



LA SALUTE (P)RECLUSA

un'inchiesta di



INDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUZIONE | 3 |
| DATI: L’AFFOLLAMENTO DELLE CARCERI | 4 |
| DATI: LO STATO DI SALUTE DEI DETENUTI | 5 |
| DATI: STRUTTURE SANITARIE | 6 |
| LA MEDICINA PENITENZIARIA E LA RIFORMA DEL 2008 | 8 |
| LA FIGURA DEL MEDICO PENITENZIARIO | 10 |
| TOSSICODIPENDENZA | 13 |
| EPATITE C | 15 |
| AIDS | 16 |
| AIDS E SISTEMA PENALE ITALIANO | 17 |
| TUBERCOLOSI | 19 |
| MALATTIE DA CARCERE | 21 |
| NON E’ UN POSTO PER DONNE | 22 |
| OPG | 24 |
| TANTI DECESSI, UN SOLO KILLER | 29 |
| CONCLUSIONI | 32 |
| BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA..... | 33 |

INTRODUZIONE

*Dopo il nostro primo viaggio nel mondo del diritto penitenziario, il dossier "Evasione dal Diritto" e il cortometraggio "Se tu vivessi in una cella", ci è sembrato opportuno e necessario proseguire il nostro lavoro di approfondimento sulla tematica carceraria. Ci siamo trovati di fronte a una scelta di non poca importanza: come poter continuare e andare avanti nell'approfondimento? Abbiamo deciso di mantenere lo stesso taglio: il più possibile divulgativo e accessibile a ognuno, ma allo stesso tempo tecnico e scientificamente valido. Speriamo di esserci riusciti anche questa volta. L'universo carcerario è vastissimo; dunque, abbiamo tentato di dividere in macroaree questo mondo, così da riuscire, per ognuna di queste, ad arrivare a denunciarne limiti e carenze in un breve dossier come questo. Siamo partiti dalla problematica della **salute nelle carceri**: un tema che ha una portata vastissima, visto che un solo detenuto su cinque può essere definito "sano", e che riguarda ancora drammaticamente la quotidianità dei detenuti. Un tema attuale anche per la recente attuazione della Riforma della Medicina Penitenziaria (2008) e per la decisione della chiusura degli OPG entro il 2013.*

La Conferenza Internazionale della Sanità (New York, 1946) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (d'ora in poi OMS) definiscono la salute come:

"uno stato di completo **benessere fisico, mentale, sociale** e che **non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità**. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce **uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano**, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi per farvi parte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate"¹.

La salute, dunque, viene configurata e affermata come diritto al benessere non solo fisico, ma anche psichico; come diritto a una vita ed esistenza dignitosa e non solo, quindi, a ricevere le cure in presenza di uno stato di malattia di un soggetto. La salute, tutelata anche dalla nostra Costituzione all'art. 32, è un diritto riconosciuto a ogni uomo come proprio e inviolabile, che va tutelato anche quando una persona viene privata del suo diritto alla libertà. Quest'ultimo, infatti, può essere sacrificato solo rispettando i principi della Costituzione e del diritto penale e ciò non significa che il diritto alla salute debba essere sacrificato nel momento in cui viene limitata la libertà personale di un soggetto. Naturalmente, però, un conto sono i principi, le leggi, il sistema penale così come configurato dal nostro ordinamento e un altro è la realtà dei fatti, l'analisi dei dati e il quadro che emerge da uno studio e da un confronto con quello che accade quotidianamente negli istituti penitenziari di tutta Italia.

In questo nostro percorso emergerà una differenza abissale tra i due piani così tracciati, ma non solo: il diritto alla salute risulta calpestato non unicamente nella sua accezione più ampia, così come definita anche da convenzioni e istituzioni internazionali, ma anche in quella, in un certo senso, minore e minima di diritto alla "mera" sanità, ovvero di diritto alla cura delle malattie e delle patologie. Nel nostro ordinamento è stata da poco attuata una riforma generale della medicina penitenziaria, che finalmente ha permesso che i detenuti siano trattati e curati dagli stessi operatori sanitari che operano nelle strutture pubbliche. Vi è stato, cioè, un passaggio di consegne che ha trasferito le competenze dal Ministero della Giustizia a quello della Salute. Una riforma che certamente costituisce un grande passo avanti, anche dal punto di vista dei principi, ma che ancora presenta molti limiti, soprattutto pratici. A cominciare dal problema principe delle carceri, il **sovraffollamento**: finché sarà questa la situazione e il livello di saturazione degli istituti, non sarà mai possibile attuare fino in fondo una riforma che possa avere una buona efficacia.

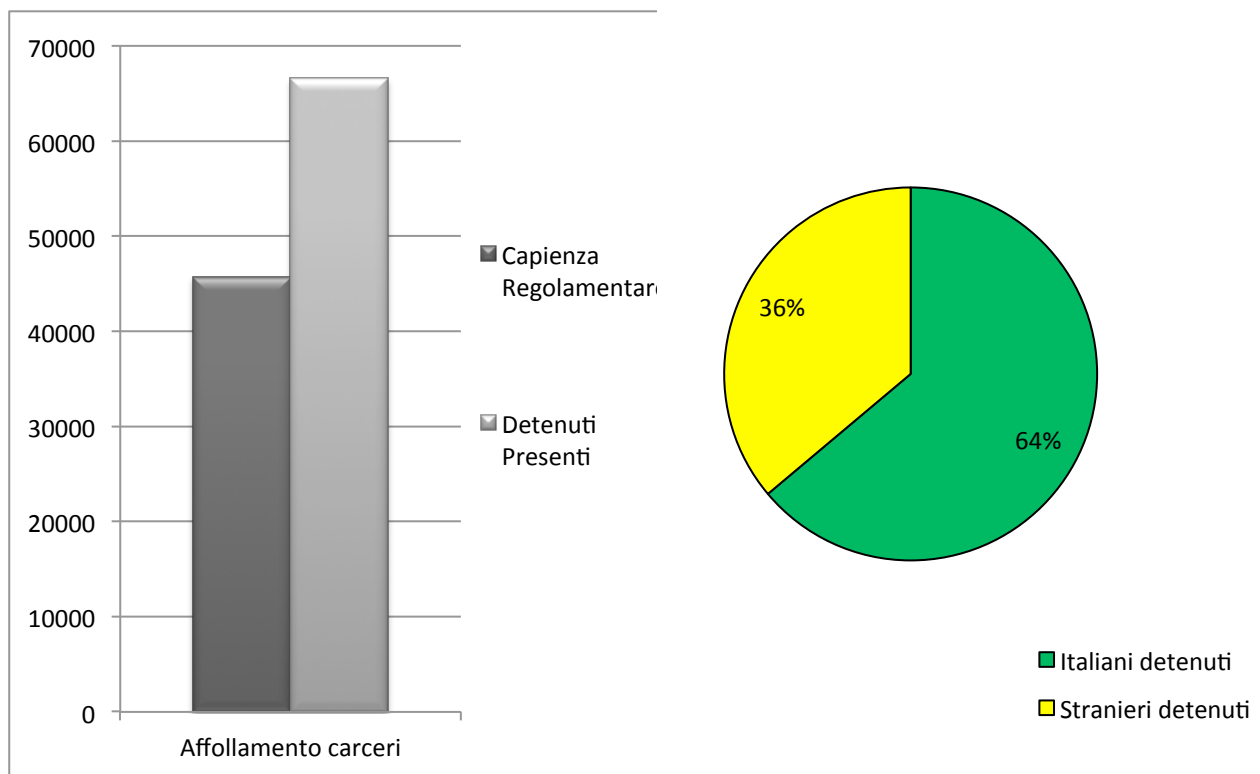
¹ OMS, *Costitutions de l'Organisation mondiale de la santé*, 1948, p. 1.

DATI: L'AFFOLLAMENTO DELLE CARCERI

È al sovraffollamento che si legano le maggiori problematiche delle carceri. Per questo, ci sembra necessario e opportuno offrirvi, per prima cosa, i dati più recenti sull'affollamento degli istituti penitenziari italiani.

Dati aggiornati al **29 FEBBRAIO 2012**. Fonti: Ristretti Orizzonti, Ministero della Giustizia.

| | |
|---------------------------|---------------|
| Numero istituti | 206 |
| Capienza regolamentare | 45.742 |
| Totale detenuti presenti | 66.632 |
| Totale detenuti stranieri | 24.069 |



POSIZIONE GIURIDICA DEI DETENUTI

| In attesa di primo giudizio | Appellanti | Ricorrenti | Misto (*) | Totale imputati | Condannati definitivi | Internati | Da impostare (**) | Totale |
|-----------------------------|------------|------------|-----------|-----------------|-----------------------|-----------|-------------------|------------------|
| 13.628 | 7.130 | 4.699 | 1.532 | 26.989 (43%) | 38.195 (57%) | 1.385 | 63 | 66.632 (100%) |

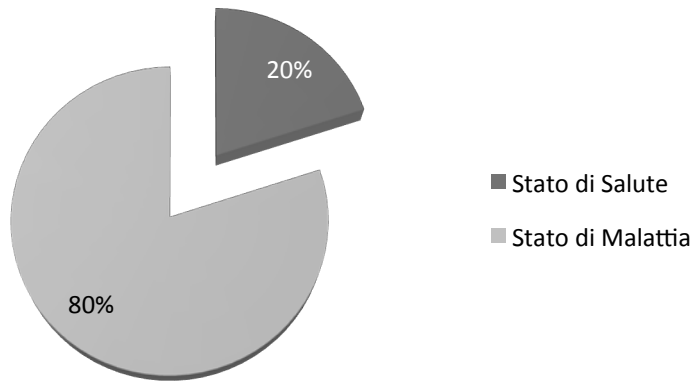
(*): nella categoria "misto" confluiscono i detenuti imputati con a carico più fatti, ciascuno dei quali con il relativo stato giuridico, purché **senza nessuna condanna definitiva**.

(**): la categoria "da impostare" si riferisce a una situazione transitoria. È infatti relativa a quei soggetti per i quali è momentaneamente impossibile inserire nell'archivio informatico lo stato giuridico, in quanto non sono ancora disponibili tutti gli atti ufficiali necessari.

DATI: LO STATO DI SALUTE DEI DETENUTI

Riuscire a fornire dei dati sullo stato di salute dei detenuti è un'operazione estremamente difficile. Non esistono dati ufficiali che indichino lo stato di salute dei detenuti ed è stato anche molto difficoltoso trovarne di "ufficiosi" e aggiornati.

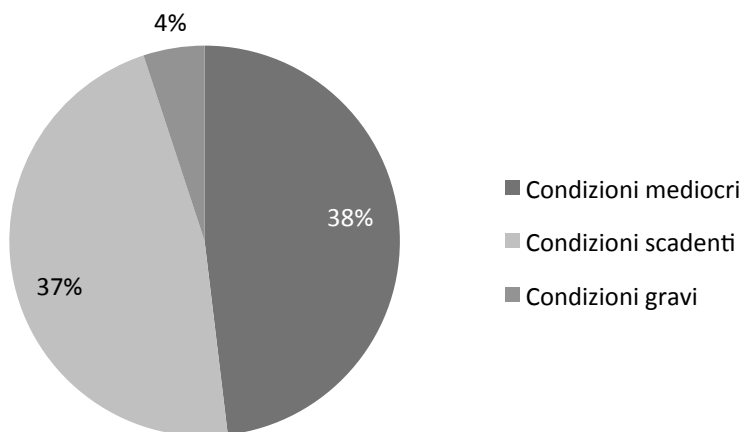
SALUTE



Il **Simspe** (Società Italiana Medicina e Sanità Penitenziaria), in un convegno organizzato a Roma nel novembre 2010, ha rilevato che solo il **20%** dei quasi 70.000 detenuti godono di uno stato di "buona salute".

Secondo un rapporto della commissione Giustizia del Senato del 2010, solo il 20% dei detenuti è sano. Del restante 80% il **38%** versa in **condizioni mediocri**, il **37%** in **condizioni scadenti**, il **4%** ha problemi di salute **gravi**.

