E' sufficiente sapere che prima dell'indulto, nel 2005, su 16.000 detenuti tossicodipendenti 7000 erano stati affidati a comunità terapeutiche. Nel 2009, dei 16.000 detenuti tossicodipendenti poco più di 1000 hanno scontato la pena affidati ad una struttura esterna: dunque il 43% nel 2005, solo il 7% nel 2009. La conseguenza è che i tossicodipendenti, che necessitano di interventi socio-sanitari esterni per il loro pieno recupero, scontano la pena fino all'ultimo giorno tra le mura del carcere.

La condizione di vita nelle carceri italiane mette a dura prova il rispetto della dignità umana. Già 10 anni fa Giovanni Paolo II nel Messaggio per il giubileo delle carceri segnalava con preoccupazione: *«Siamo ancora lontani dal momento in cui la nostra coscienza potrà essere certa di aver fatto tutto il possibile ... per offrire a chi delinque la via di un riscatto e di un nuovo inserimento positivo nella società»*. Oggi, trascorsi 10 anni dall'anno giubilare, vediamo la situazione ancora peggiorata.

Da rilevare l'alto numero di detenuti che non hanno un domicilio (o lo hanno perduto nel corso della carcerazione) né risorse esterne, il che comporta quasi sicuramente esclusione dal beneficio delle pene alternative. Tutti coloro che sono privi di un domicilio o della residenza infatti non riescono ad accedere alle misure alternative e ai percorsi terapeutici finalizzati al recupero dei tossicodipendenti o, nei casi di malattia, alla detenzione domiciliare per motivi di salute, perché mancano dei requisiti indispensabili: residenza, documenti di identità, alloggio, sostegno esterno. Detenuti non autosufficienti, perché malati, allettati, o molto anziani, spesso non riescono trovare sistemazione più adeguata anche per tutta la durata della carcerazione. Medesimi impedimenti incontrano gli internati negli OPG, per i quali peraltro la misura di sicurezza non prevede un fine pena. In questo ormai endemico malessere molti non resistono alla tensione, di qui l'alto numero di suicidi registrati nelle prigioni italiane.

Le malattie infettive

A fronte di questa maggiore domanda di salute la riforma è oggi più che mai opportuna. Grazie alla riforma sanitaria, che ha gestito il trasferimento delle competenze sanitarie al Servizio Sanitario Nazionale, sono state immesse nuove figure professionali, è quindi possibile dare una più adeguata risposta nella qualità e nella quantità.

In alcuni Istituti è stato avviato uno screening infettivologico sulla popolazione detenuta in ingresso, che ha fatto emergere un quadro preoccupante per il numero di infettati dal virus delle Epatite B e C, Sifilide, contagio da HIV, TBC e altre malattie infettive sulle quali occorre intervenire. La strategia preventiva richiede risorse, alcune di queste malattie sono ad alto rischio di contagio, come l'Epatite B reattiva, per la quale le terapie antiretrovirali danno una buona risposta terapeutica con l'azzeramento della carica virale. Si constata però che ad oggi molti detenuti infettati non sono arruolati in terapie specifiche. Una delle ragioni di questa mancanza è da attribuire, oltre che all'elevato numero dei casi da seguire, anche al problema dei trasferimenti in altri Istituti Penitenziari e alla difficoltà di garantire la continuità terapeutica. Inoltre nel caso di quella popolazione detenuta risultata negativa al test dell'Epatite B si può realizzare un buon controllo del contagio anche attraverso l'uso del vaccino.

Sarebbe più che opportuno avvalersi del tempo della carcerazione per curare tali pazienti e tenere sotto controllo il rischio di contagio, certamente all'interno del carcere, ma anche all'esterno, una volta che queste persone saranno uscite. Anche per la salute del personale sanitario e non operante all'interno del carcere è estremamente importante estendere il più possibile la diagnostica preventiva infettivologica. Ma tutte le patologie andrebbero attentamente indagate, controllate e affrontate dal punto di vista terapeutico in maniera tempestiva (come le patologie a carico dei reni, del cuore, i dismetabolismi di cui tanti soffrono).

E' fuori da ogni dubbio che sul carcere si scarica una gran mole di problemi di natura sociale e sanitaria che non costituiscono il principale mandato dell'Istituzione Penitenziaria. Anche per questo motivo l'istituzione non è più in grado di essere un luogo di rieducazione e di recupero.

Per alcuni detenuti molto poveri la permanenza in carcere costituisce un vantaggio sul piano sociale e sanitario, si trovano ad avere un tetto, un letto, il cibo quotidiano senza elemosinare o rubare, oltre che assistenza sanitaria e cure mediche. Per questi detenuti che provengono da contesti di marginalità e presentano una domanda sanitaria, psichiatrica o sociale, il tempo della carcerazione rappresenta un momento di stabilità e di normalizzazione, in rapporto a una quotidianità

caratterizzata da un mancato inserimento nel tessuto sociale. Questo tempo può essere ben speso per risolvere vuoti amministrativi e avvicinare ai servizi territoriali.

Tuttavia è chiaro che gli Enti Locali dovrebbero farsi carico di assistere gli indigenti e di curare i malati.

