

Università degli Studi di Torino

Corso di Laurea in Ostetricia

Tesi di Laurea

Buffo Fabiana



Università degli Studi di Torino
Corso di Laurea in Ostetricia

Donne in carcere: modificazioni psiconeuroendocrine legate alla reclusione.

*Women in prison: psychoneuroendocrine modifications
related to detention.*

Studente
Buffo Fabiana

Relatore
Mondo Luisa

Anno Accademico 2012/2013

“Il grado di civilizzazione di una società si misura dalle sue prigioni”

Fëdor Dostoevskij

Indice

Abstract	1
Introduzione	4
<i>L'ostetricia e il carcere</i>	7
La storia del carcere.	9
<i>Cenni storici</i>	9
<i>Il carcere oggi.</i>	14
<i>La realtà contemporanea in numeri</i>	15
<i>Profilo dei detenuti</i>	17
La questione femminile	20
<i>Cenni storici</i>	20
<i>Il carcere oggi</i>	25
Il carcere a Torino	28
<i>"Le Nuove"</i>	28
<i>"Le Vallette"</i>	31
<i>Formazione e lavoro</i>	32
<i>La Casa Circondariale "Lo Russo e Cutugno"</i>	37
Donne a Torino	39
<i>Storia di piccole grandi donne</i>	39
<i>Le donne a "Le Vallette"</i>	42
<i>Sezione femminile oggi</i>	43
La sanità in carcere	46
<i>Cenni storici</i>	48
<i>Il passaggio della sanità penitenziaria nelle mani del Servizio Sanitario Nazionale</i>	49
<i>Il percorso clinico-assistenziale della persona detenuta</i>	52
Accoglienza.....	53
Detenzione	54

Dimissione	55
La Salute dei detenuti nel Mondo.....	56
<i>Patologie infettive</i>	56
<i>Tubercolosi</i>	58
<i>Disturbi psichiatrici</i>	62
<i>Sostanze d'abuso</i>	63
<i>Suicidio</i>	65
La salute dei detenuti in Europa	67
<i>Patologie infettive</i>	67
<i>Tubercolosi</i>	69
<i>Disturbi psichiatrici</i>	70
<i>Sostanze d'abuso</i>	72
<i>Suicidio e autolesionismo</i>	74
La salute dei detenuti in Italia	76
<i>Patologie infettive</i>	76
<i>Tubercolosi</i>	79
<i>Disturbi psichiatrici</i>	81
<i>Sostanze d'abuso</i>	83
<i>Suicidio e autolesionismo</i>	84
La salute delle donne detenute.....	86
<i>Il profilo delle detenute</i>	87
<i>Le relazioni delle detenute</i>	88
<i>HIV, epatite C ed altre malattie infettive</i>	88
<i>Salute mentale</i>	89
<i>Sostanze d'abuso</i>	90
<i>Autolesionismo e suicidio</i>	92
<i>Salute riproduttiva e sessuale</i>	92
<i>Violenze e abusi</i>	95

Le basi scientifiche della ricerca	97
<i>Cos'è la psico-neuro-endocrino-immunologia</i>	97
La ricerca	102
<i>I presupposti</i>	102
<i>Metodi</i>	105
<i>Risultati</i>	106
<i>Criticità e limiti</i>	131
Conclusioni	133
Bibliografia	143
Sitografia	159
Allegato 1: questionario intervista per Tesi	161
Ringraziamenti	166

Abstract

L'obiettivo della tesi è stato analizzare le condizioni di salute riferite dalle donne detenute presso la Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" di Torino. È stato chiesto alle donne di compilare un'intervista semi-strutturata di 30 domande, in forma anonima. Hanno risposto 31 donne (soltanto una ha interrotto la compilazione).

Le detenute hanno prevalentemente un'età inferiore ai 50 anni (solo due detenute superano tale soglia), sono per il 50% straniere e con un basso livello di scolarità; il 70% è già stata detenuta in passato.

Le donne straniere stanno relativamente meglio rispetto alle italiane, solo il 10% di queste, confronto al 30% delle italiane, riporta una patologia pre-esistente alla detenzione e solo il 26,7% riporta una patologia attiva al momento dell'intervista (a fronte del 40% delle italiane).

È alta la prevalenza di detenute fumatrici (86,7%), con storie pregresse di alcolismo (16,7%) e tossicodipendenza (40%).

Il 90% ha avuto gravidanze; la prevalenza di coloro che hanno avuto un figlio in giovane età, prima dei 19 anni, è alta: 20% per le italiane e 30% per le straniere.

La costituzione relativamente giovane della popolazione, il "fine pena" entro pochi anni e la presenza di numerosi "tempo nel quale non svolgono nessuna attività" permetterebbero l'avvio di programmi di promozione della salute generale e riproduttiva in particolare, da parte dell'ostetrica, la figura professionale maggiormente preparata nell'affrontare queste questioni all'interno della comunità.

Abstract

The aim of the script was to analyze the health quality conditions reported by the detainees in the “Lorusso e Cutugno” district prison of Turin. The women were asked to answer anonymously a 30 questions semi-structured interview. A number of 31 women answered the questions (just one of them interrupted the interview).

The detainees have in average less than 50 years (just two of them have more than 50 years), and are for a percentage of 50% foreigners with a low education level, a percentage of 70% of them was already detained in the past.

Foreigners live relatively in better conditions than the Italians, just the 10% of them (compared to the 30% of the Italians) report the presence of a preexistent pathology, and just the 26,7% report an active pathology at the moment of the interview (compared to the 40% of the Italians).

Predominant is the presence of the smoker detainees (86,7%) with preexisting cases of alcoholism (16,7%) and drugs addiction (40%).

A percentage of 90% has already been pregnant, the percentage of those who had a child before the age of 19 is high: 20% for the Italians and 30% for the foreigners.

The women being relatively young, the short-end punishment they have and the presence of a lot of “time in which they don’t exercise any particular activity” could easily permit to start some general health promotion programs, reproductive in particular, with an obstetrician,

which is the mostly prepared professional role to deal with these questions inside the community.

Introduzione

Il carcere, come istituzione totale, è stata concepita e si evoluta negli anni seguendo una caratterizzazione tipicamente maschile, sotto certi aspetti militaresca, così come il reato in quanto tale è stato assunto per decenni come prerogativa degli uomini. Il contesto in cui nasce l'istituzione penitenziaria è quello di una società maschilista, in cui il potere politico, economico e sociale è in mano alla parte maschile della comunità; alle donne è lasciata la sola sfera familiare.

Gli uomini commettevano veri e propri reati, rapine, furti, omicidi per i quali la legge prevedeva una punizione, inizialmente costituita da torture fisiche, lavori forzati o pena di morte, per poi divenire reclusione per determinati periodi di tempo all'interno di apposite carceri.

La donna, in quanto tale, e cioè sottoposta a livello socio-economico all'uomo e quindi dipendente, era ritenuta non in grado di delinquere poiché adatta al solo ruolo di angelo del focolare, moglie e madre, ma piuttosto ritenuta colpevole di comportamenti devianti.

Tali comportamenti, più o meno volontari, erano puniti con la reclusione, volontaria o coatta, in case di cura, alloggi, case dei poveri, ospedali gestiti da religiose, al fine di redimere il comportamento sconveniente, riportando la donna alla sua presunta condizione naturale di moglie e madre affidabile.

Analizzando i comportamenti giudicati devianti, prostituzione, essere una donna "single" (vedova, nubile) adulterio, la condizione di orfana, si può notare che la punizione riguardava la colpa di non essere sottomessi ad una qual si voglia autorità maschile.

Con il passare dei secoli si è assistito al raggiungimento di equità nel sistema penale, in quanto la detenzione è divenuta la pena per la commissione di veri reati anche da parte delle donne.

La disparità esiste però ancora oggi: uomini e donne si distinguono per quantità e tipologia di reati commessi.

Le donne nel sistema penitenziario italiano rappresentano una realtà marginale raggiungendo appena il 4% della popolazione reclusa. Si potrebbe pensare che, con numeri limitati, sia più facile lavorare ed attuare programmi ed interventi riabilitativi e di reinserimento, ma così non è: l'amministrazione, i mass media, le pubblicazioni scientifiche prestano minor attenzione alle donne e alle problematiche legate al genere femminile.

L'esempio più evidente è il fatto che le sezioni detentive femminili sono spesso appendici di quelle maschili, che i programmi educativi vengono pensati spesso per gli uomini, poiché in maggioranza, e a volte adattati successivamente alle donne, che non ci si cura della sfera emotiva e affettiva della detenuta, la quale per propria natura ne è più bisognosa.

La donna detenuta vive in un sistema fatto per gli uomini, soprattutto dagli uomini, che rende la prigionia ancora più pesante: si basti pensare all'organizzazione, tipo caserma, che sottomette la libertà di autodeterminazione del singolo, la propria volontà sugli elementi della quotidianità, l'affettività e la sessualità, che omologa e non valorizza la personalità.

Durante la ricerca svolta all'interno dell'istituto torinese le donne hanno riportato come stressante la penalizzazione del proprio ruolo genitoriale,

della femminilità, dell'affettività, oltre alla lontananza dalle persone care e soprattutto dai figli.

Le due ore d'aria e l'ora di “socialità”, in cui è permesso alle detenute di recarsi nelle celle delle altre, sono gli unici momenti di aggregazione e scambio per le donne sottoposte al regime ordinario di detenzione. Per coloro a cui è consentito partecipare ad attività, laboratori, corsi scolastici i momenti di svago e ricreazione sono aumentati, così come per coloro che sono sottoposte al regime di sorveglianza dinamica, il quale prevede celle aperte durante il giorno ad eccezione degli orari dei pasti.

“[...]Riducendo al minimo l'incontro fisico con le compagne di detenzione, aumentando le distanze tra sezioni differenti, tra maschile e femminile, tra dentro e fuori, i legami sono più fragili, aumenta la sensazione di isolamento[...].” (Lettera dal carcere di Torino, 1 Luglio 2013).

Una sola è l'ora consentita per essere madre, per vedere e accarezzare i propri bambini; nonostante la legge tuteli la maternità delle detenute, attraverso la concessione di misure alternative, ma la realtà è che le madri vivono comunque in carcere, lontano dai propri figli.

“[...]Nell'arcobaleno della vita, l'amore materno è il colore che splende più di tutti!” (Lettera delle detenute madri della Casa Circondariale di Lecce).

L'ostetricia e il carcere

L'ostetrica è la figura professionale che affianca e consiglia la donna in tutte le fasi della sua vita. Quest'affermazione, liberamente tratta dal Codice Deontologico dell'Ostetrica, presuppone un avvicinamento da parte della figura ostetrica a tutte le donne, senza distinzione di etnia, religione, idee politiche ecc. e un campo d'azione non limitato alla salute sessuale e riproduttiva o al percorso-nascita, ma a un'idea di salute globale.

Nasce così l'intento di questa tesi di avvicinare una particolare categoria di donne, spesso dimenticate, emarginate tra gli emarginati, che vivono in un mondo chiuso, quasi distante dalla realtà: il carcere.

Il filo conduttore della ricerca è costituito dall'idea, sempre più provata scientificamente, delle ripercussioni sullo stato di salute da parte di fenomeni stressanti, singoli, frequenti o continui.

L'elemento stressante produce nell'organismo una particolare risposta neuro-immunitaria che ha permesso la sopravvivenza, attraverso il meccanismo di fuga; ma cosa succede se il fenomeno si protrae nel tempo? O se la risposta non è adeguata?