STATO DI MALATTIA



DATI: STRUTTURE SANITARIE

Delinare un quadro preciso di come siano organizzate le strutture sanitarie nei penitenziari non è cosa facile: ogni carcere, infatti, è un mondo a sé e molto dipende dall'organico dei singoli istituti e dal funzionamento delle amministrazioni. Il passaggio di competenze al Servizio Sanitario Nazionale, inoltre, ha portato con sé dei cambiamenti di tipo burocratico e strutturale che si rivelano man mano che la riforma si va attuando. La struttura attuale, ancora in fase di aggiornamento, prevede che presso i Provveditorati regionali vengano attivate le Unità operative di sanità penitenziaria: è prevista, quindi, una collaborazione tra queste ultime e il Provveditore regionale per disporre il coordinamento strutturale e la pianificazione dei presidi medici all'interno degli istituti.

In linea generale, l'art. 11 dell'Ordinamento Penitenziario dispone che sia garantito **un presidio sanitario all'interno di ogni carcere**.

Tale presidio può articolarsi secondo tre modelli, che prevedono diversi tipi di assistenza:

- **Strutture sanitarie di primo livello:** viene chiamato così il servizio sanitario disponibile nelle carceri con meno di 225 detenuti. Comprendono un servizio medico giornaliero non continuativo, il medico di guardia e le prestazioni specialistiche più richieste.
- **Strutture sanitarie di secondo livello:** nelle carceri con più di 225 detenuti è previsto un servizio medico giornaliero continuativo e maggiori possibilità di usufruire di prestazioni specialistiche. La differenza fondamentale col "primo livello" sta nel fatto che è prevista anche la dotazione di strumenti diagnostici di base, per evitare ricorsi a strutture esterne che rallenterebbero ancora di più l'iter "curativo".
- **Strutture sanitarie di terzo livello:** è un tipo più avanzato di servizio sanitario, che prevede la presenza di attrezzature capaci di affrontare anche necessità di tipo chirurgico, oltre a garantire i servizi previsti negli altri due modelli. Vengono ricompresi in questa definizione anche gli ospedali psichiatrici giudiziari.

➤ Istituti dotati di Reparti specifici per malattie infettive

| CITTA' | ISTITUTO |
|--------|---------------|
| MILANO | OPERA |
| NAPOLI | SECONDIGLIANO |
| GENOVA | MARASSI |

➤ Case Circondariali dotate di Sezioni Sanitarie (totale posti letto: 253)

| CITTA' | ISTITUTO |
|---------|------------------------|
| TORINO | LORUSSO E COTUGNO |
| SASSARI | |
| PISA | |
| ROMA | REGINA COELI; REBBIBIA |
| TARANTO | |
| BIELLA | |
| IVREA | |

➤ Istituti dotati di stanze attrezzate per l'accoglienza di disabili autosufficienti

| CITTA' | ISTITUTO |
|---------------|-------------------------|
| REGGIO EMILIA | |
| MASSA | |
| ROMA | REBIBBIA |
| NAPOLI | SECONDIGLIANO |
| PALERMO | UCCIARDONE; PAGLIARELLI |
| CALTANISSETTA | |
| MESSINA | |

➤ Istituti destinati alla realizzazione di reparti per la gestione di detenuti con disabilità motoria non autosufficienti (totale posti letto: 17)

| | |
|-------------------|-------------------------|
| ROMA-REGINA COELI | NON ATTIVATO |
| CATANZARO | IN VIA DI REALIZZAZIONE |
| BARI | ATTIVATO |
| PARMA | ATTIVATO |

➤ Reparti di osservazione psichiatrica in funzione (totale posti letto: 89)

| ISTITUTO | NUMERO E TIPO DI REPARTI | NUMERO POSTI LETTO |
|-----------------------------------|---------------------------|--------------------|
| TORINO – <i>Lorusso e Cotugno</i> | DUE (non specificato) | 25 |
| MONZA | UNO (MASCILE) | 5 |
| BOLOGNA | UNO (MASCILE) | 5 |
| FIRENZE – <i>Sollicciano</i> | DUE (MASCILE E FEMMINILE) | 7 |
| LIVORNO | UNO (non specificato) | 7 |
| NAPOLI – <i>Secondigliano</i> | UNO (non specificato) | 18 |
| ROMA – <i>Rebibbia</i> | UNO (MASCILE) | 6 |
| REGGIO CALABRIA | UNO (MASCILE) | 5 |
| PALERMO – <i>Pagliarielli</i> | UNO (MASCILE) | 5 |
| CAGLIARI | UNO (MASCILE) | 6 |

In via di attivazione: LANCIANO (10 posti letto).

LA MEDICINA PENITENZIARIA E LA RIFORMA DEL 2008

Evoluzione normativa

La medicina penitenziaria nasce con la legge 354/1975, il c.d. ordinamento penitenziario. Il sistema era incentrato sui principi di **sicurezza** e **autosufficienza** dell'Amministrazione penitenziaria, ma con il passare del tempo sono mutate esigenze, sensibilità e anche problematiche. Tra queste ultime, *in primis*, il sensibile aumento della popolazione carceraria, che ha avuto, tra le altre conseguenze, anche quella di aggravare le condizioni di salute all'interno degli istituti e ha causato l'imponente aumento dei problemi legati alla tossicodipendenza, all'AIDS, ai disturbi mentali. Il sovraffollamento della popolazione ha, inoltre, favorito il ripresentarsi di malattie ormai scomparse in Italia, come la tubercolosi e la scabbia.

Nel 1998, con l'art. 5 della legge-delega 419, è iniziato un percorso che ha portato al trasferimento delle competenze dal Ministero della Giustizia a quello della Salute. Il primo passo è stato compiuto con il decreto legislativo n° 230 del 1999 (c.d. decreto Bindi), con il quale si assegnava al Servizio Sanitario Nazionale la funzione di erogare le prestazioni sanitarie, lasciando all'Amministrazione penitenziaria le prerogative sulla sicurezza. Con dieci anni di ritardo, nel 2008, viene inserita la previsione all'interno della legge finanziaria circa il trasferimento di ogni competenza al Ministero della Salute (compresi i rapporti di lavoro e le risorse finanziarie), da attuarsi con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Con il D.P.C.M. del 1° aprile 2008 finalmente viene attuato il passaggio al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le competenze.

La medicina penitenziaria era considerata una parte propria dell'amministrazione penitenziaria e, infatti, il personale medico era dipendente dal Ministero della Giustizia, lo stesso dal quale dipendono tutt'oggi gli agenti penitenziari. Dal formarsi del **principio del trattamento sanitario uguale tanto per i cittadini liberi quanto per i detenuti** si è voluto, quindi, procedere verso istanze umanitarie, rovesciando la prospettiva e ponendo al centro il principio della salute del detenuto, quasi in contrapposizione alle esigenze di sicurezza. Parallelamente si è ritenuto che la gestione della sanità, anche all'interno degli istituti penitenziari, potesse essere gestita meglio dalle stesse Aziende Sanitarie Locali che curano i cittadini. L'istituzione che possiamo definire della Giustizia ha abbandonato le sue competenze sanitarie grazie all'affiancamento dell'istituzione Sanità nelle specifiche competenze di quest'ultima.

Obiettivi della riforma

Il paragrafo precedente illustra quello che la riforma ha voluto realizzare, ancorandosi al principio costituzionale espresso dall'art. 32 della nostra Costituzione, che tutela la salute come diritto fondamentale di ogni individuo (a prescindere, cioè, da ogni sua "connotazione sociale"). Il primo obiettivo è, infatti, quello di assicurare ai detenuti lo stesso trattamento sanitario riservato ai cittadini non reclusi; il secondo è quello della giustizia, intesa come garanzia di sicurezza per la società. Nonostante queste due politiche siano quasi opposte e forse difficilmente conciliabili con la riforma è stato fatto, dal punto di vista teorico, un enorme passo avanti.

Problematiche della riforma

L'ottavo rapporto dell'Associazione Antigone² individua in quattro livelli le diverse criticità:

- **Finanziario:** una riforma ha valore solamente se vi sono forti investimenti. Se si considera che il Ministero della Salute e il Ministero della Giustizia provengono da situazioni di forte carenza di fondi, ecco che la riforma della sanità penitenziaria perde gran parte della sua portata innovativa: con quali soldi si potranno comprare nuove attrezzature, si potrà adeguare la sanità al nuovo modello, si potranno assumere medici e infermieri?
- **Organizzativo:** una delle problematiche che il "Progetto Carcere" di Progrè ritiene più importanti. Secondo l'art. 117 della Costituzione la sanità è di competenza regionale, motivo per cui il Servizio Sanitario Nazionale opera attraverso le sue Asl, che sono organizzate a livello regionale. Si sottolinea, però, la totale mancanza un **modello organizzativo** a cui le varie Asl possano adeguarsi. La problematica è ben descritta nel settimo rapporto di Antigone del 2010³, dove viene tracciata una mappa delle Regioni virtuose (tra le quali Emilia Romagna, Toscana e Lombardia). Ci sono quindi Regioni che, rispetto alle altre, si sono fatte portatrici della riforma, sperimentando e innovando nonostante l'esiguità delle risorse. Nella maggior parte dei casi, invece, non è cambiato nulla, o quasi, ad eccezione dell'ente da cui è stipendiato il personale sanitario (Ministero della Salute anziché quello della Giustizia).
- **Culturale:** la riforma è anche una **battaglia culturale**. Con l'attuarsi della riforma vi è il rischio, infatti, che da una parte gli operatori penitenziari vivano come un'intrusione nelle loro competenze la presenza di operatori sanitari provenienti dal Servizio Sanitario Nazionale (d'ora in poi SSN); mentre dall'altra parte vi è il rischio che un medico possa vivere come una sorta di interruzione di carriera il passaggio alla cura all'interno degli istituti penitenziari. Senza contare che si ritiene che i medici penitenziari (pre-riforma) siano una forte corporazione⁴ all'interno della quale la riforma cerca con difficoltà di scardinare le posizioni di potere.
- **Ambientale:** Una riforma della sanità penitenziaria può funzionare solamente se le carceri sono ambienti non sovraffollati, non insalubri, non strutturalmente obsoleti: se, insomma, anche il carcere stesso verrà riformato.

Conclusioni

Da queste considerazioni emerge, dunque, da una parte la portata benefica che la riforma potrebbe avere; dall'altra l'assoluta insufficienza delle misure per l'attuazione della stessa. In particolare, sui due ambiti vi è un enorme vuoto legislativo che orienti le scelte di Regioni e operatori (sanitari e penitenziari): la riforma funziona solo laddove le Regioni se ne fanno carico con scelte politiche. La riforma, in sostanza, funziona solo in quelle carceri dove gli operatori abbiano colto il senso profondo della stessa e inizino una collaborazione virtuosa (e necessaria) per far convivere quelle due macro-istituzioni che sono la Sanità e la Giustizia, con le esigenze che esse comportano (la salute da una parte, la sicurezza dall'altra).

² Associazione Antigone, *Le Prigionie Malate – VIII Rapporto sulle condizioni di detenzione*, Roma, 2011.

³ Associazione Antigone, *Da Stefano Cucchi a tutti gli altri. Un anno di vita e morte nelle carceri italiane. VII Rapporto sulle condizioni di detenzione*, Torino, 2010.

⁴ Anastasia S., Gonnella P., *Inchiesta sulle carceri italiane*, Roma, 2002.

LA FIGURA DEL MEDICO PENITENZIARIO

La legge 740 del 1970, definisce per la prima volta all'interno del nostro ordinamento lo status giuridico del medico penitenziario. Questa normativa non è riuscita a ridefinire il sistema sanitario penitenziario, al contrario di quanto si prospettava in un primo momento.

Disciplina

Il tema della salute nelle carceri è sicuramente uno dei più discussi a livello europeo. Questo tema ha visto anche l'intervento del Comitato dei Ministri dell'Unione Europea, attraverso la Raccomandazione del 12 febbraio del 1987, sulle regole minime per il trattamento dei detenuti:

- principio di salvaguardia della salute;
- presenza di un fascicolo contenente i referti sanitari del detenuto;
- alimentazione regolata a seconda dello *status* di salute del detenuto;
- obbligo della presenza del medico generico e del servizio psichiatrico nelle carceri;
- bisogno di istituti specializzati per esigenze specifiche del detenuto malato;
- scopo della cura del detenuto e il reinserimento sociale.