I farmaci di fascia C, mancano ancora in gran parte degli Istituti, seppure la loro erogazione sia individuata nel DPCM del 1 aprile 2008 quale prestazione sanitaria di medicina generale da garantire. Essi sono peraltro previsti nel prontuario farmaceutico ospedaliero, ma non in quello territoriale, sono soggetti dunque alla collocazione territoriale dell'Istituto. Questo crea problemi notevoli a quanti non possono acquistare farmaci antidolorifici o antinfiammatori, diuretici, pomate ad uso topico dermatologico, pomate o unguenti antiemmorroidari, gocce oftalmologiche, tra cui alcuni a stretto uso personale. Farmaci essenziali per una pronta risposta terapeutica.

Lavorare insieme, lavorare in rete.

La riforma sanitaria, che ha avuto la grande intuizione di mettere al centro la persona e non il detenuto, vive oggi la fatica di essere a metà del guado e come in ogni riforma necessita della collaborazione di tutti gli attori che sono chiamati a rispondere alle domande di salute e a migliorare l'intervento sanitario in carcere. I livelli essenziali di assistenza ai detenuti non sono ancora del tutto garantiti. Occorre dunque lavorare in questa direzione realizzando una maggiore integrazione tra operatori sanitari in carcere e le strutture sanitarie del territorio. Il lavoro di rete costituisce una risorsa in più anche per le positive collaborazioni che ne possono nascere, soprattutto in tempi di crisi e di mancanza di fondi e di personale.

La domanda di salute è spesso complessa e strettamente connessa a quella di una vita dignitosa, con una casa e un lavoro. Il collegamento tra servizi sociali interni al penitenziario e servizi sociali territoriali è il primo modo per sviluppare maggiore progettualità, finalizzata al raggiungimento di un positivo reinserimento.

I mesi che precedono la dimissione dal carcere dunque dovrebbero essere utilizzati per affrontare e risolvere alcuni nodi come residenza, pensione, documento di identità, presa in carico da parte dei Sert e DSM territoriali. Per gli stranieri i codici ENI e STP.

Sarebbe inoltre auspicabile anche una continuità della presa in carico da parte dei servizi sociali, del carcere e del territorio, oltre alla continuità terapeutica nella presa in carico medico specialistica in carcere.

Purtroppo è in atto una progressiva diminuzione delle ore di lavoro di psicologi e assistenti sociali. Per quanto riguarda gli assistenti sociali operanti nei servizi territoriali sanitari e quindi trasferiti al carcere, se ne registra la presenza soltanto in pochissimi Istituti.

La condizione di malattia e la mancanza di libertà a volte sono inconciliabili. Nessuno può essere escluso dall'assistenza sanitaria perché ha commesso un reato. A chi vive una difficoltà, un disagio, psichico o fisico, deve essere data la possibilità di essere curato.

La Comunità di Sant'Egidio

L'inizio della presenza della Comunità di Sant'Egidio nelle carceri italiane data 1990. Nel mondo è presente in 70 prigioni di 15 paesi africani. In Europa, oltre all'Italia, presso alcuni Istituti penali in Germania, in Belgio e in Spagna.

Sant'Egidio svolge in carcere, come altrove, interventi a titolo gratuito in favore dei malati, dei più poveri e di chi è privo di sostegni esterni.

In Italia attualmente sono visitati e seguiti circa 3000 detenuti ogni anno nelle carceri di:

Lazio: i cinque Istituti di Roma; saltuariamente Frosinone, Rieti, Cassino, Civitavecchia, Viterbo.

Campania: Poggioreale, Secondigliano, Secondigliano OPG, Pozzuoli.

Toscana: Firenze Sollicciano, Livorno, Empoli

Liguria: Genova Marassi e Pontedecimo.

La Comunità di Sant'Egidio ha cominciato a visitare i detenuti a Roma nelle infermerie degli Istituti romani in anni difficili, anni in cui si moriva per l'AIDS. Questa presenza è rimasta stabile nel tempo e si è allargata negli anni ad altri Istituti penali. Attualmente gli operatori di Sant'Egidio assicurano una presenza settimanale in 19 Istituti e, in particolare, in 7 infermerie: a Roma (Regina Coeli, Rebibbia Nuovo Complesso, Rebibbia Femminile, Reparto Osp. Pertini) e a Genova (Marassi), da quest'anno a Napoli CdT Secondigliano e Centro Clinico di Poggioreale.

Una presenza è iniziata a partire dal 2009 nei due OPG campani (Aversa e Secondigliano) dove sono stati realizzati momenti di animazione e accompagnamento degli internati in gita fuori dal carcere.

Ogni settimana vengono visitate anche le donne ospitate nelle carceri femminili a Roma, Firenze, Genova, Empoli e, in modo iniziale, nel carcere di Pozzuoli. Negli Istituti femminili la presenza di donne, di donne in gravidanza, di madri carcerate con i loro bambini e anche di quelle che il carcere ha separato dai loro bambini, pongono interrogativi sulle norme vigenti e sulla loro applicazione.

Negli ultimi mesi, oltre alla presenza regolare settimanale, la Comunità di Sant'Egidio ha organizzato distribuzioni di oltre 4200 capi di abbigliamento in 14 Istituti Penitenziari.

Nel periodo delle feste natalizie 2010 più di 3200 detenuti, selezionati tra i più poveri e che non effettuano colloqui, hanno preso parte ai pranzi di Natale tenutisi nelle carceri di Roma, Napoli, Genova, Firenze, Livorno, Empoli, Frosinone, Vercelli. Si tratta del 5% dell'intera popolazione carceraria nazionale. I pranzi di Natale hanno coinvolto anche i direttori e il personale operante negli Istituti di pena.