Le modificazioni messe in atto contro il fenomeno stressante, si ripercuotono sull'organismo stesso, venendo a creare una situazione di carenza immunitaria in primis, la quale provoca una maggior sensibilità a patologie virali. Tali risposte, attraverso l'asse endocrino, si ripercuotono inoltre su altri aspetti della quotidianità, ad esempio il senso del gusto, la ricerca o meno del cibo, il ciclo mestruale.

Assumendo tali enunciati scientifici come base di partenza, la tesi ha

voluto indagare la salute delle detenute nella sua complessa globalità, ponendo particolare enfasi sulla sfera riproduttivo-sessuale.

Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato.

Art. 27 Costituzione Italiana

La storia del carcere.

Cenni storici

Il carcere non fu concepito in origine come una pena, ma come mezzo per tenere l'incolpato in custodia affinché non si sottraesse alla giustizia. Specialmente durante il processo, la reclusione era finalizzata ad evitare eventuali fughe, mentre una volta ottenuta la sentenza, il carcere si faceva garante dell'esecuzione della sentenza stessa.

Presso i Romani la reclusione era finalizzata agli scopi sopraccitati, garantendo una sofferenza dell'accusato ancor prima che fosse emessa e portata a termine la pena capitale.

Durante il Medioevo la carcerazione venne utilizzata come misura preventiva, al fine di garantire la presenza dell'imputato al processo e all'emissione del verdetto. Esistono però casi, seppur rari, nell'Alto Medioevo di reclusioni come pena stessa, a seguito di reati pecuniari per soggetti non recidivi. Occorre ricordare che in questo periodo storico la giustizia penale ruotava intorno al concetto di vendetta personale e la detenzione poteva quindi "proteggere" il condannato da azioni.

Nel corso del Medioevo, è importante ricordare come il diritto penale civile si intrecci con quello canonico e con la Santa Inquisizione:

monasteri e prigioni vescovili ospitarono chierici che avevano commesso reati ed eretici, o presunti tali, in regime di isolamento assoluto e totale digiuno; anche in questa circostanza il dolore fisico, e quindi le punizioni corporali, era elemento fondamentale per l'espiazione della colpa.

Nel corso dei secoli successivi si venne a creare, a causa delle scoperte geografiche e dell'apertura dei mercati, una situazione di carenza di forza-lavoro, la pena della privazione della libertà, propria del diritto canonico nei confronti dei chierici, lasciò spazio a nuove forme di internamento: la servitù sulle galere, la deportazione ed i lavori forzati.

Con la creazione degli Stati Assoluti, l'esecuzione della pena, e in particolare di quella capitale, divenne momento pubblico di ostentazione del potere assoluto del sovrano, appellandosi a un diritto e ad un'autorità derivante da Dio.

Fino alla metà del 1700 le prigioni erano concepite come meri strumenti di contenzione dei detenuti in attesa della pena capitale o come luogo dove attuare punizioni corporali o estorcere con la forza dichiarazioni. È solo con l'avvento dell'Illuminismo che si assistette ad un progressivo crearsi di istituzioni carcerarie volte ad essere lo strumento di punizione dei trasgressori della legge, abbandonando progressivamente la tortura e riducendo l'utilizzo della pena capitale.

In questo contesto va ricordato il prezioso apporto dell'illustre Cesare Beccaria che enunciò il superamento delle pene corporali e infamanti e un progressivo abbandono della pena capitale, mettendo in dubbio l'arbitrario potere dei sovrani di disporre della vita e della morte dei propri sudditi.

Alla fine del secolo la struttura architettonica del carcere mutò, seguendo il progetto del riformatore inglese Jeremy Bentham, che prevedeva la costruzione di bracci a raggiera e rotonde, per far in modo che pochi carcerieri potessero controllare il maggior numero possibile di reclusi.

L'800 è il secolo dei cambiamenti in ambito penitenziario: si crearono movimenti e scuole impegnate nella ricerca di una corretta impostazione pratica della funzione della pena detentiva e, sul finire del secolo, grazie all'impegno di giuristi e addetti ai lavori, si svolsero vari congressi, volti a sensibilizzare il grande pubblico sul problema delle carceri, che diedero luogo al diritto penitenziario come branca autonoma del diritto pubblico; vennero inoltre istituite Commissioni Penitenziarie Internazionali (1890 e 1927).

Con l'Unità d'Italia si sentì la necessità di uniformare la legislazione vigente in tutti gli ambiti, compreso quello penitenziario: si susseguirono una serie di Regi Decreti volti a regolamentare le diverse realtà carcerarie presenti. Tale regolamento adottava il sistema della separazione notturna e del lavoro in comune diurno, con l'obbligo del silenzio, la separazione dei sessi e dai minori e istituiva inoltre una commissione di sorveglianza, con il compito di controllo sul vitto, i materiali, gli ambienti, la lavorazione, l'istruzione e la condotta dei guardiani sui detenuti.

La prima riforma carceraria venne emanata nel 1889, in concomitanza con il Codice Zanardelli, che sostituì il Codice Penale Sardo sino ad allora in vigore; in tale riforma venivano dettate le regole per l'edilizia penale e lo stanziamento dei fondi a questo scopo; le carceri edificate in questo periodo si ispirano al modello dettato da Crispi di sistema

cellulare.

Nel 1891 con la riforma giudiziaria venne ufficialmente abolita la pena di morte e sostituita con la pena dell'ergastolo, il carcere a vita.

L'epoca giolittiana e l'inizio del '900 segnarono un periodo di importanti mutamenti, volti all'umanizzazione della pena e del carcere: venne soppresso l'uso della palla al piede per i condannati ai lavori forzati, vennero eliminate le disumane punizioni della camicia di forza, dei ferri e della cella oscura. Nel 1907 vennero riordinati gli istituti per i minori e istituito un corpo di educatori in luogo delle guardie carcerarie.

Nel primo dopoguerra furono messe in atto ulteriori riforme (1922) che regolamentarono il lavoro carcerario, i colloqui, la corrispondenza; riforme che subirono un brusco arresto nel periodo fascista. Nel 1930 venne approvato il Codice Rocco e nel 1931 il nuovo codice di procedura penale, i quali ribadivano le tre leggi fondamentali della vita carceraria (originarie del Codice Zanardelli): lavoro, istruzione civile e pratiche religiose che divennero tassative e vietata e punita severamente ogni altro tipo di attività.

Il Codice Rocco aveva come regole fondamentali la rigida separazione tra il mondo carcerario e il mondo esterno, l'atomizzazione dei detenuti al fine di evitare qualsiasi collegamento e presa di coscienza collettiva, l'esclusione dalla realtà carceraria di qualsiasi persona non inserita nella gerarchia, obbligo di chiamare i detenuti con il numero di matricola con finalità di soppressione della personalità del detenuto rendendo quindi il carcere, a tutti gli effetti, come un'istituzione chiusa. Il Codice prevedeva inoltre una suddivisione degli istituti a seconda della durata della pena dei detenuti, le attività vietate e le rispettive punizioni.

Le riforme durante il periodo della guerra furono minime e questo andamento si prolungò anche nel dopoguerra; il carcere rimaneva isolato dalla società libera.

A fronte di un assoluto disinteressamento della società per il carcere, i detenuti misero in atto violente rivolte scaturite dal progressivo peggioramento delle condizioni di vita all'interno degli istituti.

Occorre aspettare però il 1948 affinché la questione penitenziaria venga affrontata seriamente, con l'istituzione di una commissione d'inchiesta sullo stato delle carceri in Italia; la commissione presentò nell'anno successivo una relazione su tutti i problemi penitenziari con relative proposte di soluzione. È importante sottolineare che nessuna riforma concreta fu messa in atto al Codice Rocco ancora vigente fino al 1951.

Solo con il 1955 le riforme furono attuate cercando di adeguare il sistema penitenziario italiano ai dettami dell'ONU, introducendo il concetto di individualizzazione della pena, le figure degli educatori e degli assistenti sociali e il regime di “semilibertà”.

Nei due decenni successivi non vennero introdotte vere e proprie riforme a causa dell'instabilità del governo, che non permetteva la stesura e l'approvazione di una vera riforma, e dei movimenti di rivolta sociale, che questa volta “entrarono in carcere”.

Il 26 luglio 1975 fu approvato l'Ordinamento penitenziario ancora in vigore.

Il carcere oggi.

La Costituzione Italiana esplicita chiaramente la funzione rieducativa della pena, sottolineando come i trattamenti debbano rispettare umanità e dignità del detenuto (art.27).

Tale finalità è espressa altrettanto esplicitamente nell'articolo 1 dell'Ordinamento Penitenziario: *il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona*. Viene sottolineata inoltre l'imparzialità del trattamento, senza alcuna discriminazione di nazionalità, sesso, condizioni economiche e sociali, opinioni politiche e religiose e l'individualizzazione del trattamento stesso.

L'art. 13 definisce inoltre le modalità di individualizzazione del trattamento: viene eseguita un'osservazione iniziale finalizzata a formulare un programma rieducativo personalizzato appropriato ai bisogni e alla personalità di ciascun soggetto; tale osservazione prosegue durante l'esecuzione della pena al fine di effettuare cambiamenti adeguati alle esigenze che si prospettano nel tempo.

Il trattamento penitenziario ha come finalità ultima il reinserimento sociale dei detenuti, pertanto sono agevolati i contatti con l'ambiente esterno, la formazione culturale e professionale. L'Ordinamento Penitenziario specifica inoltre le modalità di accesso ed organizzazione di attività scolastiche, lavorative e ricreative.

La realtà contemporanea in numeri.

L'Ordinamento Penitenziario odierno, Legge 26 luglio 1975 n. 354, prevede la distinzione degli istituti penitenziari per adulti in:

- istituti di custodia preventiva, distinti a loro volta in case mandamentali, le quali assicurano la custodia degli imputati a disposizione del pretore, e in case circondariali, le quali assicurano la custodia degli imputati a disposizione di ogni autorità giudiziaria. Inoltre assicurano la custodia delle persone fermate o arrestate, quella dei detenuti e degli internati in transito;
- istituti per l'esecuzione delle pene, distinte in case di arresto, per l'esecuzione della pena di arresto, e case di reclusione, per l'esecuzione della pena di reclusione;
- istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza, distinte in colonie agricole, case di lavoro, case di cura e custodia, ospedali psichiatrici giudiziari;
- centri di osservazione per la definizione di trattamenti penitenziari individuali.

Nella pratica nelle case di reclusione sono internati detenuti con pena definitiva superiore a tre anni, nelle case circondariali invece vi sono detenuti in attesa di sentenza definitiva o con condanna definitiva inferiore a tre anni; nella realtà dei fatti esistono eccezioni a questo sistema.

Negli anni '90 venne creato inoltre il sistema dei circuiti carcerari correlandola alla legge penitenziaria; ad oggi i circuiti si suddividono in:

- Circuito Penitenziario di primo livello, di cui fanno parte istituti e sezioni di istituti destinate alla Alta Sicurezza (AS), destinato ai detenuti imputati o condannati per i delitti di associazione a stampo mafioso, sequestro di persona a scopo di estorsione, associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti. Il circuito prevede la rigorosa separazione dagli altri detenuti, l'uso di strutture sicure dal punto di vista edilizio, degli apparati e dei dispositivi meccanici ed elettronici, il massimo della sicurezza dal punto di vista della sorveglianza; punta di diamante italiana in materia di sistema repressivo è il regime di 41bis, o ergastolo ostativo, il quale prevede il quasi totale isolamento;
- Circuito Penitenziario di secondo livello, ossia di Sicurezza Media (SM), destinato alla maggior parte dei detenuti; tale circuito prevede un giusto equilibrio tra le esigenze di sicurezza e quelle trattamentali e risocializzanti;
- Circuito Penitenziario di terzo livello, Custodia Attenuata (CA), destinato a detenuti tossicodipendenti non particolarmente pericolosi. In questo circuito prevale il trattamento sulla sicurezza, offrendo al detenuto un piano della cura e della riabilitazione.