I primi soggetti che fanno i conti con il problema “stato di salute in carcere”, oltre ai detenuti, sono i medici che ogni giorno, insieme a infermieri e personale sanitario si trovano ad affrontare situazioni gravose, quand'anche non pericolose per la loro stessa incolumità. I medici penitenziari sono una delle professioni meno conosciute e riconosciute. Fino al D.P.C.M del 1 aprile 2008, che trasferisce le competenze sanitarie dal Ministero della Giustizia al SSN, il medico carcerario in Italia era subordinato al direttore amministrativo del carcere. Il medico poteva quindi esprimere solamente pareri consultivi e che quindi non poteva essere direttamente responsabile della salute dei detenuti, analogamente ai nostri Direttori sanitari. Attualmente la situazione è difficilmente tracciabile, in quanto la competenza sanitaria è lasciata, come da art. 117 Cost., alle Regioni delle quali, purtroppo, solo una minima parte si è effettivamente attivata per dare vita a un nuovo assetto sanitario.

Problematiche

La prima problematica connessa alla salute dei carcerati è quella del sovraffollamento: il numero dei medici, infatti, risulta irrisorio e le forze mal distribuite rispetto ai carichi di lavoro; in alcuni istituti penitenziari si può arrivare a un rapporto di un medico ogni quattrocento carcerati, il che si traduce in visite di *routine* sporadiche, visite specialistiche ancor più limitate e lunghissimi tempi di attesa per eventuali esami. Le strutture poi, come del resto le strumentazioni a disposizione, sono spesso inadeguate o addirittura non esistenti.

All'arrivo di un nuovo detenuto, il medico penitenziario ha il dovere di effettuare la prima visita d'ingresso, in cui si va a definire lo stato di salute della persona. Già a questo primo livello nascono diverse difficoltà che inficiano l'effettiva assistenza al paziente: frequentemente risulta impossibile conoscere la storia clinica del detenuto in quanto, di norma, all'ingresso in carcere del detenuto viene interrotta la maggior parte dei contatti con il mondo esterno, compreso quello con il medico di famiglia, con conseguente perdita di qualsiasi continuità terapeutica.

La difficoltà a disegnare un quadro veritiero delle patologie del detenuto deriva anche dal fatto che questi è obbligato a sottoporsi esclusivamente al test di accertamento per la sifilide, mentre rimane totalmente libero di decidere se sottoporsi o meno al test per l'HIV. Considerando che solo il 30% degli entranti decide di eseguire il test, ne consegue un maggiore pericolo di contagio tra i compagni di cella e di un aggravio del proprio stato di salute. In tutto questo il medico non riesce ad attuare le cure e le prevenzioni necessarie per tutelare i detenuti, il personale e se stesso.

Tutti questi elementi vanno a determinare un'incertezza per il medico sul come e dove operare. Il medico penitenziario, privo di dati certi, si trova ad affrontare una realtà in cui regna l'instabilità, a maggior ragione se si trova a operare presso un Istituto penitenziario giudiziario (Casa circondariale) dove la popolazione carceraria è caratterizzata da un *turnover* elevatissimo rispetto a quella presente in un istituto penale (Casa di reclusione) e dove, di conseguenza, problematiche e nuove esigenze si evolvono velocemente. Inoltre, il medico delle carceri non è tenuto semplicemente a effettuare le visite mediche, ma è obbligato anche:

- ad assolvere alla tutela dell'igiene della persona fisica e degli ambienti;
- alla certificazione della compatibilità del detenuto con il regime carcerario;
- al controllo dello stato fisico e psichico della persona;
- a provvedere all'acquisto dei farmaci;
- a coordinare i servizi dei medici di guardia (che insieme agli infermieri danno assistenza continuata all'interno degli istituti penitenziari) e dei medici specialisti;

tutto questo rispettando un *budget* inadeguato rispetto ai bisogni, sulla entità del quale il medico non ha alcun potere decisionale.

L'opera del medico penitenziario, però, va ben oltre. Infatti sono di sua competenza:

- la registrazione di ogni variazione dello stato di salute del detenuto;
- il rilascio di dichiarazioni al giudice, se richiesto;
- la decisione su eventuali provvedimenti da prendere in caso d'emergenza.

Inoltre, il medico penitenziario è tenuto ad affrontare il caso di possibili richieste di trasferimento del detenuto dal carcere per un ricovero esterno:

- per i detenuti in attesa di giudizio. In caso di ricovero ordinario, la direzione del carcere invia un fax all'autorità giudiziaria per avere l'autorizzazione al ricovero esterno; questa è tenuta a rispondere entro un termine che va dalle ventiquattro alle quarantotto ore. Una volta ricevuta l'autorizzazione sarà necessario contattare l'ospedale per avere la conferma della disponibilità di posti letto;
- per i detenuti con pena definitiva. In questo caso, la decisione spetta al magistrato di sorveglianza.

Tale procedura soffre di continui rallentamenti: sono all'ordine del giorno le comunicazioni che negano il trasferimento al paziente detenuto, che negano l'esistenza di posti liberi all'interno di ospedali o cliniche, o più semplicemente, l'assenza di comunicazioni. Il medico in questo caso non riesce a garantire al carcerato le cure, le visite, i controlli necessari, ecc. e il detenuto finisce per aspettare, a volte per sempre.

Il rapporto con il detenuto

In casi di emergenza, spetta al medico la decisione di entrare in cella, rischiando anche eventuali aggressioni da parte dei carcerati. È qui che scatta l'importanza di saper distinguere tra emergenza e

simulazione, ed è qui che viene fuori l'aspetto forse più importante della vita del medico penitenziario: il rapporto con il detenuto.

Il medico penitenziario è libero di svolgere la propria professione in maniera neutra, distaccata, fredda, o può decidere d'immergersi nel mondo carcerario accettando la sfida che questo gli offre, guardando ai detenuti prima di tutto come persone, ai quali deve essere riconosciuto il diritto alla salute. Egli può tentare d'instaurare un dialogo e può concretamente migliorare le condizioni di vita dei detenuti: è il medico, infatti, a prendere decisioni relative al tipo di dieta del detenuto; al numero di coperte e cuscini per letto; all'ubicazione in celle di ricovero o isolamento; allo spostamento di reparto o di cella. È fondamentale, quindi, una conoscenza profonda della realtà carceraria interna, delle regole tra detenuti, e tra detenuti e personale. Un medico, infatti, trovandosi di fronte a un detenuto con evidenti ecchimosi o tagli ed essendo consapevole dei conflitti tra carcerati, dovrà intervenire mediando tra omertà, reticenza, rischi della refertazione e tutela reale del paziente. Anche il caso di simulazione di una patologia da parte in un carcerato al fine di ottenere condizioni specifiche di detenzione porta il medico penitenziario al centro della vita carceraria: questi potrà decidere, ad esempio, di prolungare lo stato di malattia di un paziente straniero per permettergli di continuare a vivere in una cella con parenti o connazionali (sia per eludere rischi di attriti che per costruire sistemi di solidarietà per necessità pratiche), come potrà negare il ricovero di un tossicodipendente al reparto specifico per evitare che il detenuto riesca a inserirsi nel traffico di farmaci e stupefacenti.

Conclusioni

Nella consapevolezza della realtà che il medico penitenziario vive quotidianamente vicino al disagio di tanti esseri umani, possiamo solo auspicare una maggiore attenzione da parte di questa figura non solo verso l'aspetto della malattia fisica del cittadino detenuto, ma anche verso lo stato psico-sociale di quest'ultimo, al fine di raggiungere il suo definitivo recupero e reintegro nella nostra società attraverso un'azione di cura senza discriminazioni di alcun tipo, ivi compreso di posizione giuridica o di cittadinanza.

TOSSICODIPENDENZA

Quadro generale

La categoria più rappresentata in carcere e che maggiormente necessita di interventi sanitari è senz'altro quella dei tossicodipendenti, seguita da quella degli extracomunitari e da altre categorie problematiche (sieropositivi, portatori di patologie psichiatriche, donne, minori, ecc.). I dati nazionali sulla tossicodipendenza in carcere ne attestano il valore percentuale a circa il **30%**, su un totale di quasi 68.000 unità. Purtroppo risulta ancora scarsa l'affidabilità di questi dati, in quanto persistono difficoltà metodologiche di rilevazione e stima che potranno essere superate soltanto quando il problema della tossicodipendenza sarà affrontato con serietà e saranno completamente riviste le leggi che al giorno d'oggi costringono soggetti con gravi patologie a lunghe permanenze in carcere.

Tutti i detenuti con problemi di consumo di droga e/o alcol devono essere seguiti dal **Ser.T.**, che è responsabile di ogni struttura penitenziaria presente sul territorio di competenza (D. Lgs. 230/99). Il Ser.T si occupa di tutto il percorso terapeutico dei detenuti tossicodipendenti: dal trattamento della sindrome astinenziale fino all'invio in comunità terapeutica per l'applicazione delle misure alternative alla detenzione. Tali provvedimenti terapeutici possono essere intrapresi indipendentemente dallo *status* giuridico o dalla nazionalità del paziente, anche se purtroppo vengono ancora registrate alcune differenze nelle condotte terapeutiche, dovute a interpretazioni discriminatorie della normativa.

Il sistema di presa in carico e cura dei tossicodipendenti detenuti nasce nel 1990 con il **DPR 309/90**, di cui l'art. 96 prevede espressamente un diretto coinvolgimento dell'ente territoriale (USL) in questo settore. Già nel 1991, però, un Decreto interministeriale, riconoscendo le difficoltà dei Ser.T. ad assolvere al loro compito, stabilì che gli incrementi dei fondi stanziati andassero al Ministero della Giustizia per creare delle nuove strutture assistenziali. Successivamente, il D.Lgs. 230/99 stabilì che tutte le competenze per la tossicodipendenza sarebbero state riunite e inglobate in quelle dei Ser.T. Con il d.p.c.m. del 2008 si arrivò al completo passaggio della sanità penitenziaria al SSN. Sono stati necessari circa venti anni per rifondare un sistema di cure per i tossicodipendenti che oggi appare, però, ancora disallineato rispetto alle risorse messe in campo: i Ser.T. risultano gravemente carenti in termini di personale e di risorse, anche se in modo disomogeneo nelle varie regioni.

Problematiche

La diagnosi di tossicodipendenza in carcere rappresenta uno dei momenti più importanti per la vita giudiziaria della persona coinvolta, in quanto è il requisito fondamentale per poter uscire dal carcere e poter essere acceduto alle misure alternative. Questa diagnosi deve essere rilevata dal medico durante la visita effettuata all'ingresso in carcere, nel caso in cui il detenuto non sia stato precedentemente in cura presso un Ser.T. Vale la pena sottolineare che tutte le analisi mediche sono vincolate al consenso del detenuto, consenso che nella maggior parte dei casi viene negato non solo per paura, ma anche per la condizione psicologica nella quale si trova il tossicodipendente, che lo porta a non ammettere il suo *status*.

DA SAPERE

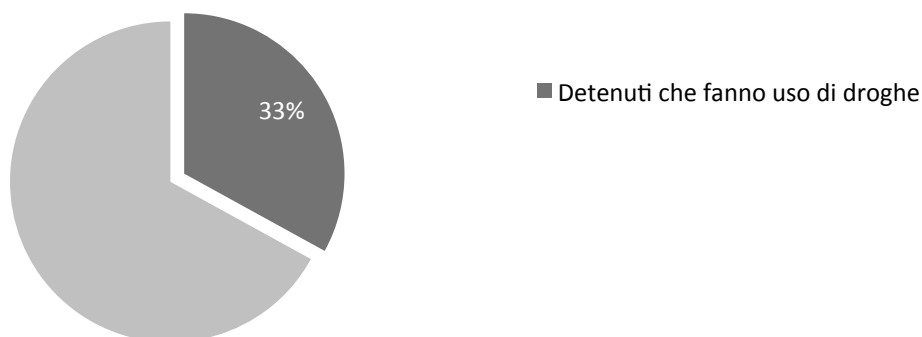
**Percorsi terapeutici
alternativi al carcere
per i
tossicodipendenti:
quasi 8.000 i
beneficiari prima del
2006, mentre nel 2010 i
fruttoro sono solo
2.526.**

Oltre queste carenze tecniche vi sono ulteriori problematiche. Infatti, costante è la presenza di un traffico di droga all'interno delle carceri, anche se certamente più complesso e costoso che all'esterno. Questo fatto è testimoniato da numerosi indicatori diretti e indiretti: sequestri di sostanze stupefacenti; denunce sia del personale che dei detenuti per il possesso di droga; ritrovamento di siringhe o attrezzi per iniettare; overdose -anche mortali, ecc. Inoltre, diverse statistiche dichiarano che la percentuale di detenuti che riferisce di aver utilizzato droga in carcere almeno una volta va dal 30 all'84%; tra questi si riscontrano anche le tipologie di consumo più pericolose, come la condivisione dei mezzi di iniezione.