I dati ISTAT rivelano che la popolazione carceraria europea è aumentata significativamente nei primi anni del 2000, rispetto al decennio precedente, per trovare stabilità dal 2005; il nostro Paese non è in linea con questa tendenza generale e registra un incremento del 10%.

Il tasso medio mondiale di carcerazione per 100.000 abitanti è di 156, il tasso europeo di 127,7 ed il tasso italiano è di 112,6.

Profilo dei detenuti.

Attualmente negli istituti penitenziari italiani sono recluse circa 65.000 mila persone, a fronte di 47.040 posti regolamentari (Gennaio 2013): nelle nostre carceri sono detenute circa 22.000 persone in più rispetto all'atteso con un tasso di sovraffollamento tra i più alti in Europa.

Per quanto riguarda la posizione giudiziaria dei detenuti in Italia, il 19% sono in attesa di giudizio, il 10% sono appellanti, il 7% ricorrenti in Cassazione e il 4% presentano situazioni miste; il 60% sono condannati in maniera definitiva (Settembre 2013).

Nel mondo, la componente straniera è tendenzialmente limitata ad un massimo del 14,2% della popolazione carceraria, in molti paesi il tasso è inferiore al 2,9% (paesi a basso impatto migratorio); in Europa rappresenta più del 15% della popolazione totale (2011), in Italia si raggiunge il 35% (2013) tenendo conto che molto sono i detenuti in attesa di giudizio che non hanno luogo in cui risiedere prima dell'udienza. Il 40% degli imputati presenti in carcere segue un iter veloce, pochissimi giorni, il 24,7% dei detenuti esce nel giro di una settimana.

Gli stranieri con una permanenza breve rappresentano il 28,2% del totale, mentre gli italiani il 22%.

Il 51% dei condannati detenuti in carcere deve scontare una pena inferiore a 5 anni: il 7,2% meno di un 1, il 21,1% da 1 a 3 anni e il 22,9% da 3 a 5 anni.

I detenuti che hanno pene residue superiori a 10 anni sono circa il 10%, e tra questi ci sono 1.581 ergastolani.

Sono in totale circa 24.000 le persone con pena residua inferiore ai 3 anni che quindi, secondo la legge, potrebbero beneficiare delle misure alternative alla detenzione o della detenzione domiciliare, ma ostacoli normativi e soprattutto organizzativi e logistici (una casa in cui andare, per esempio) spesso lo impediscono e questo vale soprattutto per gli stranieri.

Il 95,8% dei detenuti presenti è di sesso maschile, tale dato si è mantenuto costante nel tempo. La presenza di popolazione femminile nelle carceri è minoritaria in tutti i paesi, in Europa la popolazione femminile rappresenta il 4-6% della popolazione carceraria totale, in Italia è il 4,2%.

Circa 15.000 detenuti hanno meno di trent'anni (23%) e solo 587 detenuti hanno più di 70 anni (1%); la popolazione carceraria italiana risulta quindi molto giovane, ma il 60% di loro è pluri-recidivo: il 50% ha tra 1 e 4 detenzioni precedenti mentre 28.608 detenuti scontano la prima reclusione detenzione. Un dato interessante riguarda 350 detenuti hanno più di 15 carcerazioni alle spalle.

Il 47,4% dei detenuti è celibe o nubile, il 34% è coniugato, il 10% conviveva, il 4,7% è separato legalmente, il 2,7% divorziato e l'1,1% vedovo.

Inoltre il 34,6% dei detenuti ha figli.

Gli stranieri rappresentano il 35% della popolazione carceraria, sono più giovani degli italiani, più spesso celibi e nubili e vi è una maggior prevalenza di donne.

Per quanto riguarda il grado di istruzione dei detenuti delle carceri

italiane, meno dell'1% sono i laureati, molto più cospicuo è invece il dato riguardante l'analfabetismo.

Il 62,7% dei detenuti è nato in Italia, il 32% al Sud.

I detenuti stranieri provengono per la maggior parte dall'Africa (50,4%), in particolare dal Marocco e dalla Tunisia, dall'Europa (38,4%), soprattutto dalla Romania e dall'Albania. Le donne detenute hanno cittadinanza nella maggior parte dei casi in Europa (55%) seguono Nigeriane (14,9%) e Sudamericane (11,2%), dati in linea con la numerosità della loro presenza nel nostro paese.

I reati più frequenti commessi dai detenuti presenti sono la violazione della normativa sugli stupefacenti (41%), la rapina (25,8%), il furto (19,6%), la ricettazione (17,2%), le lesioni personali (15,6%), la violazione della legge sul possesso delle armi (15,1%), gli omicidi volontari (13,8%).

Per quanto riguarda la violazione di cui al Testo Unico sugli stupefacenti è opportuno ricordare che risulta per lo più associato il fenomeno della tossicodipendenza in carcere; i detenuti tossicodipendenti rappresentano il 24,5% del totale e per loro sono attuati regimi di sorveglianza adatti, circuiti di sorveglianza attenuata e programmi di rieducazione e reinserimento specifici.

“Women and man are different.

Equal treatment of men and women does not result in equal outcomes.”

Relazione *“Women in Prison and the Children of Imprisoned Mothers”*,

Quaker Council for European Affairs e Quaker United Nations Office del

2007

La questione femminile

Cenni storici

Non è affatto semplice ricostruire la storia delle detenute in Italia, soprattutto perché è una storia di piccoli numeri, poco conosciuta e diffusa: le donne presenti nelle carceri italiane sono il 4,2% del totale dei detenuti, con notevoli variazioni da regione a regione, dato che riflette la condizione europea.

Quella delle donne più che essere una storia di reato-pena, costituisce una storia di devianza: la "pena" era applicata in modo da riportare la donna al suo *status naturale* di donna e madre e pertanto erano colpiti tutti quei comportamenti che si allontanavano da quanto ci si aspettasse dalle donne all'interno di una società patriarcale e maschilista. La società si proponeva quindi di riportare sulla giusta strada quelle donne che per vizio o fragilità ne erano deviate. Gli istituti correzionali erano quindi pieni di orfane, povere, prostitute, ragazze madri affidate alle cure-punizioni di donne cattoliche.

Nel corso del XVII e XVIII secolo sorsero sempre più numerosi "alberghi dei poveri", "case di correzione", "ospedali", "case di lavoro" con l'intento di eliminare dalla città, o perlomeno dalla vista, il ceto sociale più povero che era fonte di turbamento della quiete agli occhi dei ceti più abbienti.

Ciò che si palesa fin da subito è l'arbitraria pericolosità delle donne: vengono difatti colpite e internate le donne a "rischio", soprattutto coloro che per scelta o meno non erano sottoposte ad una tutela maschile e quindi più dedite ad attività illecite e contro la morale comune. Di questa categoria facevano parte anche le *zitelle*, donne non sposate, alle quali, con bolla papale *Ad exercitium pietatis* (1663) venne adibito il palazzo di S. Giovanni in Laterano.

A Torino, prima e dopo il regno sabaudico, la vita per le donne "pericolose" non era affatto semplice: la Compagnia di San Paolo fondò nel 1684 l'Opera del Deposito in cui venivano accolte, più o meno volontariamente, donne "*donne cadute, pericolose o di attuale o imminente scandalo al prossimo*". Ben presto, sotto il regime sabaudico, iniziarono proteste poiché erano ospitate nello stesso luogo peccatrici ritiratesi volontariamente che forzatamente; si creò quindi il "Ritiro delle Forzate" per le donne rinchiuso coattivamente.

La capienza però minima indusse ad una selezione in base alla situazione economica e allo status sociale di nascita.

Nel 1787 fu creata un'ulteriore casa per le donne (oltre Porta Susa) dalla quale era permessa l'uscita solo a condizione di dimostrare una vera emancipazione dal passato corrotto dal vizio alle istitutrici, che, a propria discrezione, avrebbero potuto quindi trasformare questa opera di redenzione ad un effettivo ergastolo.

Il destino delle *pericolose* donne torinesi sarà affrontato più dettagliatamente nei capitoli successivi.

Nel resto della nostra penisola la situazione non era comunque delle più rosee per poveri, anziani, donne e orfani: nel 1664 a Genova fu fondato un albergo dei poveri con l'intento di ospitare anziani di entrambi i sessi, bambini orfani, donne "*abbandonate da parenti e dalla fortuna*", adultere, donne pentitesi di una vita di errori che volessero espiare i propri peccati, donne rinchiuso coattivamente per decisione di chiunque avesse potere su di esse e donne gravide senza dimora.

Anche Bologna non fu da meno: mendicanti, poveri e donne pericolose furono internati in diversi istituti, al fine di purificare la città.

Risulta chiaro che le donne cosiddette "pericolose" erano considerate non solo ai margini della società civile, ma deboli tra i deboli, emarginate tra gli emarginati, bisognose a tutti i costi di un istituzione o l'autorità di qualcuno in grado di redimerle dalle proprie colpe, ovviamente arbitrarie, per renderle donne capaci di adempire al loro ruolo naturale di angelo del focolare e madre premurosa.

Lo Stato Pontificio si dimostrò uno dei più ostinati nella volontà di riportare al buon costume le donne deviate: l'ospizio di San Michele, già destinato alle donne, fu in seguito ampliato; questa casa di pena accoglieva circa 250 detenute, già condannate, in 81 celle anguste; le loro colleghe in attesa di giudizio permanevano nelle carceri preventive insieme agli uomini. Venne successivamente tramutata in casa di correzione un istituto preesistente dedicato alle donne penitenti, vi venivano recluse fino alla completa remissione, quindi potenzialmente a vita, donne deviate su istanza di genitori o mariti, senza regolare processo. L'istituto venne affidato a dodici suore che lo gestirono

seguendo il modello claustrale.

Sulla soglia dell'800 in Italia la maggior parte delle donne recluse lo è a causa di comportamenti considerati troppo libertini o contro la morale, piuttosto che per veri reati; pertanto la rieducazione era impostata secondo il principio lavorativo, apprendere le mansioni domestiche, e secondo il principio di castità, da mantenere fino al matrimonio, e della fedeltà coniugale.

Per le criminali erano presenti solo tre istituti in tutta Italia: le case penali femminili della Giudecca (Venezia), di Perugia e di Trani (Bari), gestiti tutti da religiose.

Le case di correzione femminili furono totalmente gestite da altre donne: religiose o laiche, da un lato investite di una missione sociale, dall'altro modelli di comportamento e di adesione ai valori condivisi. In entrambi i casi non era prevista l'istruzione scolastica o l'avviamento a una professione, fatta eccezione per il lavoro domestico e la sartoria.

La donna, nel corso dei secoli, non è mai stata considerata delinquente coscientemente, ossia che per volontà propria potesse infrangere le leggi, quanto piuttosto "posseduta", dal demonio nel caso dell'Inquisizione o da qualche patologia mentale (ad esempio l'isteria) e deviata. La donna delinquente è considerata pertanto una doppia colpevole: di aver commesso un vero e proprio reato e di esser venuta meno ai propri doveri di moglie e madre.