Conclusioni

Il problema inerente alla presenza dei tossicodipendenti in carcere, che si è aggravato in maniera esponenziale in seguito alla emanazione della legge Fini-Giovanardi, non comporta solo una ingiusta sofferenza per persone affette da questa dipendenza: è statisticamente evidente, infatti, come ad ogni recidiva tossicomaniaca corrisponda immancabilmente una recidiva nei reati, con il conseguente ritorno da parte dell'accusato al sistema giudiziario e poi successivamente a quello penitenziario, con tutti i relativi costi pubblici che questo circolo vizioso presenta. In concreto, le azioni ipotizzabili in materia sono **l'immediata revisione di alcune norme penali in tema di droga**, a cui dovrà seguire la **creazione di strutture di governo clinico** a livello regionale e aziendale che prescindano dal carcere, sviluppando quindi delle strutture pubbliche e private *ad hoc* per la cura dei tossicodipendenti.

TOSSICODIPENDENZA



Un detenuto su tre ha problemi di tossicodipendenza:

- il 33% dei detenuti fa uso di droghe;
- di questi, il **49,9%** consuma **più di una sostanza** – il **27,6%** **oppiacei** e il **23,4%** **cocaina**.

L'EPATITE C IN CARCERE

Descrizione

L'epatite C (HCV) è la malattia infettiva più diffusa in carcere. Colpisce circa il **38% della popolazione detenuta**, in pratica più di un detenuto su tre. Nelle donne la percentuale si attesta intorno al 30%. L'incidenza più alta si registra nei detenuti tra i 35 e i 40 anni, mentre fuori dal carcere la fascia d'età più colpita è fra i 55 e i 60 anni. Questa malattia può portare alla cirrosi epatica e alla morte nel giro di diversi anni. È una malattia asintomatica per lungo tempo, quindi è molto difficile identificare i casi di contagio per mancanza di uno *screening* nazionale interno alle carceri e perché la detenzione media è di appena 120 giorni.

Diffusione

L'epatite C è una malattia ad altissimo rischio di contagio nel carcere, a causa di alcune condizioni che ne favoriscono la diffusione. In primo luogo, il sovraffollamento e l'uso in comune di oggetti taglienti come rasoi, tagliaunghie, ecc. Inoltre, la diffusione dell'HCV è favorita dalla pratica del tatuaggio, assai frequente in carcere a causa del valore identificativo che il tattoo assume fra i detenuti. Questi ultimi, però, non avendo a disposizione strumenti idonei alla pratica usano spesso metodi primitivi, arrivando persino a iniettarsi l'inchiostro delle penne a sfera mediante aghi usati da più persone. Gli aghi, passati di mano in mano, diventando fonte di trasmissione del virus. Infine, vi è rischio di diffusione, seppur in minor misura, mediante i rapporti sessuali.

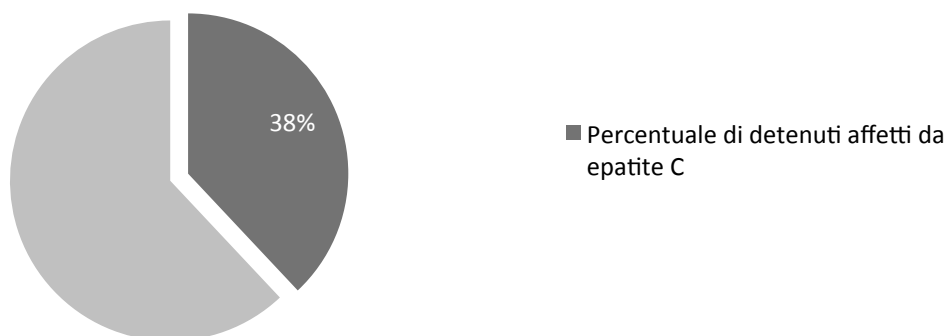
Cura e prevenzione

Il trattamento di un detenuto affetto da epatite C presenta una serie di criticità. Il detenuto, infatti, presenta tutte le caratteristiche di un "paziente difficile", ovvero problematiche psichiatriche e di dipendenza. Ci sono anche detenuti che rifiutano le cure per usufruire della legge che concede il trasferimento in ospedale o la libertà a chi è malato in una forma grave (artt. 146-147 c.p.). Per un medico penitenziario la cura dell'epatite C è particolarmente impegnativa, come messo in evidenza dall'indagine della Gfk-Eurisko condotta negli istituti di pena, dalla quale emerge che solo la metà dei detenuti viene selezionata per fare terapia. Inoltre, fra questi circa un quarto dei pazienti non accetta la cura e un terzo di quelli in trattamento la sospende prima del termine previsto. I motivi del non trattamento o della sospensione sono connessi a difficoltà logistiche come trasferimenti o scarcerazione. Riguardo la prevenzione dell'epatite C molti Paesi, esclusa l'Italia, hanno fatto in modo che in carcere fossero disponibili preservativi e programmi di scambio siringhe. Queste misure sono riuscite a ridurre la diffusione oltre che dell'epatite C, anche dell'HIV, sia in carcere sia nelle comunità al di fuori del carcere, dove nella maggioranza dei casi approdano i detenuti alla fine del loro periodo di detenzione.

Bisogna agire in fretta. Se non da un punto di vista umanitario, il problema dovrebbe essere preso in considerazione almeno per l'aspetto economico, perché quello che non spendiamo oggi per le carceri, lo spenderemo domani decuplicato per curare un ex detenuto o altri contagiati, la cui epatite C si è inevitabilmente trasformata in cirrosi o epatocarcinoma (tumore).

Quanto costerà tutto questo al Servizio Sanitario Nazionale?

EPATITE C



AIDS

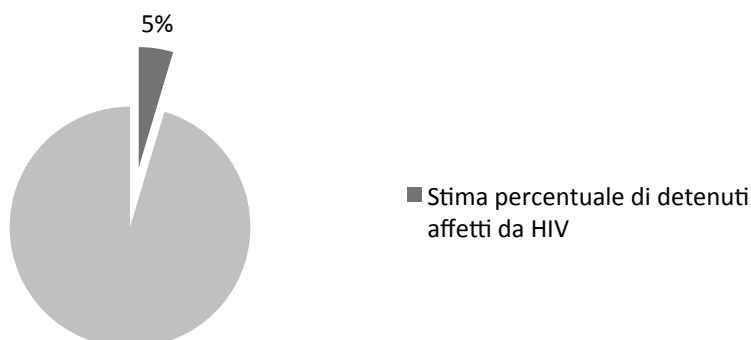
Descrizione

In carcere il rischio di diffusione delle malattie infettive è particolarmente alto a causa di una serie di fattori come il sovraffollamento (media nazionale 150%, cfr. pag. 4) e la mancanza di igiene, di informazioni, di assistenza medica, di *toolkits* di condom e siringhe sterili. In molti Paesi sono stati avviati dei programmi di distribuzione dei suddetti *toolkits* con risultati positivi, buona pratica che potrebbe anche essere attuata in Italia.

Qualche dato: il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria riporta una riduzione della sieropositività nelle carceri dal 9,7 % del 1990 al 2,2 % del 2002 della popolazione carceraria. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, inoltre, riporta la percentuale quasi del 3 % di cui il 10 % di Aids conclamata. Il problema è che probabilmente sono dati poco precisi. I test sono infatti **facoltativi** e i detenuti si autoselezionano anche perché nel test non si rimane anonimi.

Quando un soggetto affetto da una malattia come l'Aids viene incarcerato c'è il rischio che non venga limitata solo la sua libertà, ma che venga lesa anche il suo diritto alla salute. Possono infatti mancargli le cure e l'assistenza adeguate e in particolare la sua immunodeficienza lo mette in grave pericolo in un luogo sovraffollato e ad alto rischio di infezioni e di altre malattie. In quest'ottica la legge italiana all'art. 146 c.p. prevede che l'esecuzione della pena, eccetto quella pecuniaria, dev'essere differita se pronunciata nei confronti di un soggetto affetto da AIDS conclamata, altra immunodeficienza accertata o altra malattia grave che renda il suo stato di salute incompatibile con la detenzione. Ciò avviene quando la persona si trova in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più ai trattamenti disponibili in carcere e alle terapie curative.

AIDS



AIDS E SISTEMA PENALE ITALIANO

Qui di seguito una trattazione più dettagliata di come il nostro ordinamento concilia le misure cautelari e la detenzione con questo particolare stato di salute.

Custodia cautelare

L'art. 286 bis 1° comma del codice di procedura penale prevedeva due cause di divieto di custodia cautelare in carcere: nel primo caso, se il detenuto fosse stato affetto da **AIDS conclamata** o da **grave deficienza immunitaria**; il secondo caso riguardava ipotesi meno gravi di infezione da HIV, per le quali la situazione di incompatibilità del regime carcerario con le condizioni di salute del detenuto era rimessa alla valutazione discrezionale del giudice. Questa disciplina fu dichiarata costituzionalmente illegittima (sent. 439/1995) nella parte in cui vietava la custodia cautelare in carcere dei soggetti affetti da AIDS anche quando sussistessero esigenze cautelari di eccezionale rilevanza (art. 275 comma 4) e l'applicazione della misura potesse avvenire senza pregiudizio per la salute del soggetto e di quella degli altri detenuti. In altre parole chi era malato di AIDS, ma avrebbe potuto stare in carcere senza rischi per la sua salute, non poteva essere custodito neanche per esigenze cautelari eccezionalmente gravi.

Si presenta di séguito un breve riassunto relativo all'evoluzione della normativa in materia:

- Il 1° comma dell'art. 286bis viene abrogato nel 1999 dalla legge n. 231.
- La legge cit. introduce all'art 275 c.p.p.:
 - il comma 4-bis, con il quale si stabilisce che non può essere mantenuta la custodia cautelare in carcere quando l'imputato è persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertata ai sensi dell'art. 286 bis, comma 2.
 - il comma 4-ter, dal quale si ricava in negativo che il legislatore, anche nei casi di cui al 4 bis, ammette la custodia cautelare ove sussistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza senza pregiudizio per la salute dell'imputato. Così recita il testo:

"Nell'ipotesi di cui al comma 4-bis, se sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza e la custodia cautelare presso idonee strutture sanitarie penitenziarie non è possibile senza pregiudizio per la salute dell'imputato o di quella degli altri detenuti, il giudice dispone la misura degli arresti domiciliari."

Il giudice può disporre la custodia se sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza e la custodia presso strutture sanitarie penitenziarie è possibile senza pregiudizio per la salute dell'imputato o di quella degli altri detenuti.

Il comma 4-bis rimanda all'art. 286-bis 2° comma per i criteri di accertamento dell'AIDS conclamata che a sua volta demanda al Ministro della Sanità insieme a quello di Giustizia la definizione dei casi di AIDS conclamata. Il decreto ministeriale 21 ottobre 1999 stabilisce che la definizione di AIDS conclamata si ha nelle situazioni indicate nella circolare del Ministero della sanità 29 aprile 1994, n. 9. Si ha, invece, grave deficienza immunitaria quando la persona presenta uno dei seguenti parametri:

1. numero di linfociti TCD4+ pari o inferiore 100/mmc, come valore ottenuto in almeno due esami consecutivi effettuati a distanza di quindici giorni l'uno dall'altro
2. indice di Karnofsky pari al valore di 50.

Esecuzione della pena

In materia di **esecuzione della pena** l'art. 147 comma 3 del codice penale disponeva, in séguito alla modifica apportata dalla legge 14-7-1993, n. 222, il rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena per i malati di AIDS. La Corte Costituzionale dichiarò illegittimo il comma nella parte in cui prevedeva il differimento dell'esecuzione della pena detentiva per i malati di AIDS, anche quando l'espiazione non arrecava pregiudizio alla salute del soggetto e di quella degli altri detenuti, in linea con la posizione espressa riguardo alla custodia cautelare nel 1995. Anche il 3° comma dell'art.147 è stato poi adeguato alle pronuncia della Corte dalla legge 231/1999: ne consegue che il divieto di carcerazione preventiva (art.286bis) e il differimento dell'esecuzione della pena (art. 146) si realizzeranno soltanto quando la carcerazione e il differimento non possano avvenire senza pregiudizio della salute del soggetto e di quella degli altri detenuti.

Misure alternative alla detenzione

Relativamente alle **misure alternative alla detenzione** per i soggetti affetti da AIDS la stessa legge n. 231 del 1999 introduce nella legge 26 luglio 1975, n. 354, l'art. 47-quater, che così esordisce:

“Le misure previste dagli articoli 47 e 47-ter (affidamento in prova ai servizi sociali e arresti domiciliari) possono essere applicate, anche oltre i limiti di pena ivi previsti, su istanza dell'interessato o del suo difensore, nei confronti di coloro che sono affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'articolo 286-bis, comma 2, del codice di procedura penale e che hanno in corso o intendono intraprendere un programma di cura”.

L'istanza deve essere, quindi, corredata da una certificazione del servizio sanitario pubblico competente o del servizio sanitario penitenziario, la quale attesti la sussistenza delle condizioni di salute ivi indicate e la concreta attuabilità del programma di cura e assistenza. L'art. cit. prevede poi limitazioni per l'applicazione delle misure alternative nel caso sia avvenuta la revoca della stessa misura da meno di un anno. Secondo lo stesso articolo la revoca della misura può avvenire da parte del giudice nell'ipotesi di imputazione o misure cautelari per uno dei reati previsti dall'art. 380 c.p.p. (“Arresto obbligatorio in flagranza”) commesso dopo la concessione del beneficio. Per tutto quello che non è diversamente stabilito dall'art. 47-quater per i sieropositivi si applica l'art. 47-ter, norme ordinarie sulla detenzione domiciliare.

TUBERCOLOSI (TBC)

Descrizione

La TBC è una malattia causata dal *Mycobacterium tuberculosis* o Bacillo di Koch. L'infezione attacca per la maggior parte dei casi i polmoni, ma può interessare anche: intestino, apparato circolatorio, ossa, apparato uro-genitale, sistema nervoso centrale, sistema linfatico, pelle e articolazioni. I sintomi principali sono: febbre, brividi, sudorazione notturna, perdita di peso e, per quanto riguarda le infezioni polmonari, emottisi e dolori al torace. Nei casi più gravi l'infezione si diffonde dai polmoni ad altri organi. Questi sintomi, spesso deboli e latenti, rendono difficile la diagnosi: un medico, infatti, per accertare la presenza della malattia, dovrebbe avere a disposizione la storia medica completa del paziente, una lastra a raggi X del torace e un esame medico dettagliato. Inoltre, sarebbe auspicabile anche un test cutaneo della tubercolina, ma spesso questo non risulta una soluzione affidabile, in quanto in alcuni casi il batterio può essere ancora presente anche in soggetti già guariti.

Trasmissione

La trasmissione avviene attraverso micro goccioline (espulse, ad esempio, attraverso uno starnuto), ognuna delle quali può trasmettere il batterio, poiché la dose necessaria per diffondere la TBC è estremamente risibile: persino l'inalazione di un unico batterio può causare una nuova infezione. La malattia può essere trasmessa solo da soggetti che presentano TBC attiva e la possibilità di infezione dipende dal numero di particelle infette emesse dal portatore, dall'efficacia del sistema di ventilazione, dalla durata di esposizione e dalla virulenza del ceppo di MTB. Ovviamente, il prolungato, frequente e intenso contatto tra i detenuti rende più facile il rischio di infezione, elevandolo del **20%**.

Diffusione

Secondo l'OMS nel 2004 erano 14,6 mln. i casi attivi di TBC, 8,9 mln. i casi nuovi e 1,6 mln. i morti a causa nel mondo a causa di questa malattia infettiva. Nel 2006, 1/3 della popolazione mondiale era affetta da tubercolosi, senza calcolare i casi di infezioni asintomatiche latenti. Nel 2010 l'OMS ha pubblicato alcuni dati sulla diffusione della malattia a livello mondiale: risulta che 8 mln. di persone all'anno si ammalano di TBC, di cui 2mln/anno muoiono a causa della malattia. Il 90% delle persone che contraggono il virus, inoltre, sviluppano una forma asintomatica (LBTI – *latent tuberculosis infection*). Se non trattata, la TBC provoca un tasso di mortalità dei casi attivi superiore al 50%. Quest'anno è stata lanciata un'allerta da parte dell'International Committee della Croce Rossa di Ginevra⁵, poiché è stato rilevato, infatti, lo sviluppo di un ceppo di tubercolosi farmaco-resistente nelle carceri italiane. Inoltre, l'International Committee ha sottolineato come la **probabilità di contrarre la TBC in carcere sia dalle 40 alle 80 volte superiore rispetto alla media nazionale** a causa del sovraffollamento. L'allerta (non ancora divenuta allarme) coinvolge non solo i soggetti che lavorano nelle carceri, ma anche coloro che vi sono indirettamente a contatto⁶

⁵ L'International Committee della Croce Rossa di Ginevra si è tenuta ad Abano durante la Conferenza Europea su salute e continuità assistenziale dietro le sbarre (ottobre del 2011).

⁶ Si stima, infatti, che siano almeno 80.000 le persone (fra detenuti, agenti, familiari, avvocati e magistrati) che ogni anno transitano nelle carceri.

Nelle carceri dei Paesi in via di sviluppo la TBC è la prima causa di morte: gli alti livelli di diffusione della malattia sono dovuti al sovraffollamento, ma anche alle pessime condizioni di detenzione, al trattamento inadeguato dei casi infettivi, allo scarso implemento delle misure di controllo dell'infezione, alla detenzione prolungata e al frequente ricambio di carcerati. La ricomparsa della tubercolosi è dovuta anche all'aumento delle infezioni HIV (cfr. pag. 16) e, nel 20% dei casi, all'emergere di ceppi resistenti agli antibiotici.

MALATTIE DA CARCERE

Descrizione

Le c.d. “malattie da carcere” sono patologie che si sviluppano solo o principalmente nelle carceri, come conseguenza della condizione di detenuto e delle misure di detenzione. Negli anni '80 il Dott. Paolo Panchieri è stato uno dei primi medici a dimostrare la correlazione tra contesto esterno e comportamenti soggettivi: è stato infatti provato come modificazioni dell'ambiente possano modificare permanentemente lo schema di reazione allo stress nell'adulto, sia dal punto di vista comportamentale che da quello fisiologico. È stato registrato in particolare che l'accezione minimale di salute all'interno degli istituti detentivi provoca lo sviluppo di disturbi non attinenti a sindromi conclamate – rendendo di conseguenza più difficile l'esperimento della diagnosi – e lo sviluppo di malattie vere e proprie, la cui origine pare legata quasi esclusivamente alla condizione detentiva.

Patologie

Le malattie sviluppate nelle carceri hanno diverse origini e disparati sintomi. Le patologie prevalenti sono tre: **dentaria** (causata dal tipo di alimentazione, dalla scarsa igiene e dall'estrazione come metodo per risolvere qualsiasi problema dentale), **dermatologica** (allergie, sindromi da contaminazione, somatizzazione dell'ansia, autolesionismo) e **digestiva** (sviluppo di disturbi legati alla digestione e forme di somatizzazione). Altre patologie tipiche del regime detentivo sono: sviluppo di malattie infettive, disturbi mentali e dell'umore (quali ansia, depressione, passività assoluta, iper eccitazione, aggressività, crisi di panico, scissione mentale, delirio e sindromi psichiatriche), disturbi della sessualità (impotenza, onanismo ossessivo).

Inoltre, un recente studio effettuato dalla Dr. Emily Wang della Yale University School of Medicine, insieme all'Università di Birmingham in Alabama, ha rilevato che il carcere aumenta il rischio di ipertensione e di malattie cardiache. Dagli studi è emerso infatti che, oltre alla maggiore probabilità di presentare fenomeni di pressione alta rispetto a cittadini non reclusi, i detenuti svilupperebbero un inspessimento del ventricolo sinistro del cuore, che potrebbe portare a ipertensione, insufficienza cardiaca e rischio di infarto. Dopo cinque anni di osservazione è stato rilevato che il 12% dei detenuti, che non presentavano pressione alta all'inizio dello studio, l'avevano sviluppata in questo arco di tempo. Negli anni successivi, secondo gli scienziati, la percentuale dei detenuti che mostravano segni di ipertensione sarebbe salita al 60%.

Il Progetto ProTest

Uno dei problemi principali e causa del degrado nelle carceri è la mancanza di prevenzione: non è infatti previsto un sistema adeguato che permetta ai detenuti di ricevere una tutela minima che preservi la loro salute al momento dell'ingresso in carcere e in quello della rimessione in libertà. Uno dei pochissimi progetti preventivi è il ProTest, sperimentato, ad oggi, solo in Lombardia. Il progetto si pone, tra gli obiettivi prioritari, quello dell'incremento del numero degli accessi al test per l'HIV e per le infezioni da virus epatitici, delle MTS (Malattie a Trasmissione Sessuale) e della TBC all'interno delle carceri, al fine di favorire la formulazione di piani coerenti d'intervento in termini di prevenzione e di cura per le persone ivi residenti.

NON È UN POSTO PER DONNE

Quadro generale

Abbiamo visto quanto complesso e sottovalutato sia il problema della salute in carcere, quanto sia difficile garantire ai detenuti una vita dignitosa e cure necessarie per fronteggiare le malattie che, a causa delle condizioni penitenziarie, è quasi impossibile non contrarre. Ebbene, il problema si fa ancora più complesso se ci caliamo nella realtà femminile. Di donne in carcere si parla molto poco visti i numeri esigui che le riguardano: le detenute italiane sono 2.877 in totale, mentre i “colleghi” uomini sono 63.755.

| DA SAPERE | |
|--|-------|
| Numero donne detenute: | 2.877 |
| Numero carceri femminili: | 7 |
| Sezioni femminili all'interno di penitenziari: | 62 |

Essere pochi, si sa, significa essere meno ascoltati e questa regola diventa ancora più impietosa nei penitenziari: reperire dati sulla salute nelle carceri italiane è altamente difficile, ma diventa quasi impossibile se si necessita di approfondire la specificità femminile, approfondimento che diventa un obbligo in una società che si professa moderna ed egualitaria. Un mondo “pari”, infatti, non è nemmeno lontanamente immaginabile se non abituiamo la nostra mente a pensare che, qualunque sia la situazione che stiamo analizzando, un uomo o una donna potrebbero potenzialmente ritrovarsi dentro, e un uomo e una donna, in quanto tali, non hanno le medesime esigenze. Caliamoci allora per un attimo nel particolare dell'ambito femminile per capire che cosa significhi essere donne dietro le sbarre e, in particolare, essere donne malate.

Principali problematiche

Per avere un quadro generale della situazione facciamo riferimento al rapporto stilato dalla World Health Organization (Organizzazione mondiale della salute, d'ora in poi WHO) *Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health*. Secondo questo rapporto, la media europea delle donne in carcere è del 4,9%, ma il tasso di crescita di detenzione femminile è maggiore di quello maschile, così come il *turnover*: la maggior parte delle donne, infatti, finisce in carcere per reati non violenti, legati per lo più alla droga e al patrimonio. Visti i numeri esigui, sono pochissimi i penitenziari che prevedono sezioni femminili e per questo motivo spesso le detenute vengono mandate lontano da casa pur avendo commesso mediamente reati di minore gravità rispetto alla controparte maschile.