La gestione religiosa delle carceri femminili rimase invariata fino al 1975, le suore divennero una sorta di sostituto materno per le detenute, spesso vittime di soprusi e violenze, che si occupavano al tempo stesso della cura del fisico e dell'anima.

Il secolo scorso è segnato da profondi cambiamenti nella gestione del carcere e nel profilo delle detenute: diminuiscono le reclusi per reati contro la morale e il buon costume e aumentano sensibilmente quelle per reati contro il patrimonio, lo Stato, l'ordine pubblico.

Con la riforma del 1975 (Ordinamento Penitenziario) la gestione degli istituti penali torna sostanzialmente nelle mani dello Stato e alle religiose si sostituiscono vigilatrici laiche; inoltre il modello "assistenzialistico" già presente nelle sezioni femminili (che erano proprio state create per rieducare le donne ad essere brave mogli e madri) si estende al carcere maschile, vengono introdotte le figure degli educatori, degli assistenti sociali, degli psicologi che basano il trattamento sull'educazione e sull'emancipazione mediante il lavoro.

La riforma del 1975 introduce inoltre la possibilità di momenti di uscita dal carcere (permessi premio, affidamento in prova ai servizi sociali, detenzione domiciliare) e riserva alle detenute con prole inferiore ai tre anni di età la possibilità della detenzione domiciliare.

In passato le donne erano private dal loro diritto di maternità, poichè giudicate deviate e quindi incapaci di adempire il proprio ruolo genitoriale; inoltre la privazione del contatto con i propri figli rendeva il pentimento più efficace. A tal proposito le donne che partorivano nelle case di correzione erano immediatamente allontanate dal proprio bambino che veniva affidato alle cure di particolari istituti.

Oggi l'obiettivo del carcere è l'opposto: l'impegno è concreto affinché le madri mantengano i contatti affettivi con i propri figli e, nel caso questi siano assenti, ad un progressivo riavvicinamento.

Nel corso degli ultimi decenni la popolazione carceraria femminile si è ancora una volta modificata, con l'ingresso di un gran numero di

straniere prevalentemente giovani e condannate per reati legati agli stupefacenti.

Il carcere oggi

L'istituzione carceraria odierna è costituita su impronta tipicamente maschile: la gestione è improntata come una caserma e lascia poco spazio alla sfera comunicativa emozionale a cui le donne sono più avvezze rispetto agli uomini, basti pensare che, nelle sezioni classiche, le donne hanno un'ora al giorno per socializzare e parlare con le altre detenute.

Il dibattito che negli ultimi anni si sta aprendo sulla questione detentiva tende sempre ad assimilare la questione femminile all'interno di quella più ampia maschile: si parla di sovraffollamento, di scarse condizioni igieniche, di mancanza di fondi, di strutture non a norma di legge, ma pochi si interessano di come sia effettivamente la detenzione delle donne, l'esiguo 4,2%.

Molto è stato fatto a favore di coloro le quali hanno prole: a partire dalla possibilità dei bambini di vivere con le proprie madri piuttosto che un affidamento temporaneo o l'adozione, la costituzione di sezioni apposite per la vita di madri e bambini, l'apertura di istituti a custodia attenuata per le madri con prole inferiore a tre anni, e la futura apertura di altri centri così organizzati.

L'Ordinamento Penitenziario italiano prevede la detenzione speciale per le detenute madri con prole inferiore a dieci anni, da scontare presso il proprio (o altro) domicilio, in modo da non separare la diade mamma-bambino e che l'influenza della detenzione materna sulla salute fisica e

psicologica del minore sia minima; ma le cose spesso non vanno così.

Al 31/12/ 2012 erano 40 i minori di tre anni reclusi insieme alle loro madri all'interno degli istituti penali, quattordici in meno rispetto all'anno precedente, a fronte di 17 asili nido funzionanti, tre inutilizzabili e uno in costruzione; le donne in gravidanza presenti negli istituti italiani erano cinque.

Al 1/1/ 2014 la legge in materia di minori che vivono in carcere con le proprie madri è stata modificata portando l'età massima a 6 anni (invece che tre, come era previsto precedentemente), al fine di non separare forzatamente la diade al compimento dei 3 anni del bambino; tenendo conto che la maggior parte delle donne detenute deve scontare pene relativamente brevi (3-10 anni), le probabilità che mamma e bambino siano dimessi dal carcere insieme aumenta.

Su un totale di 206 istituti di pena, sono 2.804 le donne presenti (dati relativi al 31/12/2012), di cui 1129 straniere; occorre ricordare però che non tutti gli istituti italiani presentano una sezione dedicata alle donne.

Il 31,4% delle detenute ha un'età compresa tra 30 e 39 anni, il 29,9% tra 40 e 49, il 18,8% oltre 50 anni, il 18,2% tra 21 e 29 anni e l'1,7% meno di 21 anni.

Al 31 Dicembre 2011 (le statistiche relative al 2012 non attuano una distinzione tra donne e uomini in base alla posizione giuridica) sono 1474 le detenute con condanna definitiva (di cui 546 straniere), su 2808 donne presenti; 350 le appellanti, 167 le ricorrenti (1238 in totale a disposizione delle autorità); 95 le sottoposte a misure di sicurezza.

La maggior parte delle donne deve scontare pene comprese tra 3 e 10 anni: 360 da 3 a 5 anni di carcere, 402 tra 5 e 10 anni di reclusione; le

ergastolane sono 20, tutte italiane.

Le donne straniere, in totale 1171 al 31/12/ 2011, provengono per la maggior parte da Stati del Continente europeo (644), con prevalenza di detenute rumene (267), seguite dalle africane (280), poi dalle americane (174) ed infine dalle asiatiche (70).

In Piemonte erano, al 31/12/2011, 76 le detenute italiane e 82 quelle straniere, 158 in totale a fronte di una capienza massima di 150 posti; al 30/09/2013 erano 176 le donne recluse nella nostra regione. Le detenute sono concentrate negli istituti di Torino, Vercelli e Alessandria C.C.

"Egli era maestro a Torino, e andò per tutto l'inverno a far lezione ai prigionieri, nelle Carceri Giudiziarie. Faceva lezione nella chiesa delle carceri, che era un edificio rotondo, e tutt'intorno, nei muri alti e nudi, vi sono tanti finestrini quadrati, chiusi da due sbarre di ferro incrociate, a ciascuno dei quali corrisponde di dentro una piccolissima cella. Egli faceva lezione passeggiando per la chiesa fredda e buia, i suoi scolari stavano affacciati a quelle buche, coi quaderni contro le inferriate..."

Edmondo De Amicis, *Cuore*

Il carcere a Torino

"Le Nuove"

Nel corso dei secoli sono state numerose le strutture adibite a carceri e prigioni nel territorio comunale: il carcere criminale di via S. Domenico, il carcere correzionale di via Stampatori per accusati di pene minori, il carcere delle forzate di via S. Domenico e il carcere delle Torri presso Porta Palazzo, entrambi dedicati alla reclusione delle detenute.

Tra il 1857 e il 1869 vennero costruite "Le Nuove", il nuovo carcere giudiziario, su progetto dell'architetto Giuseppe Polani, sotto il regno di Vittorio Emanuele II, con il preciso intento di edificare un'unica struttura carceraria, capace di contenere tutti i detenuti fino ad allora sparsi nei vari istituti della città.

La struttura architettonica ideata per il nuovo carcere di Torino rispondeva alla necessità di isolamento totale diurno e notturno del

detenuto, segregazione formalmente introdotta dal Regio Decreto del 27 Giugno 1857. Le celle de "Le Nuove" erano 648, predisposte affinché vi fosse recluso un unico detenuto in uno spazio di 4 metri di lunghezza per 2,26 metri di larghezza e 3 metri di altezza, con una sola finestra a forma di "bocca di lupo" orientata verso il cielo, posta a 2 metri e 10 cm dal pavimento. Si componeva inoltre di 13 bracci, sei cortili per i passeggi e due cappelle, una per le detenute e una per i detenuti; il tutto, una superficie complessiva di 37.634 metri quadri, era circondato da un doppio muro di cinta alto 5 metri, con quattro torricelle di guardia angolari.

Le condizioni di vita all'interno del nuovo carcere di Torino erano in compenso nettamente superiori rispetto alle consuetudini del tempo, il sistema cellulare garantiva infatti il non sovraffollamento delle celle e vi era garantita un'istruzione di base, sfruttando la struttura architettonica particolare ideata per assistere alla S. Messa, fortemente voluta dal primo direttore del penitenziario Marinucci.

I detenuti assistevano alle funzioni religiose, e quindi anche alle lezioni tenute dai volontari dell'Arciconfraternita, attraverso le grate di piccolissime celle individuali, poste su più piani e in modo semi-circolare.

Nonostante l'acceso dibattito e la rinnovata attenzione verso l'istituzione carceraria, il trattamento dei detenuti restò coerente con il Codice Zanardelli, e poi con il Codice Rocco, applicando con rigidità le regole di lavoro, istruzione civile e pratiche religiose e le punizioni previste per i trasgressori fino alla caduta del fascismo.

Fino al 1945 la struttura architettonica de "Le Nuove" non subì alcuna

significativa modificazione, ma all'interno furono scritte intere pagine di storia italiana: inizialmente destinata agli imputati e ai condannati con pena breve, ospitò dai soldati disertori durante la Prima Guerra Mondiale, agli operai della Fiat arrestati durante il "biennio rosso", per passare nelle mani delle SS durante il fascismo e la Seconda Guerra Mondiale, i quali vi reclusero oppositori al regime, partigiani, deportati, ebrei, tra i quali ricordiamo Ignazio Vian ed Emanuele Artom, deportati e condannati a morte. Dopo la Liberazione ospitò ancora gli appartenenti al regime appena caduto.

A partire dagli anni cinquanta iniziarono i cambiamenti architettonici volti a migliorare le condizioni di vita dei detenuti: furono ampliate le finestre delle celle, venne creato un asilo nido per i figli delle detenute e si restaurarono vari spazi comuni, tra cui le cappelle. Venne aggiunta inoltre una sezione penale adiacente, attivati i corsi professionali dipendenti dall'I.P.S.I.A. "Plana" e abbattuti i vari muri che dividevano in "spicchi" i cortili per l'ora d'aria.

Con l'approvazione del nuovo Ordinamento Penitenziario nel 1975 ogni cella venne dotata di termosifoni, lavandino e gabinetto e ogni braccio suddiviso in tre piani sovrapposti, eliminando la tipica struttura a balconate.

Negli anni ottanta ebbe inizio la costruzione del nuovo carcere cittadino "Le Vallette", il quale prende il nome dalla zona periferica in cui venne edificato, e il progressivo spostamento dei detenuti nel nuovo istituto; i locali de "Le Nuove" furono ancora utilizzati fino al 2000 per la collocazione dei detenuti in regime di semilibertà e per la formazione degli Agenti di Custodia della Polizia Penitenziaria.

Oggi l'edificio de "Le Nuove" è sede museale.

"Le Vallette"

Il 13 ottobre 1986 fu inaugurato il nuovo complesso carcerario, "Le Vallette" e iniziò il progressivo trasferimento dei detenuti in base allo status giuridico: prima gli appellanti e coloro in attesa di giudizio, successivamente i detenuti con condanna definitiva.

L'11/11/ 2003 la Casa Circondariale torinese è stata intitolata alla memoria di Giuseppe Lorusso e Lorenzo Cutugno, due agenti di custodia rimasti vittime del terrorismo mentre prestavano servizio, perdendo la denominazione "Le Vallette" e acquisendo quella di "Lorusso e Cutugno".

Alla direzione della Casa Circondariale si susseguirono il Dott. A. Zaccagnino, il Dott. V. Castoria, con il quale si avviarono i progetti "Prometeo" e "Arcobaleno", il Dott. P. Buffa dal 2000 e da gennaio 2013 il Dott. G. Forte; attualmente la direzione dell'istituto è affidato alla Dr.ssa R. Marino.

L'istituto è composto da cinque padiglioni, di cui tre organizzati su tre piani (quattro sezioni per ogni piano), tra questi vi è un padiglione dedicato alle donne detenute, uno denominato "Arcobaleno" e uno "Progetto Prometeo".

Il progetto "Arcobaleno" nacque nel 1992 per far fronte alla sempre maggiore diffusione del fenomeno dell'uso di sostanze stupefacenti e al contempo al fine di adeguare la struttura e il trattamento alle nuove normative vigenti, le quali ponevano l'attenzione sulla condizione sociale

e sanitaria del tossicodipendente e pertanto sulla sua cura e assistenza. L'esigenza iniziale fu quella di definire uno spazio nel quale poter condividere un linguaggio e obiettivi mirati all'elaborazione e al superamento dello stesso problema. Lo spazio assegnato fu quello della quinta sezione del blocco C, capace di ospitare fino a 40 detenuti.

Ad oggi la sezione "Arcobaleno" è una sezione di custodia attenuata in cui lavorano operatori esterni, agenti di Polizia Penitenziaria appositamente formati e operatori del Servizio Sanitario Nazionale, come dispone la più recente normativa in materia di salute e detenzione.

È istituita inoltre presso la Casa Circondariale di Torino una sezione a custodia attenuata per detenuti sieropositivi, denominata "Progetto Prometeo", con la finalità di sperimentare un nuovo percorso riabilitativo, attraverso un clima psico-sociale di solidarietà e collaborazione tra detenuti. L'adesione a tale programma è volontaria: è lo stesso detenuto a doverne fare richiesta, che sarà poi valutata da un'equipe dedicata. I detenuti sono incoraggiati alla socialità e alla condivisione, le loro celle sono chiuse solo in orario notturno, hanno a disposizione una cucina e una piccola palestra. È garantita inoltre la presenza giornaliera di medici infettivologici e adeguate terapie mediche.

Formazione e lavoro

Per quel che concerne l'istruzione e la formazione, nell'istituto sono organizzati corsi per tutti i livelli di scolarità, a partire dall'alfabetizzazione, particolarmente rivolta ai detenuti stranieri presenti in gran quantità, per concludere con il Polo Universitario, realizzato in collaborazione con l'Università di Torino, passando per i corsi gestiti

dalla Casa di Carità Arti e Mestieri e dall'I.P.S.I.A. "Plana".

Il *Centro Territoriale Permanente "Croce Morelli"*, attivo nella Casa Circondariale torinese dall'anno scolastico 1999/2000, opera esclusivamente in ambito penitenziario e si occupa della scolarizzazione di base degli adulti. I corsi attivati sono: alfabetizzazione, scuola media, progetto accoglienza; i primi due corsi sono di durata annuale e mirati al conseguimento dei titoli di studio di base, mentre il "Progetto Accoglienza", attivo dal 2004/2005, ha la finalità di includere in un percorso formativo e sociale i detenuti con pene molto brevi o in attesa di trasferimento presso altre strutture, assicurando il proseguimento degli studi nella struttura di destinazione.

La *Casa di Carità Arti e Mestieri* si occupa di attività di formazione professionale e di inserimento lavorativo dei detenuti dell'istituto; organizza corsi di giardinaggio, vivaismo, installazione di impianti elettrici, informatica di base, tecnologie per il risparmio energetico e installazione di impianti solari termici, riqualificazione ambientale degli edifici ed elementi di confezioni artigianali, accompagnando con progetti formativi mirati i detenuti in dimissione dal carcere. Questo ente gestisce inoltre, in collegamento con le attività formative interne, le aree verdi dell'Istituto e una serra. Negli ultimi dieci anni di attività l'associazione ha formato più di 5000 detenuti e ne ha inseriti al lavoro più di 500.

L'istituzione di una scuola volta alla formazione educativa e lavorativa del detenuto risale al 1953, presso il carcere "Le Nuove", in accordo con l'I.P.S.I.A. "Plana". Con il trasferimento presso l'Istituto attuale, la scuola opta per l'istituzione di un unico indirizzo di studi: il corso professionale per la qualifica di "ebanista mobiliere", che con la riforma degli indirizzi

professionali del 1996 ha preso la dicitura di "operatore dell'industria del mobile e dell'arredamento". Il corso ha durata pluriennale, con una didattica impostata con la finalità di permettere all'allievo il conseguimento di una preparazione di base articolata nelle varie discipline.

Fiore all'occhiello della Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" è il Polo Universitario, aperto a seguito di un protocollo di intesa tra la Casa Circondariale, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, la Magistratura di Sorveglianza e le facoltà di Scienze Politiche e Giurisprudenza di Torino, con il sostegno della Compagnia di San Paolo. Il Polo è destinato ad ospitare una ventina di detenuti studenti iscritti all'università, garantendo luoghi, tempi ed assistenza adeguati alle esigenze di studio. È garantita inoltre la presenza di docenti universitari, i quali svolgono lezioni, colloqui ed esami.

Dal 30 Ottobre 2013 ha inoltre preso il via un'esperienza pilota in Italia: il liceo artistico all'interno della Casa Circondariale rivolto a detenuti con condanne definitive per reati attinenti la sfera sessuale (sex offenders). Il modulo didattico, distribuito su un biennio sperimentale, si articola di 34 ore settimanali, all'interno dei locali del carcere con la collaborazione dei docenti del liceo artistico torinese. Obiettivo dell'iniziativa è la rieducazione al rispetto del prossimo e la rivalorizzazione della persona umana, attraverso un percorso di rieducazione al senso della bellezza.

Per quanto concerne le attività lavorative, i detenuti sono occupati sia alle dipendenze dell'amministrazione penitenziaria, come consegna del vitto, addetti alla manutenzione e alla pulizia, sia alle dipendenze di aziende esterne che producono beni da inserire poi nel mercato esterno o

su commissione di aziende esterne.

Presso la Casa Circondariale torinese, la Cooperativa Sociale "*Extraliberi*" ha sviluppato un progetto per la costruzione di un laboratorio artigianale di serigrafia, attivo dal 2007 presso la sezione E "Arcobaleno", in cui i detenuti lavoratori si occupano della personalizzazione di abbigliamento, accessori, indumenti da lavoro e capi tecnici per abbigliamento sportivo. Nato come progetto interno, ad oggi l'impegno della cooperativa si è ampliato fino ad includere lavorazioni per conto terzi, quali il controllo di qualità, l'etichettatura, l'assemblaggio e lavori di precisione su commissione. Anche questa realtà ha lo scopo di creare opportunità di crescita professionale all'interno del penitenziario, agevolando il contatto tra il mondo interno e la realtà lavorativa esterna.

Altri progetti dedicati ai detenuti, al fine di offrire opportunità di formazione professionale e lavorative sono "*Liberamensa*" e "*Pausa Cafè*" che occupano i detenuti rispettivamente nella ristorazione e nella torrefazione. Il primo, nato nel 2005, ha assunto ventidue detenuti e tre cuochi professionisti per occuparsi del confezionamento dei pasti per i detenuti, oggi invece le attività del progetto si sono spostate prevalentemente all'esterno, realizzando servizi di catering e coffee break, sia nel settore pubblico che privato. Il riscontro positivo da parte dei clienti ha dato modo a "*Liberamensa*" di aumentare a trentaquattro i posti a disposizione dei detenuti lavoratori.

Il progetto "*Pausa Cafè*" invece opera in un contesto più ampio: favorisce progetti di sviluppo sociale ed economico equo, sostenibile e partecipativo, operando accanto agli stessi produttori delle materie prime,

in Guatemala per quanto riguarda la produzione di caffè e in Messico e Costa Rica per la produzione di cacao. All'interno dell'istituto di pena di Torino, si occupa della torrefazione del caffè, della trasformazione del cacao e della produzione di birra artigianale.

Altro progetto volto a consentire formazione e inserimento sociale e lavorativo per i detenuti del carcere è “*Terre di Mezzo*” (ex “*Punto e a capo*”), una cooperativa che ha attivato all'interno dei locali de “Lorusso e Cotugno” una falegnameria artigiana che si occupa della creazione di oggetti lignei di arredamento urbano. Il progetto è inoltre legato all'I.P.S.I.A. “Plana”, che si occupa della formazione teorica dei detenuti lavoratori aderenti, ed è finalizzato al trasmettere conoscenze pratiche, attivabili una volta dimessi dal carcere, e al superamento delle differenze, inseguendo la collaborazione e il rispetto per il prossimo. Gli oggetti che nascono nella falegnameria del carcere sono visibili da tutti, arredano infatti le piazze, i viali e le aree verdi della città di Torino e di altre città piemontesi, sarde, lombarde e laziali. I detenuti che hanno lavorato, chi per settimane, chi per anni, all'interno di questo laboratorio, dove ci si occupa di tutto dalla progettazione alle finiture, sono circa cento, di cui diciannove assunti a tempo indeterminato.

Risulta chiaro pertanto che l'istituzione carceraria si stia impegnando concretamente per offrire percorsi diversi e personalizzati di recupero e reinserimento lavorativo e sociale del detenuto. Le attività proposte sono tutte formative e professionalizzanti, secondo quanto previsto dall'Ordinamento Penitenziario, in modo da rendere proficue le giornate, altrimenti dedicate all'ozio.

Alcune ricerche suggeriscono che grazie alla possibilità di formarsi e

lavorare in carcere, diminuisce la percentuale di recidiva del reato, che dal 68% scende all'1-2%; questo dato però è veritiero soltanto per quei detenuti che riescono ad inserirsi in occupazioni per lungo tempo, mentre la percentuale non diminuisce per i detenuti che vengono occupati saltuariamente e per poco tempo in lavori di pulizia e piccola manutenzione per l'istituto.

I detenuti che vantano un lavoro, non saltuario e per tempi prolungati, in Italia sono solo 800, su un totale di 66 mila detenuti.

La Casa Circondariale “Lo Russo e Cutugno”

La capienza regolamentare, al 21 Novembre 2013, è di 1139 posti, a fronte delle 1535 persone reclusi.

Gli stranieri presenti sono il 47,4% del totale, circa il 10% in più rispetto alla media nazionale.

La ripartizione per posizione giuridica è la seguente: 407 persone sono in attesa di giudizio (26,5%), 346 sono i detenuti appellanti o ricorrenti (22,5%), 775 coloro condannati definitivamente (50,5%), 16 sono i detenuti in semilibertà (1%) e la restante quota è formata da 9 persone con permessi di lavoro all'esterno (Art.21) e persone in osservazione.

Settanta detenuti, uomini e donne, sono impegnati nei 3 corsi attivati per l'ottenimento della licenza media, 55 allievi sono coinvolti negli insegnamenti dell'Istituto Plana, 20 detenuti della sezione Arcobaleno sono coinvolti nelle attività dell'Istituto Colombatto, 22 frequentano il polo universitario (8 iscritti a Giurisprudenza e 14 a Scienze Politiche) e

60 persone sono coinvolte dalla Casa di Carità Arti e Mestieri in percorsi formativi e lavorativi.