Analizzando il microcosmo della salute femminile emerge dal rapporto sopracitato come i penitenziari europei non garantiscano un livello minimo di igiene dei servizi sanitari, incrementando in questa maniera la possibilità di contrarre infezioni vaginali. Inoltre, la situazione è resa più complessa dalla difficoltà nel reperire gratuitamente gli assorbenti igienici. Il fatto che le istituzioni sanitarie europee non riescano a rapportarsi nemmeno con il ciclo mestruale è indice di come, all'interno dei penitenziari, **si neghi di fatto la femminilità stessa**: si tratta di una questione di civiltà basilare, una lacuna scandalosa nel terzo millennio, senza contare il meccanismo di vergogna e di impotenza che si instaura nella mente della malcapitata.

Le donne tossicodipendenti, inoltre, risultano essere maggiormente soggette allo sviluppo di anemia, ipertensione, obesità e alla contrazione di tubercolosi e di epatite rispetto agli uomini tossicodipendenti: questa rilevazione dovrebbe condurre a un'attenzione maggiore nei programmi previsti dai vari

ordinamenti europei per i tossicodipendenti. Il rapporto sottolinea, inoltre, come le donne in carcere tendano maggiormente ad autolesionarsi e a suicidarsi, questo in ragione **degli stress psicofisici ai quali sono sottoposte in carcere**, specialmente durante i periodi di maggiore disagio, quali il ciclo mestruale, la menopausa, la gestazione.

La gestazione in carcere è un problema drammaticamente trascurato, insieme a quello dell'allattamento. In questi momenti, infatti, la donna necessita di specifiche condizioni: una sana alimentazione (impensabile nelle nostre carceri), un ambiente salubre e non infetto e una condizione psicologica se non serena, quantomeno distesa. Tutti elementi drammaticamente lontani dall'attuale sistema di detenzione europeo. Tutto ciò influisce, ovviamente, anche sulla salute del/della bambino/a: ecco allora che le vittime di Stato diventano addirittura due, delle quali una colpevole semplicemente di essere venuta al mondo e nonostante questo condannata a pagare una triplice pena: la detenzione, l'indifferenza delle amministrazioni e la totale mancanza di conoscenza della sua situazione da parte dell'opinione pubblica.

Un altro aspetto fondamentale riguarda il *background* psicofisico delle detenute: molte di loro (come provano le statistiche) sono state vittime di violenza sessuale e questo rende particolarmente complesso il loro rapporto con gli uomini, guardie penitenziarie e medici compresi: ecco perché l'Organizzazione Mondiale della Salute ha inserito nel suo rapporto la necessità di garantire alle detenute la possibilità di essere supervisionate e visitate solo da donne.

Conclusioni

In questo paragrafo si è voluto sottolineare l'esistenza di una multiproblematica questione femminile in carcere. In un mondo fatto di classi e gerarchie quale è il mondo dei penitenziari, è quasi inevitabile che le donne ricoprano la loro atavica posizione di emarginate o, più semplicemente, di esseri ignorati. Auspicare che i problemi si risolvano a breve somiglia troppo a un'utopia, ma iniziare a riflettere sulla brutalità della situazione appena descritta è un dovere quotidiano per chiunque si professi credente in uno Stato di diritto o, ancor di più, in uno Stato paritario.

Proporre delle misure per migliorare la condizione femminile in carcere non è l'obiettivo di questo dossier, ma è importante ricordare che non esistono buone leggi se non vi è una buona popolazione: è necessaria, infatti, una popolazione informata e consapevole, capace di spingere verso determinate istanze invece di fuggire da esse o ignorarle, perché riguardanti un mondo scomodo e triste.

DONNE DETENUTE



OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI (OPG)

In Italia sono presenti 6 ospedali psichiatrici giudiziari nei quali, al 30 giugno 2011, risultavano internati complessivamente 1.487 soggetti⁷.

| OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI | CAPIENZA | PRESENTI |
|---|----------|-------------|
| AVERSA (Campania) | 259 | 268 |
| BARCELLONA POZZO DI GOTTO (Sicilia) | 452 | 368 |
| CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (Lombardia) | 193 | 340 |
| MONTELUPO FIORENTINO (Toscana) | 201 | 143 |
| REGGIO EMILIA (Emilia Romagna) | 132 | 247 |
| NAPOLI (Campania) | 100 | 121 |
| TOTALE | 1337 | 1487 |

Sul totale delle unità, 446 detenuti (pari al 31,7%) potrebbero essere dimessi, ma finora ciò si è verificato solo per il 160 dei casi (cioè il 35%); diversamente, per 281 (63%) è stata prorogata la misura detentiva e 5 (di cui 3 a Barcellona Pozzo di Gotto) sono deceduti. L'OPG che ha dimesso più pazienti è stato Castiglione delle Stiviere (40), mentre quelli che ne hanno rilasciati di meno sono stati Montelupo Fiorentino (8) e Secondigliano – NA (19). Il maggior numero di proroghe è stato emesso dagli OPG di Barcellona (74) e di Aversa (44). In Italia, i soggetti imputabili socialmente pericolosi, i soggetti semi-imputabili e i soggetti non-imputabili che si sono resi colpevoli di un reato sono destinati agli ospedali penitenziari giudiziari, in esecuzione delle misure di sicurezza previste dal codice penale.

Le misure di sicurezza

Per quanto l'art. 202 c.p. preveda che le misure di sicurezza possano essere applicate solo alle persone socialmente pericolose che abbiano commesso un reato, tale previsione si colloca all'interno di un sistema dualistico previsto dal codice penale, che implica la presenza di due presupposti, uno oggettivo (il reato) e uno soggettivo (la pericolosità sociale). Le misure di sicurezza hanno una durata minima prevista, ma non una massima, dunque sono potenzialmente indeterminate: il limite massimo è subordinato alla valutazione della pericolosità del soggetto. L'art. 207 c.p. prevede infatti che "le misure di sicurezza non possono essere revocate se le persone ad esse sottoposte non hanno cessato di essere socialmente pericolose". Di conseguenza, spetta al giudice stabilire la permanenza o meno in base alla pericolosità del soggetto, come stabilito dall'**art. 208 c.p.** (cfr. *infra*).

⁷ Dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – 30.6.2011.

Il giudice, per stabilire le condizioni dell'internato, si basa sulla relazione presentata dall'*équipe* trattamentale interna all'OPG, valutando anche la disponibilità della famiglia o di una struttura alternativa ad accogliere e seguire il soggetto. Molti internati non trovano alcuna collocazione possibile all'esterno dell'OPG e di conseguenza è raramente possibile dare il via alla licenza finale di esperimento, pari a sei mesi di sperimentazione del comportamento del soggetto. La decisione viene così rimessa

L'art. 208 del codice penale

Decorso il periodo minimo di durata, stabilito dalla legge per ciascuna misura di sicurezza, il giudice riprende in esame le condizioni della persona che vi è sottoposta, per stabilire se essa è ancora socialmente pericolosa.

Qualora la persona risulti ancora pericolosa, il giudice fissa un nuovo termine per un esame ulteriore. Nondimeno, quando vi sia ragione di ritenere che il pericolo sia cessato, il giudice può, in ogni tempo procedere a nuovi accertamenti.

al giudice e nella maggior parte dei casi viene fatto ricorso alla possibilità di proroga, il che fa sì che la misura di sicurezza venga dilatata in modo indeterminato, dando luogo in molti casi al c.d. **ergastolo bianco**, vera piaga degli OPG in Italia. Tale condizione, insieme alla scarsa disponibilità da parte delle famiglie ad accogliere gli internati alla fine della loro detenzione e alla penuria di strutture ad questo scopo preposte, determina il sovraffollamento degli istituti, come dimostrano le precedenti tabelle. A livello nazionale, infatti, il 20 – 30% dei pazienti internati negli OPG sono persone che non rappresentano più un pericolo per la società e le cui condizioni mentali non necessitano più di alcun trattamento in ospedale psichiatrico. Nonostante questa realtà sono molti coloro che, a causa della carenza della possibilità di cure e/o sistemazioni adeguate nella società esterna, rimangono confinati negli OPG.

DA SAPERE

A livello pratico, le ipotesi previste per un presunto autore di reato ritenuto socialmente pericoloso sono:

1. se viene riconosciuto il vizio totale di mente (art. 88 c.p.) e il soggetto viene giudicato **non** socialmente pericoloso, è prosciolto e rimesso in libertà (artt. 529-530 c.p.p.);
2. se viene riconosciuto il vizio totale di mente e il soggetto viene giudicato socialmente pericoloso, è prosciolto e internato in un OPG per 2, 5 o 10 anni (artt. 215-222 c.p.), con successiva possibilità di proroga in caso di esame positivo sulla pericolosità del soggetto da parte del giudice;
3. se viene riconosciuto il vizio parziale di mente (art. 89 c.p.), il soggetto viene condannato, ma prima di entrare in carcere, trascorre un periodo di 1 – 3 anni in un OPG, per il trattamento della patologia mentale (artt. 215-219 c.p.).

Come si finisce in un OPG? Mediante l'applicazione di una misura di sicurezza provvisoria vengono inviati in OPG sia i presunti autori di reato, in attesa di giudizio, sospetti portatori di malattia mentale e socialmente pericolosi, sia autori di reato giudicati incapaci di intendere e di volere e socialmente pericolosi, a cui è stata applicata una misura di sicurezza minima (due, cinque o dieci anni), ma appellanti, ricorrenti o in attesa di "eseguibilità". Come sottolineato recentemente anche dal Magistrato di sorveglianza di Reggio Emilia, la Dott.ssa Nadia Butelli⁸, il sistema delle misure di sicurezza è del tutto insufficiente, inadeguato, frammentario: le poche disposizioni del codice penale che disciplinano le misure di sicurezza (le quali presentano tra l'altro molteplici declaratorie di incostituzionalità) dimostrano sempre di più la necessità di un intervento legislativo. Emerge, infatti, uno scenario caratterizzato da un sistema che prevede ancora istituti il cui intervento terapeutico si basa principalmente sulla

⁸ Ciclo di seminari *Le prospettive del pianeta carcere*. Intervento della Dott.ssa Nadia Butelli in *Le misure di sicurezza detentive: dalla Casa di Lavoro all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Quale futuro?*, Bologna, 29 aprile 2010.

segregazione piuttosto che sulla cura, o meglio, in via prevalente sulla segregazione e in maniera residuale sulla cura. Per i soggetti dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza sospettati di vizio di mente (totale o parziale) sono previste, oltre alle Case di Cura, ulteriori strutture, quali la Colonia Agricola e la Casa di Lavoro. La durata minima di permanenza è di un anno, due in caso di dichiarazioni di abitudine, tre per i delinquenti professionali e quattro per i delinquenti per tendenza. Se si considera che spesso nelle Case di Lavoro non c'è lavoro in senso proprio e le licenze per favorire il reinserimento sociale subiscono dei limiti, è facile comprendere come in molti casi l'ingresso in Casa di Lavoro, dopo una lunga detenzione e in assenza di valide opportunità lavorative e risocializzanti, possa essere visto come un ulteriore momento di segregazione per chi ha già interamente espiato la pena per i reati commessi.

Riferendosi nuovamente alle perplessità su tale sistema espresse dalla Dott.ssa Butelli, appare impellente la necessità di intervenire concretamente ed efficientemente per rendere gli OPG e le Case di Cura sempre più luoghi di cura e meno di contenimento e le Case di Lavoro luoghi di lavoro e di effettiva riabilitazione, in ragione dell'attuale situazione di sovraffollamento degli istituti penitenziari, compresi quelli in cui si eseguono le misure di sicurezza detentive.

Il ruolo della riforma del 2008

Una svolta legislativa è arrivata dalla riforma della sanità penitenziaria del 2008, che ha sancito il trasferimento delle competenze al SSN. Dal rapporto del "Comitato europeo per la prevenzione della tortura e dei trattamenti e delle pene inumani e/o degradanti del Consiglio d'Europa" (d'ora in avanti CPT), in seguito alla visita nell'OPG di Aversa effettuata nel 2008 (cfr. *infra*), risulta però che tale intervento legislativo, trasferendo la competenza degli OPG al Ministero della Salute, sembra aver offerto paradossalmente l'opportunità alle autorità penitenziarie di "riprendere il controllo" dell'OPG per mezzo della nomina di Direttori Penitenziari all'interno di tali istituti, assistiti da Direttori Medici. Ai primi viene data la responsabilità generale degli istituti (in particolare degli aspetti amministrativo, contabile e di sicurezza di questi ultimi), mentre ai secondi sono affidati gli aspetti puramente terapeutici. Secondo il CPT, un tale approccio sembrerebbe incoerente con lo scopo iniziale perseguito, ovvero quello di rafforzare gli aspetti sanitari e terapeutici di questi istituti. Il CPT ha, a proposito, sottolineato che lo scopo primario della permanenza di un paziente in un OPG deve essere, per quanto riguarda i criteri oggettivi, l'offerta di un ambiente terapeutico positivo che possa condurre alla sua riabilitazione.