Sono 42 i detenuti lavoranti all'interno della struttura, alle dipendenze dei vari progetti e 11 detenuti lavorano all'esterno, a questi numeri vanno aggiunti quelli dei lavoranti alle dipendenze dell'amministrazione penitenziaria all'interno della cucina, coloro che si occupano della consegna del vitto nelle sezioni, o della pulizia dei locali comuni.

*“[...]Aiuterà a fare uscire oltre queste infinite sbarre il nostro grido
d'aiuto. [...] Qualcuno dovrà pure darci ascolto!”*

Lettera di una detenuta nella sezione Nuovi Giunti della Casa
Circondariale “Lorusso e Cutugno”, 4 Novembre 2013.

Donne a Torino

Storia di piccole grandi donne

Come già spiegato nel capitolo precedente dedicato alla storia della detenzione femminile, anche alle donne torinesi toccò la sorte di molte altre italiane recluse in case correzionali con la sola colpa di essere povere, ragazze madri, prostitute, vedove, zitelle o adultere senza processo e senza pena prefissata. Queste donne deviate dovevano essere rieducate ad essere buone mogli e madri perfette, come la società prettamente maschile si aspettava, e le loro pene espiate con il pentimento e il lavoro.

Nel 1684 la Compagnia di San Paolo aprì a Torino l’Opera del Deposito per *“donne cadute, pericolose o di attuale o imminente scandalo al prossimo”*, quelle *“cadute di fresco, ma non esposte al pubblico”*, e quelle a rischio o sospettate di *“cadere”*.

Nel 1742 passò sotto le mani del regno sabauda che ne mutò il nome in *“Opera delle Convertite”* e iniziò ad accogliere non solo le pentite che quindi vi entravano volontariamente, ma anche le rinchieste coattivamente; le due categorie venivano tenute separate.

La condivisione comunque dello stesso luogo fece nascere non poche proteste, difatti un ordine regio obbligò alla ricerca di un nuovo luogo per le recluse coattivamente; nel 1750 nacque il “Ritiro delle Forzate”. Avrebbero dovuto essere detenute in questa nuova struttura tutte le donne criminali di qualsiasi tipologia e le prostitute, ma la capienza era limitata per cui ben presto iniziarono a fare selezione e, ovviamente, le donne di buona famiglia o più facoltose vennero privilegiate.

Nel 1787 fu aperta un'altra casa di correzione per le donne in cui vigeva una rigida regola di lavoro ed espiazione e conversione che venivano giudicate dalle istitutrici, quindi la permanenza all'interno della casa era potenzialmente infinita.

Solo nel 1823, sotto il regno di re Carlo Felice, venne abbandonata la pratica della chiusura coattiva e venne aperto un ricovero ad esclusivo carattere volontario per donne povere o zitelle e per donne che avevano già scontato la detenzione.

Fin dall'inizio dell'800 però alcune figure spiccarono nel panorama nazionale per la particolare sensibilità e lungimiranza riguardo alla condizione dei detenuti nelle carceri, dei poveri e degli emarginati.

In un periodo storico in cui gli istituti di pena femminili ospitavano ancora donne scappate di casa, vagabonde, donne considerate troppo libere e prostitute, si inserisce la figura di Giulia Faletti di Barolo, nata in Francia, moglie del Marchese di Barolo, si impegnò personalmente per promuovere la dignità e i diritti delle donne.

L'opera di Giulia di barono, iniziò ben prima dell'apertura de “Le Nuove”, già nel 1814 e si basò su due punti fondamentali: migliorare

l'esistenza fisica delle carcerate, promuovendo un trattamento più umano e maggior rispetto delle esigenze di igiene, e l'esistenza morale, specialmente con l'istruzione religiosa e con il lavoro, che considerava essenziale per un reale recupero.

Nel 1818 ebbe inizio ufficialmente il suo programma di educazione: Giulia stessa vestì i panni dell'insegnante e creò un metodo innovativo, che prevedeva la scrittura delle parole e la loro ripetizione molte volte, successivamente, le detenute più inclini all'apprendimento avrebbero insegnato alle altre; il metodo di Giulia di Barolo insegnava contemporaneamente a scrivere e leggere e la solidarietà.

Al fine di ridare alle detenute la loro dignità di donne e di esseri umani, Giulia capì che era necessario dar loro lavoro, ed è proprio questo l'obiettivo che raggiunse, sottolineando come il lavoro dovesse essere a misura d'uomo, poiché era necessario anche il tempo per il riposo, l'istruzione e la preghiera.

Negli anni successivi, la Marchesa ottenne dal ministero i locali del carcere delle forzate che fece sistemare a sue spese e vi fece trasferire le detenute; a breve questo nuovo carcere divenne modello di pulizia, ordine e cura della persona.

Inoltre istituì una scuola elementare per ragazze povere, un rifugio in cui ospitò ex detenute e ragazze a rischio di devianza e un asilo e ancora un ospedale per bambine disabili, un centro per ragazze povere in cui esse studiavano e lavoravano regolarmente retribuite e una casa di accoglienza per bambine orfane.

Giulia di Barolo morì nel 1864, cinque anni fu consegnato alla città il

nuovo carcere, in cui furono trasferite tutte le detenute e i detenuti della città.

“Le Nuove” erano concepite secondo lo stesso modello, ossia quello dell’isolamento totale, sia per quanto riguarda la sezione femminile che per quelle maschili: stesso sistema a rotonde e a balconate, stesse dimensioni delle celle, stesso sistema di sorveglianza.

Per quanto riguarda la storia delle donne all’interno del carcere, dopo l’edificazione del nuovo carcere, le notizie si perdono e tutto ciò che è noto è la presenza di una cappella dedicata alla sezione femminile, negli anni 50 del ‘900 l’istituzione di un asilo nido per i figli delle detenute e, che i cambiamenti strutturali imposti dall’Ordinamento Penitenziario si verificarono anche nel braccio femminile.

Le donne a “Le Vallette”

Le detenute donne, così come gli uomini, furono trasferite secondo criteri di posizione giuridica nel nuovo istituto, dopo la sua inaugurazione ufficiale nel 1986. Nella nuova struttura alle donne venne dedicata un’intera palazzina, distinta dalle palazzine delle sezioni maschili.

È doveroso ricordare il terribile incendio che divampò il 4 giugno 1989 in questa sezione, nel quale persero la vita due vigilatrici e otto detenute: alcune recluse tentarono di mandare segnalazioni luminose alla sezione maschile appiccando fuoco ad alcuni giornali, le cui scintille ricaddero su alcuni materassi di resina espansa accatastati sotto le finestre. Più che le fiamme, fu il fumo tossico sprigionato a causare le dieci vittime.

Sezione femminile oggi

Il padiglione femminile si estende su tre piani, di cui i primi due dedicati alle sezioni detentive e il terzo alle aule per i corsi di istruzione e formazione; al piano terreno si trovano invece i locali utilizzati per le lavorazioni de “*La casa di Pinocchio*” e del progetto “*Arione*”.

All'interno della sezione femminile dell'istituto è previsto un padiglione dedicato alle donne con prole inferiore ai tre anni di età: i luoghi sono stati modificati per rendere gli spazi maggiormente a misura di bambino, alcuni muri sono stati abbattuti, creando uno spazio dedicato al gioco, le pareti sono state dipinte di colori vivaci e le celle arredate con lettini per accogliere i bambini. Grazie ad un progetto attivato con il comune di Torino, i bambini delle donne detenute sono accolti negli asili nido cittadini.

Si sta sviluppando al contempo un nuovo progetto per queste detenute, seguendo il modello dell'ICAM di Milano, l'istituto a custodia attenuata per madri con prole inferiore a tre anni, si sta realizzando una struttura organizzata in modo da richiamare una comunità, facendola comunque aderire alle necessità di sicurezza. È prevista la realizzazione e l'inaugurazione dell'ICAM di Torino entro la primavera 2014,

Per quanto riguarda i corsi di formazione di base, alfabetizzazione e per l'acquisizione dei titoli di studio di scuola elementare e di media inferiore si svolgono, così come per i detenuti uomini, grazie all'impegno del *Centro Territoriale Permanente "Croce Morelli"* e dei suoi insegnanti, che svolgono regolarmente lezioni al terzo piano della sezione F (femminile).

Per quanto concerne gli studi in ambito universitario, il *Polo Universitario* accoglie anche le detenute che ne fanno richiesta di iscrizione, per le quali valgono le medesime regole dei detenuti.

Ispirandosi al modello di Giulia di Barolo, all'interno della sezione detentiva femminile sono presenti attività formative e lavorative anche per le donne.

“La casa di Pinocchio” è un'associazione culturale che opera all'interno della Casa Circondariale dal 2008, attraverso l'organizzazione di un laboratorio artigianale con un gruppo di detenute. Il lavoro svolto ha come obiettivo principale l'espressione libera e creativa delle donne, attraverso la realizzazione di prodotti di moda. Nel 2010 le detenute partecipanti al progetto hanno lanciato il brand “*Fumne*”, ossia donne, linea di abbigliamento e accessori realizzati dalle abili mani delle detenute, e quindi pezzi esclusivi. Lo scopo ultimo è di promuovere un lavoro dignitoso, capace di alleviare il disagio della reclusione e al tempo stesso di restituire fiducia in se stesse e speranze per il futuro. In seguito le realizzatrici del marchio, hanno creato una linea di abbigliamento e accessori dedicata alle piccole donne, “*Fumne Baby*”. Recentemente “La casa di Pinocchio” ha messo a punto un progetto unico nel suo genere: due giorni al mese il Carcere si apre a donne libere che desiderano imparare tecniche manuali e le loro insegnanti diventano proprio le detenute, le quali padroneggiano queste arti. L'obiettivo in questo caso è creare un effettivo anello di congiunzione fra donne libere e reclusi, cercando una vera riappacificazione con la società.

Il progetto “*Arione*”, attivo all'interno del “Lorusso e Cotugno” già dal 1999, si tratta di un laboratorio di pittura, arti decorative, taglio e cucito.

L'obiettivo del progetto non è solo il superamento di giorni ed ore altrimenti dedicati all'ozio, bensì quello di una rieducazione alla socialità e l'acquisizione di capacità manuali che potranno essere spese una volta dimesse dalla struttura detentiva. Per quanto riguarda i prodotti del lavoro delle detenute partecipanti al progetto, anche in questo caso si tratta di pezzi unici, scaturiti dalla fantasia del singolo. È possibile ammirare e acquistare i prodotti realizzati dalle donne del laboratorio "Arione" nel contesto di varie mostre benefiche e il ricavato viene reinvestito per l'acquisto dei materiali necessari. Nel periodo natalizio è possibile accedere alla mostra-mercato organizzata all'interno del penitenziario, o acquistare i prodotti del laboratorio "Arione" e de "La casa di Pinocchio", insieme a quelli realizzati con gli altri progetti attivi, presso un temporary store nel centro storico di Torino.

Le donne detenute a Torino, al 21/11/2013, sono 126, di cui due mamme (con in totale 4 bambini con meno di tre anni di età).

*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto
dell'individuo e interesse della collettività,
e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

Art. 32 Costituzione Italiana

La sanità in carcere

La salute costituisce, secondo la Costituzione Italiana, diritto fondamentale dell'individuo e interesse della comunità. Competenza dello Stato è quindi garantire l'accesso al diritto di salute, creando le condizioni affinché tutti possano usufruire in egual misura delle cure e dei servizi di prevenzione, tutelando inoltre i soggetti deboli ed emarginati.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce come salute uno stato di benessere fisico, mentale, sociale, superando la definizione di assenza di malattia o infermità. Il diritto alla salute diviene quindi inalienabile e supera qualsiasi distinzione di genere, colore della pelle, religione.

L'OMS definisce, con una direttiva nota con il nome di “Principio di equivalenza delle cure”, necessario garantire al detenuto le stesse possibilità di cura, sia medica che psico-sociale, assicurate ai cittadini liberi.

Rivedendo quanto enunciato nella Costituzione Italiana e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, appare evidente che la tutela

della salute e le cure mediche riservate ai detenuti debbano essere materia del sistema sanitario pubblico, in quanto il detenuto è individuo residente sul territorio nazionale; per molto tempo però l'assistenza sanitaria penitenziaria è rimasta nelle mani del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. La motivazione di tale scelta va ricercata nel Consiglio di Stato del 1987, che confermava l'esclusiva competenza dell'Amministrazione Penitenziaria in tema di salute delle persone recluse e considerava il medico penitenziario parte integrante del personale.

L'Ordinamento Penitenziario italiano prevede un articolo dedicato alla sanità penitenziaria in cui enuncia la presenza in ogni istituto del servizio medico e farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura e dispone inoltre la presenza di un medico specialista in psichiatria.

Prevede anche il trasferimento in apposite strutture ospedaliere o di cura, qualora le cure necessarie o gli accertamenti opportuni non possano essere effettuati all'interno dell'istituto penitenziario. L'autorità giudiziaria può in questi casi disporre che i detenuti non siano sottoposti a piantonamento poiché l'allontanamento del detenuto (ora paziente) dal luogo di cura comporta il reato di evasione.

La Legge prevede una visita medica generale all'ingresso in istituto allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche; vengono inoltre previsti routinari e frequenti controlli e situazioni di isolamento nel caso di malattie contagiose.

Inoltre, In ogni istituto penitenziario per donne sono in funzione servizi speciali per l'assistenza alle gestanti e alle puerpere. Su questo comma torneremo più avanti analizzandolo alla luce degli studi internazionali presenti in letteratura.

L'ordinamento comunica che esiste l'opportunità di visite private da parte di medici di fiducia a spese dei singoli detenuti e prevede la visita da parte del medico provinciale almeno due volte l'anno per accertare lo stato igienico-sanitario degli istituti e dei detenuti e l'adeguatezza delle cure e delle misure profilattiche contro le malattie infettive.

Cenni storici

Sin dall'Unità d'Italia l'assistenza sanitaria è sempre stata legata all'istituto di pena, nel 1931 fu previsto per la prima volta, con il regolamento per gli istituti di prevenzione e pena, un medico all'interno di ogni struttura penitenziaria. È bene ricordare che il diritto alla salute non era ancora riconosciuto, cosa che avvenne solo nel 1948 con l'emanazione della Costituzione Italiana.

Nel 1970 venne divulgato un nuovo Regolamento che disciplinava i rapporti di lavoro del personale sanitario all'interno degli istituti, definendone il carattere eccezionale e pertanto non inserito nell'organico dell'Amministrazione Penitenziaria.

Con la pubblicazione, a soli cinque anni di distanza, dell'Ordinamento penitenziario ancora vigente, la sanità penitenziaria assume carattere stabile, prevedendo un servizio medico, tra cui la presenza di un medico psichiatra, e farmaceutico interno, alle dipendenze dell'Amministrazione penitenziaria.

Nel 1978 venne istituito il Servizio Sanitario Nazionale, che però non accenna alla sanità penitenziaria, la quale, pertanto, rimane nelle mani dell'Amministrazione.

A partire dal 1998, con il riordino del SSN che portò, l'anno successivo, con decreto Lgs. n 230 si avvia il trasferimento delle competenze sanitarie dall'Amministrazione penitenziaria al SSN, che si concluderà solo 10 anni dopo.

Il passaggio della sanità penitenziaria nelle mani del Servizio Sanitario Nazionale

Dal 14 Giugno 2008 le competenze sanitarie penitenziarie, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali sono state trasferite al Sistema Sanitario Nazionale (SSN), alle regioni e alle ASL. Tale decreto segna il definitivo passaggio di consegne, iniziato nel 1999 dall'allora ministro della salute Rosi Bindi.

Il decreto del 1999, nel primo articolo, affermava la parità nel diritto alla salute tra i detenuti e i cittadini in stato di libertà, per l'accesso alle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (ad eccezione della compartecipazione alla spesa per le cure); prevede inoltre l'uniformità dei livelli assistenziali individuati dal Piano Sanitario Nazionale (PSN).

Il secondo comma prevedeva l'attuazione di programmi di informazione ed educazione sanitaria al fine di sviluppare una responsabilità individuale e collettiva nel campo sanitario, la realizzazione di una corretta informazione del detenuto sul proprio stato di salute durante il percorso detentivo, interventi a favore della prevenzione e della cura del disagio psico-sociale, l'assistenza alla gravidanza e alla maternità, potenziando l'attività dei consultori familiari sulla sfera della maternità e della prevenzione oncologica femminile e infine l'assistenza pediatrica per i figli delle detenute che vivono in carcere con le proprie madri.

In conformità con quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione Italiana, al comma 5, è ribadita l'uguaglianza nell'accesso al servizio medico per i cittadini stranieri rispetto a quelli italiani, a prescindere dal possesso dei regolari documenti di soggiorno in Italia, tramite iscrizione obbligatoria al SSN per l'intera durata del periodo detentivo.

Il passaggio non è solo una pietra miliare in campo legislativo, ma anche sociale: il SSN torna a occuparsi di tutte le persone presenti sul territorio, togliendo l'autorità sulla sfera della salute al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Il trasferimento però non fu così semplice ed immediato e si rese necessario formare una prima commissione nel 2002 al fine di rinnovare i metodi organizzativi e la qualità del servizio sanitario penitenziario, ossia trovare un modello di "passaggio" con lo scopo di mantenere la medicina di base in capo ai medici penitenziari e di introdurre le figure specialistiche e l'assistenza farmaceutica e ospedaliera, alle dipendenze del SSN.

Data la complessità del tema, nel 2007 venne indetto un gruppo tecnico presso il Ministero della Salute con lo scopo di redigere un programma attuativo. Tra i problemi maggiori emerse quello inerente all'adeguamento dei compensi per il personale, che venne risolto dedicando alla questione uno specifico articolo nella legge finanziaria del 2008.

Il 30 Maggio 2008 venne pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il Dpcm. 01 aprile 2008 *“Le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse*

finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria”.

I principi sulla quale si fonda sono: la collaborazione interistituzionale tra Amministrazione Penitenziaria, Giustizia minorile, Direzioni degli Istituti penitenziari e Regioni e Aziende USL, la complementarità degli interventi a tutela della salute del soggetto sottoposto a limitazione della libertà personale e la garanzia di condizioni di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona.

In sostanza, gli obiettivi di salute della popolazione detenuta coincidono quindi con quelli della popolazione generale e si sviluppano sotto due aspetti:

- **Promozione:** della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita dignitose (salvaguardando comunque le necessità di sicurezza), del benessere e della personale presa di coscienza della propria salute con particolare attenzione ai programmi di educazione sanitaria e prevenzione della patologia, dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni;
- **Prevenzione:** primaria, secondaria e terziaria mirata per patologia in relazione all'età, al genere e alle etnie di appartenenza e prevenzione del disagio al fine di prevenire atti di autolesionismo.

Ogni Regione, in base all'autonomia in materia di servizio sanitario, si è mossa, e tutt'ora si sta muovendo, verso un'ottica di promozione della salute redigendo apposite leggi e decreti regionali. Ciò ha portato, purtroppo, ad un notevole divario tra le varie ASL, e tra Regioni

riconfermando anche in questo campo la scarsa omogeneità dell'assistenza sanitaria.

In ottemperanza a quanto prescritto, quindi, si è reso necessario estendere la rete dei servizi anche ai detenuti e quindi i programmi di:

- Prevenzione ed individualizzazione del rischio;
- Prevenzione primaria sugli stili di vita e le malattie infettive;
- Screening di popolazione per la diagnosi precoce;
- Prevenzione delle complicanze della patologia e delle recidive.

Il tutto senza dimenticare le specificità legate all'ambiente detentivo che ha ripercussioni sulla sia sulla salute dell'individuo che le subisce che sul personale di Polizia Penitenziaria e su tutti gli operatori impiegati nelle strutture di detenzione. In primo luogo si riscontra un disagio psichico, poi le insufficienze logistico-strutturali che determinano un setting limitato e spesso una concezione distorta della propria salute, il tutto corredato da esigenze di sicurezza che sicuramente condizionano l'interazione tra personale sanitario e detenuti.

Infine, è importante tener conto delle differenti etnie presenti ormai in gran numero all'interno dei penitenziari italiani.

Il percorso clinico-assistenziale della persona detenuta

Il percorso clinico-assistenziale della persona privata della libertà segue, o così dovrebbe, i momenti della detenzione: accoglienza, detenzione e dimissione.

Accoglienza

Al momento dell'ingresso in carcere il detenuto, che sia esso proveniente dalla libertà o da un altro istituto penitenziario (i così definiti “nuovi giunti”), viene sottoposto a visita medica, attraverso un percorso anamnestico e un esame obiettivo da parte del medico penitenziario e l'infermiere.

Il momento dell'accoglienza è importante e al tempo stesso delicato, il medico di fronte si trova una persona probabilmente molto disorientata e con un disagio psicologico considerevole. Pertanto è necessario che il Servizio Sanitario penitenziario sia recepito come autonomo dall'amministrazione penitenziaria e qualificato nella promozione della salute e gestione della malattia.

La relazione diventa centrale: il detenuto oltre a vivere un momento di shock psicologico, spesso proviene da situazioni sociali e di vita emarginate, da problematiche legate ad immigrazione e povertà, talvolta a sfruttamento.

Viene inoltre effettuata una valutazione psicologica e psichiatrica al fine di rilevare i soggetti più inclini all'autolesionismo e ai tentativi anticonservativi (fino alla valutazione del rischio suicidario) per mettere in atto programmi e interventi necessari alla loro prevenzione.

Se dall'anamnesi viene ricostruita una storia recente di abuso di sostanze o alcool, o tali abitudini sono rilevate attraverso l'esame urine obbligatorio, vengono attivati gli operatori del Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T), che attiverà programmi specifici per la disintossicazione e la prevenzione e il contenimento delle crisi di astinenza.

Viene inoltre valutata la situazione vaccinale, elemento molto importante soprattutto con il cospicuo ingresso di stranieri, spesso senza alcuna copertura o con calendari vaccinali incompleti.

Molto importante è la rilevazione di patologie e virus trasmissibili, attraverso uno screening, come Tubercolosi (TBC), epatiti virali B e C (HBV e HCV), Sifilide (Lue), HIV e altre malattie sessualmente trasmissibili (MST).

Viene infine redatto un programma personalizzato di servizi sanitari e di prevenzione.

Detenzione

Durante il periodo di detenzione è fondamentale rispettare la programmazione dei servizi redatta all'ingresso, far fronte all'eventuale insorgenza di patologie acute e croniche, gestire il rischio infettivo e le emergenze e attivare la presa in carico da parte dei servizi psicologici nel caso sorgesse la necessità.

È necessario l'attivazione e il rispetto dei programmi di prevenzione e diagnosi precoce delle patologie a carattere degenerativo e la sorveglianza e la cura dei soggetti affetti da ipertensione arteriosa, diabete mellito, cardiopatie, broncopneumopatie croniche ostruttive e malattie metaboliche.