Il caso di Aversa

Nel 2008, al momento dell'ingresso nell'OPG "Filippo Saporito" di Aversa da parte dei membri del CPT e della Commissione parlamentare di inchiesta su SSN, l'OPG di Aversa accoglieva 268 unità, per una capienza di 259 posti letto. Relativamente alle condizioni dei pazienti, il rapporto del CPT ha mostrato una situazione equivalente a un trattamento inumano e degradante. Sono state riscontrate situazioni igieniche disastrose, l'uso di mezzi di costrizione, di isolamento e una forte carenza di attrezzature e di mobilio sia all'interno delle camere sia negli studi medici. Anche in relazione alle terapie di cui hanno bisogno i pazienti in cura si sono rilevate gravi insufficienze: il tempo durante il quale gli psichiatri erano presenti era di circa 330 ore al mese per più di 250 pazienti nel primo semestre e di 250 ore nel secondo (quindi circa un'ora di visita per ogni paziente al mese); inoltre solo due psicologi seguivano i 268 pazienti presenti nell'ospedale, i quali non avevano programmi terapeutici individuali, sostituiti quindi dalla farmacoterapia. Il CPT, a seguito del suo rapporto, ha formulato le seguenti raccomandazioni rivolte alle autorità italiane:

- riesame immediato della conduzione degli OPG

- per quanto riguarda le condizioni materiali e il regime quotidiano dei pazienti;
- proseguimento degli sforzi per migliorare il numero e la varietà delle attività quotidiane offerte ai pazienti;
- miglioramento delle condizioni nelle quali i pazienti svolgono periodi di passeggio all'aria aperta e possibilità di svolgimento di attività ricreative e sportive sorvegliate;
- redazione di programmi individuali di trattamento per tutti i pazienti e sviluppo di attività terapeutiche in parallelo;
- aumento sostanzioso delle ore di presenza degli psichiatri e previsione di uno psichiatra di sorveglianza per tutte le ventiquattro ore;
- aumento del personale infermieristico;
- rafforzamento del *team* di specialisti qualificati responsabili della conduzione delle attività terapeutiche e riabilitative, con conseguente assunzione di psicologi e terapisti occupazionali;
- sollevamento degli educatori dai compiti amministrativi, riservati ad altri operatori sociali;
- sviluppo di programmi di formazione degli operatori penitenziari che lavorano negli OPG, in modo da ridurre il rischio di conflitti tra le funzioni di cura e quelle di sorveglianza.

| DA SAPERE |
|---|
| <p>I NUMERI DEL RAPPORTO DEL CPT SULL'OPG DI AVERSA</p> <p>Il rapporto del CPT relativo all'OPG "Filippo Saporito" di Aversa ha rilevato la presenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 pazienti dichiarati penalmente irresponsabili e assegnati involontariamente in un OPG ai sensi dell'art. 222 c.p.; • 66 pazienti la cui assegnazione provvisoria era stata ordinata ai sensi dell'art. 206 c.p. (gli imputati che diventano pericolosi per gli altri saranno trasferiti presso un OPG come misura di sicurezza cautelare, che sarà revocata quando il giudice riterrà che la persona non sarà più pericolosa socialmente); • 7 detenuti condannati che richiedono cura psichiatrica assegnati a un OPG ai sensi dell'art. 418 c.p. (i detenuti che sviluppano una malattia mentale dopo la condanna possono essere assegnati a un OPG per ordine del Tribunale); • 64 pazienti dichiarati parzialmente infermi di mente e assegnati a una Casa di Cura e Custodia ai sensi dell'art. 219 c.p.; • 31 pazienti provvisoriamente assegnati a una Casa di Cura e Custodia ai sensi dell'art. 216 c.p. |

Conclusioni

Alla luce di quanto emerso dalla relazione del CPT e dalle ispezioni effettuate dai NAS insieme alla Commissione parlamentare d'inchiesta guidata dall'On. Ignazio Marino, avvenute tra giugno e luglio 2010, è evidente la situazione di estremo disagio e di inadeguatezza terapeutica presente negli OPG italiani e la necessità impellente di superare tali meccanismi, inaccettabili in uno Stato civile. In particolare sono stati segnalati⁹:

- gravi carenze strutturali e igienico-sanitarie, ad eccezione dell'OPG di Castiglione delle Stiviere e, in parte, di quello di Napoli;
- un assetto strutturale "totalmente diverso da quello riscontrabile nei servizi psichiatrici italiani";
- una presenza di professionalità mediche specialistiche "globalmente insufficienti in tutti gli OPG rispetto al numero di pazienti in carico";
- la messa in atto di contenzioni fisiche e ambientali che "lasciano intravedere pratiche cliniche inadeguate e, in alcuni casi, lesive della dignità della persona";

⁹ Cristiana Bianco, Dario Stefano Dell'Aquila, *Inumani e degradanti: gli ospedali psichiatrici giudiziari alla luce del sole, in "Da Stefano Cucchi a tutti gli altri. Un anno di vita e morte nelle carceri italiane. VII Rapporto sulle condizioni di detenzione"*, a cura di Associazione Antigone, 2010, pp. 94-113.

- la mancanza di puntuale documentazione degli atti contenitivi.

Nonostante l'intervento della riforma del 2008 sia stato un passo importante, restano ancora dubbi sull'effettiva capacità del SSN di farsi carico del complicato meccanismo delle misure di sicurezza relative agli ospedali psichiatrici. Per ovviare, infatti, ai problemi logistici e pratici che vengono riscontrati in quest'ambito sarebbe necessaria una maggiore collaborazione tra le Asl e l'Amministrazione penitenziaria¹⁰. Per concludere, è necessario segnalare la nascita del movimento "STOP OPG" in seguito al convegno svoltosi ad Aversa nel gennaio 2011 e formato da una rete di soggetti del Terzo Settore, associazioni e la forte presenza della Cgil.

Ultimo capitolo per gli OPG?

L'ultima notizia relativa agli OPG è del 25 gennaio 2012, data in cui il Senato ha approvato il decreto contro il sovraffollamento. All'interno della misura, vi è un emendamento che prevede la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari entro il 31 marzo 2013. Come spiega il Sen. Marino, la legge indica le caratteristiche e sancisce i tempi certi per l'individuazione di nuove strutture, interamente a carattere ospedaliero, con una rete di vigilanza esterna data dalla polizia penitenziaria, che permetteranno di superare l'attuale sistema. Ogni regione stabilirà, tramite decreto congiunto a firma del Ministro della Giustizia e del Ministro della Salute, le strutture sanitarie composte da un *team* di psicologi, psichiatri e personale medico formato per trattare i malati mentali autori di reato. Le perplessità subito emerse da chi si è sempre schierato a favore della chiusura degli OPG riguardano l'effettiva messa in pratica del provvedimento: vi è infatti il rischio che le nuove strutture si rivelino in realtà solo degli istituti più piccoli, dove verrebbero perpetrati gli stessi abusi degli istituti attuali. Le garanzie a favore del decreto sono date dalla presenza di una data certa e dallo stanziamento di fondi, già illustrato in Senato, per dare attuazione al provvedimento sia sul piano delle infrastrutture che su quello del personale da coinvolgere.



¹⁰ Si ricorda che la struttura di Barcellona Pozzo di Gotto non ha ancora effettuato il passaggio previsto dalla riforma.

TANTI DECESSI, UN SOLO KILLER: IL DRAMMA DEI SUICIDI

Quadro generale

Sembra paradossale, ma il carcere commette reati. Secondo i dati, infatti, il tasso di suicidi in carcere è aumentato del 300% dagli anni '60 ad oggi e negli ultimi dieci anni sono morti 1.800 detenuti, di cui un terzo (650 unità) per suicidio. Sono numeri che spaventano e destabilizzano ancora di più se ci avviciniamo a tempi più recenti: il 2011 si è chiuso, infatti, con ben 66 casi, mentre nell'appena iniziato 2012 ci sono già stati 12 suicidi.

Sono i giovani a togliersi la vita con maggiore frequenza: 17 dei detenuti suicidi avevano meno di 30 anni, 21 tra i 30 e i 40 anni, 15 tra i 40 e i 50 anni, 7 tra i 50 e i 60 anni e 2 oltre i 60 anni. Significativo è anche il numero dei tentati suicidi, saliti a 1.134 nel 2010 – il valore più alto registrato negli ultimi anni. Nel 2011 la cifra è diminuita di pochissimo: i tentati suicidi sono stati 1100 (1 tentato suicidio ogni 40 detenuti). Sempre durante il 2010, gli atti di autolesionismo sono arrivati a 1.858 (1 atto di autolesionismo ogni 10 detenuti) e a questi vanno aggiunte le aggressioni che hanno portato a 1.389 ferimenti e a 508 colluttazioni. Per l'anno 2011 non ci sono dati definitivi, ma considerato il peggioramento delle condizioni detentive, è irrealistico sperare in una contrazione della percentuale. Il carcere, quindi, diventa una sorta di arena da combattimento, dove però anche il più forte non sempre vince.

Il fenomeno dei suicidi è sicuramente una delle conseguenze dell'aumento spropositato della popolazione carceraria: l'affollamento, infatti, significa condizioni di vita peggiori per mancanza di spazi di movimento, di intimità, di igiene e salute. Il 30% circa dei suicidi, però, avviene mentre il detenuto è da solo, perché in cella di isolamento o perché i compagni sono usciti per l'ora d'aria. Nel 2010 i suicidi in cella di isolamento, infatti, costituiscono il 16%; di questo 16% il 2% avviene nelle c.d. "celle lisce", ovvero celle prive di qualsiasi mobile o suppellettile, che vengono utilizzate proprio per cercare di impedire ai detenuti di uccidersi.

Oltre il 90% dei detenuti che tentano di togliersi la vita vengono salvati: nel 70% dei casi il suicidio viene impedito dall'intervento dei compagni di cella, mentre nel restante 30% circa sono gli agenti di polizia penitenziaria a intervenire in tempo e a salvare la vita al detenuto.

Fra i Paesi europei l'Italia è il Paese in cui maggiore è lo scarto tra i suicidi nella popolazione libera e quelli che avvengono nella popolazione detenuta: in carcere i suicidi sono circa nove volte più frequenti, mentre in Gran Bretagna lo sono cinque volte, in Francia tre, in Germania e in Belgio due volte. Dallo scarto esistente tra i suicidi dei detenuti e quelli della popolazione libera è possibile definire un criterio di "vivibilità" di ogni sistema penitenziario che, nel caso italiano, evidenzia sicuramente una situazione di estrema emergenza. Confrontando invece i tassi di suicidio nelle popolazioni detenute dei singoli Paesi il valore medio risulta di 7,4 suicidi l'anno ogni 10.000 persone, contro la media italiana annua di 9,4 suicidi ogni 10.000 detenuti

Problematiche e prospettive

Ci si chiede, a questo punto, come possa il nostro Bel Paese versare in questo stato, ma soprattutto perché non si senta parlare di questa “malattia” del nostro sistema penitenziario, se non andando a cercare con attenzione tra le righe di qualche quotidiano. Il problema dei suicidi, per essere davvero preso in considerazione, necessita di mostrare i suoi aspetti più cruenti, gli unici in grado di imprimersi stabilmente nella mente dell’opinione pubblica, rendendola consapevole di quale sia la realtà all’interno di queste strutture. Diamo allora voce ad alcuni aspetti, ad esempio elencando i metodi utilizzati per compiere questo atto, cioè: impiccagione, asfissia con il gas, avvelenamento con i farmaci, ingestione di lamette, taglio delle vene e qualunque altro modo sia a disposizione della disperazione di un detenuto. Altro aspetto è sicuramente lo shock che provoca all’interno di un penitenziario il suicidio, magari di un compagno di cella, con il quale si trascorrevano tanto (anzi, troppo) tempo e che non si è riusciti a salvare o semplicemente a capire. Oltre a ritrovarsi in un contesto invivibile, i detenuti sono costretti a confrontarsi anche con questi aspetti che stanno sempre più entrando a far parte di una *routine* poco “rieducativa” e le cui soluzioni appaiono lontanissime. Tentiamo, per poter immaginare che cosa si possa provare in queste situazioni, a immedesimarci per un solo momento in chi vive tutto questo: passerà meno di un istante e già ci si sentirà accapponare la pelle.

Nonostante tutto ciò il verdetto sul caso pilota Sulejmanovic c. Italia (n° 22635/03), conclusosi nel luglio 2009, non lascia scampo¹¹: un detenuto deve avere a disposizione almeno 3,5 mq di spazio e deve poter trascorrere fuori dalla cella almeno 6 ore al giorno. In caso contrario è vittima di “trattamento inumano e degradante” e ha diritto a un risarcimento economico per il danno subito. Oggi quasi nessun carcere italiano rispetta i criteri minimi stabiliti dall’art. 3 della Convenzione dei Diritti dell’Uomo: nelle celle di 6 mq ci sono tre detenuti, in quelle da 12 mq anche dieci detenuti. Le “ore d’aria” generalmente sono quattro al giorno (ma negli istituti più sovraffollati bisogna fare i turni anche per i cortili dei passeggi, così che queste si riducono a due ore o anche meno), mentre la Convenzione dei Diritti dell’Uomo stabilisce che il tempo minimo da passare all’esterno della cella sia di sei ore. Una condanna all’Italia ma, come sempre, poco pubblicizzata.

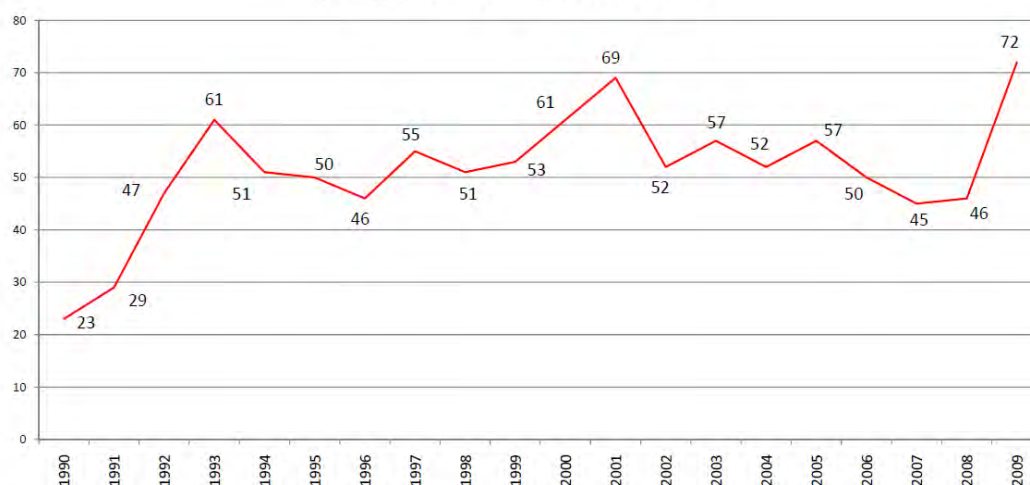
In attesa di un intervento di riforma, che dovrebbe partire dalle basi del nostro Diritto Penale e non dalla costruzione di “celle lisce”, si possono elencare alcune “buone pratiche” che non necessitano di nessuna legislazione, ma che sicuramente possono essere molto incisive. Si potrebbe partire dal non creare in carcere “sezioni ghetto”, simili al secondo girone del settimo cerchio dell’inferno di Dante dove sono confinati i suicidi, ridefinendo il concetto di rischio suicidiario e evitando, quindi, di isolare e di punire coloro che hanno compiuto atti autolesionistici o tentativi di suicidio. Un’altra buona pratica è non sottovalutare i tentativi di suicidio e le autolesioni considerandoli solo “dimostrativi”, ma cercare di prevenirli, dando maggiore attenzione alla persona durante il periodo detentivo. In diverse carceri, per esempio, sono presenti gruppi di attenzione e di ascolto che non fanno altro se non ascoltare e credere a quello che le persone detenute dicono riguardo ai propri problemi o a quelli dei compagni.

¹¹ Nel 2003 il cittadino bosniaco Izet Sulejmanovic, condannato per furto, ricezione e falso, viene recluso nel carcere romano di Rebibbia, dove sconta una pena di un anno, nove mesi e cinque giorni. A causa delle condizioni detentive, Sulejmanovic può passare fuori dalla cella solo quattro ore e trenta minuti al giorno. In séguito al processo, conclusosi nel 2009, l’Italia sarà condannata a risarcire al ricorrente la somma di euro 1.000 per danni morali (N.d.r.).

Conclusioni

Le motivazioni che portano al suicidio possono essere le più svariate, ma quello che le accomuna tutte è di certo la mancanza di speranza, la visione di un mondo che ormai non fa più per te, il pensiero di avere “esaurito le cartucce”, che nessuno ormai abbia più bisogno della tua presenza e molto spesso che sia proprio la tua presenza il problema. Quello che manca è l’aspetto umano, il riconoscere che, anche se dietro le sbarre, si continua a essere uomini e donne, con gli stessi bisogni che si hanno al di fuori delle mura carcerarie. Questo senso di umanità non viene quasi mai preso in considerazione, anche se basterebbe veramente poco per ridare conforto e magari anche speranze a queste persone, proprio come facciamo ogni giorno con un amico.

Detenuti morti per suicidio dal 1990 al 2009



| STATO | Numero totale di morti | Numero totale di suicidi | Percentuale di suicidi sul totale delle morti | Totale numero detenuti | Tasso di mortalità ogni 10 000 detenuti | Tasso di suicidi ogni 10 000 detenuti |
|----------------------|------------------------|--------------------------|---|------------------------|---|---------------------------------------|
| Belgio | 45 | 16 | 35,6 | 10234 | 44,0 | 6,0 |
| Bulgaria | 40 | 4 | 10 | 10723 | 37,3 | 3,7 |
| Danimarca | 6 | 5 | 83,3 | 3451 | 17,4 | 14,5 |
| Germania | 162 | 67 | 41,4 | 74706 | 21,7 | 9,0 |
| Irlanda | 11 | 1 | 9,1 | 3523 | 31,2 | 2,8 |
| Italia | 142 | 46 | 32,4 | 55831 | 25,4 | 8,2 |
| Olanda | 29 | 12 | 41,4 | 17113 | 16,9 | 7,0 |
| Norvegia | 12 | 7 | 58,3 | 3278 | 36,6 | 21,4 |
| Inghilterra e Galles | 165 | 60 | 36,4 | 83194 | 19,8 | 7,2 |

Fonti: www.ristretti.it; Council of Europe, Annual Penal Statistics, Space I [dati aggiornati al 2008].

CONCLUSIONI

Il presente lavoro è il secondo dossier che il “Progetto Carcere” dell’Associazione Progré porta a termine sulla situazione carceraria italiana e, ancora una volta, le carenze del nostro sistema penitenziario risultano evidenti in tutta la loro drammaticità. La realtà intricata e complessa che si è iniziato a esplorare con i nostri progetti si è rivelata ancora più cruda dopo aver analizzato un tema difficile come quello della salute dietro le sbarre.

Non è facile immaginare la vita in una cella ed è ancora più difficile pensare come un semplice mal di testa, curabile con il più banale degli antidolorifici, possa diventare un incubo, o come una piccola ferita possa diventare veicolo di infezioni e per un semplice mal di denti si debba aspettare mesi per una cura. Quando si vive in strutture che non riescono a garantire un trattamento sanitario minimo ed essenziale, questa è la realtà.

Spesso si tende a dimenticare il fatto che, reclusi o meno, la vita continua. La nostra vita quotidiana è fatta di una serie di piccole cose senza le quali le nostre giornate iniziano col piede sbagliato. Alla fine, se ci pensiamo, è proprio nelle piccole cose, nella banalità del quotidiano, che l’uguaglianza tra le persone viene fuori: indipendentemente dal ceto sociale, dalla razza o religione, necessitiamo tutti di mangiare, bere, andare in bagno. Ebbene, perfino queste semplici azioni quotidiane in carcere sono difficili, ragion per cui potrebbe risultare secondario denunciare delle carenze sanitarie: come si può pretendere una sezione di osservazione psichiatrica in posti in cui bisogna fare i turni per camminare? Forse è questa la domanda che sorge spontanea di fronte all’analisi della salute in carcere, ma è proprio da questo tipo di riflessione che dobbiamo allontanarci. Gli istituti penitenziari sono infatti luoghi di diritto per eccellenza, sono l’indice di misurazione della capacità di uno Stato di gestire le istanze dei suoi consociati, e quando si tocca il tema della salute tutto ciò diventa ancora più delicato e lampante. Il rispetto della salute del detenuto è indice del funzionamento di quella che chiamiamo “rieducazione”: quale reinserimento sociale, quale umanità della pena possiamo garantire in delle strutture in cui non ammalarsi è un evento straordinario?

Questo è il motivo per cui abbiamo deciso di approfondire i vari aspetti della vita in cella partendo proprio dalla salute, per riflettere sul fatto che il primo passo da fare è quello di ricordarci che gli istituti penitenziari non possano essere dei parcheggi per carnefici chiusi in un microcosmo a sé stante e soprattutto per ricordare che i diritti costituzionali rivendicati per i cittadini liberi devono essere garantiti ugualmente per quelli reclusi. Non è di carità ai poveri che parliamo, né di pietà per chi ha commesso un errore: parliamo del grado di civiltà di uno Stato, parliamo di un mondo del Diritto che inganna se stesso diventando illegale.

Con questo dossier abbiamo cercato di avvicinarvi e avvicinarci a un microcosmo fino ad oggi rimasto troppo all’oscuro, nonostante la sua centralità. Il nostro primo obiettivo, oltre a quello di informare, è quello di innescare una riflessione che vada oltre il “se la sono cercata; se sono là ci sarà un motivo”. Parlare di chi sbaglia (con tutta la relatività che si nasconde dietro questo verbo), d’altronde, è fondamentale per rassicurarci che noi, invece, siamo nel giusto. Allora chiediamoci: alla luce della situazione delle nostre carceri, lo Stato che punisce chi trasgredisce le sue norme è nel giusto? Se la risposta è no, allora qualcuno sta barando.

BIBLIOGRAFIA

Anastasia S., Gonnella P.

Inchiesta sulle carceri italiane, Roma, 2002.

Associazione Antigone

Da Stefano Cucchi a tutti gli altri. Un anno di vita e morte nelle carceri italiane. VII Rapporto sulle condizioni di detenzione, Torino, 2010.

Associazione Antigone

Le Prigioni Malate. VIII Rapporto sulle condizioni di detenzione, Roma, 2011.

Pini V.

La sanità imprigionata, in «Repubblica» N. DCVI, 15 gennaio 2009, p. 16.

SITOGRAFIA

AA.VV.

Le misure di sicurezza detentive: dalla Casa di Lavoro all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Quale futuro?, in ciclo di seminari *Le prospettive del pianeta carcere*, Bologna, 29 aprile 2010, http://www.comune.bologna.it/media/files/buttelli_le_misure_di_sicurezza_detentive.pdf

Muggia S., Zoia D.

Le mie prigioni, <http://www.ecn.org/filiarmonici/medico-carceri.html>

www.brocardi.it

www.carceriemiliaromagna.it

www.innocentievazioni.net

www.giustizia.it

www.paginemediche.it

www.ristretti.it

www.ristretti.org

www.salute.gov.it

www.saluteincarcere.it

www.zadig.it

www.progettoprotest.com

A cura del "Progetto Carcere"
dell'Associazione Progrè

Realizzato con il contributo
dell'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

*Reclusione non significa negare diritti. Eppure, dietro le sbarre, la salute non viene semplicemente **reclusa** assieme al detenuto: in Italia, la salute viene negata. Viene **preclusa**.*



www.progre.eu

www.youtube.com/iprogre



infoprogre@gmail.com



Progrè



iProgre