Nella costituzione dei programmi di promozione della salute all'interno del mondo penitenziario occorre tener presente che alcuni elementi sono imprescindibili e ineliminabili, ad esempio la situazione di sovraffollamento che sempre più interessa le carceri italiane, l'ozio nel quale vivono la maggior parte dei detenuti, la convivenza coatta, la

mancanza di spazi e attività, la depersonalizzazione e la perdita degli affetti, il fumo e l'abuso di psicofarmaci.

La compilazione attenta della cartella clinica è fondamentale poiché essa accompagna il detenuto negli eventuali trasferimenti da un istituto all'altro.

Dimissione

Anche il momento della dimissione è di importanza fondamentale, poiché il detenuto che torna in libertà si trova nuovamente in una situazione di incertezza e spesso di disconoscenza dei servizi che il territorio propone.

La cartella clinica deve essere consegnata al detenuto in dimissione e deve contenere: la storia clinica, le patologie presenti e la terapia che il soggetto deve continuare ad assumere, i risultati dei test di screening e lo spettro vaccinale con eventuale programma, le indicazioni per il proseguimento di eventuali programmi terapeutici. Particolare attenzione è fondamentale per le persone tossicodipendenti, con insufficienza immunitaria severa (AIDS), affette da disturbi psichiatrici e con una rete socio-familiare carente.

La Salute dei detenuti nel Mondo

Le persone detenute nel Mondo sono più di dieci milioni, di cui la maggior parte negli Stati Uniti, in Cina e in Russia. Il tasso medio mondiale è di 145 per 100.000, ma gli USA raggiungono il tasso più alto con 756 per 100.000.

Inoltre India, Tailandia, Iran, Indonesia, Turchia, Brasile, Messico, Sud Africa e Ucraina hanno una popolazione detenuta superiore a 100.000 persone (Fazel & Baillargeon, 2011).

È noto che la popolazione detenuta soffre maggiormente di disturbi psicologici e psichiatrici e di patologie infettive rispetto alla popolazione generale, sia preesistenti al fermo che insorte durante la reclusione; questo trend è stato attribuito a vari fattori comportamentali e socioeconomici, come l'alto tasso di abuso di alcool e droghe, fumo di tabacco, comportamenti sessuali a rischio, malnutrizione e ozio.

Questi fattori modificano anche, in senso negativo, il rischio per patologie cardio-vascolari e alcuni tumori (Fazel & Baillargeon, 2011).

Patologie infettive

Studi mondiali riguardanti la prevalenza di HIV nella popolazione detenuta dimostrano che, nella maggior parte dei paesi, questo dato supera quello della popolazione generale (Fazel & Baillargeon, 2011).

Uno studio americano (De Voux et al., 2012) ha svolto un'indagine sulla prevalenza di HIV in dieci diversi istituti degli Stati Uniti (Atlanta, GA; Chester, PA; Chicago, IL; Cleveland, OH; Columbia, SC; New Haven, CT; New York, NY; Philadelphia, PA; Providence, RI; e Springfield, MA), rilevando un tasso del 17% in totale.

Un'altra ricerca riporta una prevalenza di HIV negli Stati Uniti tra il 2,5% e l'1,5%, tra il 1992 e il 2008 (Fazel & Baillargeon, 2011).

Per quanto riguarda il Canada sono stati condotti due studi sulla prevalenza di HIV e HCV: il primo del Quebec (Poulin et al., 2007) riporta che il 2,3% dei detenuti maschi e l'8,8% delle donne è risultato positivo per l'HIV e rispettivamente 16,6% e 29,2% per l'HCV; il secondo studio, dello stato dell'Ontario, riporta una prevalenza del 2,1% tra gli uomini e l'1,8% tra le donne per quanto riguarda l'HIV e 15,9% per gli uomini e 30,2% per le donne riguardo l'HCV (Calzavara et al., 2007).

Uno studio australiano (Butler et al., 2007) riporta invece una prevalenza di detenuti HIV positivi dell'1%, del 20% per quanto riguarda l'HBV e del 34% per l'HCV.

Anche il continente asiatico ha prodotto alcuni studi per quanto riguarda la prevalenza di patologie infettive nella popolazione detenuta.

Uno studio iraniano (Ramezani et al., 2014) evidenzia una prevalenza del 56% per l'HCV, del 6% per l'HBV e del 19% per quanto riguarda l'HIV; mentre una ricerca indonesiana (Prasetyo et al., 2013) ha invece rilevato una prevalenza del 4,8% per quanto riguarda l'HIV, del 3,2% per l'HBV e del 34,1% per quanto riguarda l'HCV.

Per quanto riguarda la Cina (Liao et al., 2006), che possiede un alto tasso di detenzione, la prevalenza di detenuti positivi per l'HCV è dell'8,4% e per l'HBV è del 13,1%.

In letteratura sono presenti inoltre studi svolti in alcuni stati africani: la prevalenza per l'HIV nei detenuti del Sud Africa è del 25,3% (Telisinghe

et al., 2014), in Nigeria (Adoga et al., 2009) è invece del 18% per quanto riguarda l'HIV, del 23% per l'HBV e del 12,3% per l'HCV e in Ghana (Adjei et al., 2008) il dato rilevato è del 5,9% per la sieroprevalenza da HIV e del 25,5% per l'HBV.

	HIV	HCV	HBV
AMERICA			
USA	17%	-	-
USA	2,5- 1,5%	-	-
Canada	2,3- 8,8%	16,6- 29,2%	-
Canada	1,8- 2,1%	15,9- 30,2%	-
AUSTRALIA	1%	34%	20%
ASIA			
Iran	19%	56%	6%
Indonesia	4,80%	34,10%	3,20%
Cina	-	8,4%	13,1%
AFRICA			
Sud Africa	25,30%	-	-
Nigeria	18%	12,30%	23%
Ghana	5,90%	-	25,50%

Tabella 1: riassunto studi citati patologie infettive.

Tubercolosi

Gli alti tassi di tubercolosi registrati a livello mondiale all'interno degli istituti di custodia sono attribuibili all'alta concentrazione di persone con fattori di rischio, come il basso livello socio-economico, l'incapacità di accedere ai servizi sanitari, l'infezione da HIV, storie di abuso di sostanze ad uso intravenoso, la malnutrizione, a cui si aggiungono elementi come la scarsa areazione degli spazi e il sovraffollamento, che

aumentano il rischio di trasmissione della TBC e di altre patologie a trasmissione aerea tra i detenuti (Fazel & Baillargeon, 2011).

Uno studio svolto negli Stati Uniti, durato dieci anni, ha mostrato una prevalenza all'interno della popolazione detenuta di TBC pari a 29,4-24,2 per 100.000 persone, significativamente più alto rispetto alla popolazione generale che registra un tasso di 6,7 per 100.000 persone (WHO, 2008, Fazel & Baillargeon, 2011).

Una ricerca svolta in Texas riporta una prevalenza del 20,1% per quanto riguarda la TBC, senza malattia polmonare attiva, all'interno della popolazione detenuta (Baillargeon et al., 2000).

Per quanto concerne, invece, il Sud America, uno studio svolto in Suriname (Jubithana B & Wongsokarijo M., 2009) riporta una prevalenza del 5%; sono stati inoltre svolte due ricerche in Brasile che riportano una prevalenza del 61.5% per quanto riguarda la patologia latente e del 2.5% per la malattia attiva nel primo studio (Lemos et al., 2009) e, per quanto riguarda il secondo studio, del 49% per la TBC latente e dello 0,4% per la malattia attiva (Estevan et al., 2013).

Lo studio australiano (WHO, 2008) presente in letteratura riporta una prevalenza del 13% di detenuti positivi al test per la TBC; sottolineando una prevalenza maggiore, 14%, negli uomini rispetto alle donne detenute, 8%.

Il 30,9% dei detenuti thailandesi sono stati identificati, tramite test di screening, come TBC-sospetta, l'1,1% di questi è stato confermato come malato; un altro studio ha identificato 1.158 nuovi casi nel corso del triennio 1999-2002 all'interno dei carceri thailandesi; una terza ricerca ha

riportato, nella stessa Nazione, un tasso di 568 casi su 100.000 (WHO, 2008).

Lo stato di Singapore riporta una prevalenza di tubercolosi tra i detenuti dello 0,7% - 1,1% a seconda della tipologia di istituto.

Uno studio svolto in Pakistan (Hussain et al., 2003) riporta una prevalenza del 48% per quanto riguarda la TBC latente; un altro studio riporta che l'1,6% della popolazione sottoposta a screening è stata sospettata per la TBC, ma solo per il 40% di questi è stata riscontrata la malattia (WHO, 2008).

Per quanto riguarda la Turchia, il tasso medio registrato negli anni 1997-2001 è stato di 341 casi su 100.000, con un numero di casi attivi pari a tredici (WHO, 2008); per quanto riguarda Taiwan è invece pari a 258,7 casi su 100.000, dato registrato nel biennio 1998-1999 (WHO, 2008); il tasso rilevato in Georgia è invece di 5.995 casi su 100.000 (WHO, 2008).

Anche il continente africano ha prodotto alcune ricerche sull'argomento tubercolosi, nello specifico: lo Zambia riporta una prevalenza del 4%, il Cameroon del 3,5%, il Botswana un tasso di 3.797 casi per 100.000 detenuti (prevalenza del 3,8%), la Tanzania riferisce invece una prevalenza del 40,7% in uno dei suoi istituti (WHO, 2008). La prevalenza per quanto riguarda il Malawi è del 5% e per la Costa d'Avorio è del 5,8% (WHO, 2008).

Uno studio svolto in Etiopia (Moges et al., 2012) ha riportato un tasso pari a 1482,3 su 100.000 detenuti sottoposti allo screening (10,4% di prevalenza); la ricerca svolta in Nigeria (Chigbu & Iroegbu, 2010) invece mostra una prevalenza del 54,2%.

	TUBERCOLOSI	TASSO (PER 100.000)	PREVALENZA
AMERICA			
	USA	29,4 – 24,2	-
	Texas	-	20,1%
	Suriname	-	5,0%
	Brasile	-	61,5%
	Brasile	-	49,0%
AUSTRALI A	Asia	-	13,0%
	Tailandia	586	30,9%
	Singapore	-	0,7% - 1,1%
	Pakistan	-	48,0%
	Turchia	348	-
	Taiwan	258,7	-
	Georgia	5995	-
AFRICA			
	Zambia	-	4,0%
	Cameroon	-	3,5%
	Botswana	3797	-
	Tanzania	-	40,7%
	Malawi	-	5,0%
	Costa d'Avorio	-	5,8%
	Etiopia	1482,3	-
	Nigeria	-	54,2%

Tabella 2: riassunto studi citati tubercolosi

Gli studi riportano un'attenzione crescente verso le co-infezioni HIV-TBC e HCV-TBC al fine di migliorare le terapie concomitanti e denunciano un'aumentata farmaco-resistenza alla terapia anti-tubercolinica.

Disturbi psichiatrici

I dati riguardanti le patologie psichiatriche e psicologiche all'interno del contesto detentivo sono assai variabili, ma è noto che tale contesto implichi alcuni fattori di rischio per lo sviluppo di patologie di questo genere: il sovraffollamento, la mancanza di privacy, i rapporti sociali obbligati o l'isolamento sociale, l'ozio, l'insicurezza riguardo il futuro e l'inadeguatezza delle cure sono solo alcuni elementi evidenziati (WHO, 2007).

Una review internazionale ha riportato che il 3.7% degli uomini detenuti ha una diagnosi di depressione maggiore e il 65% di disturbo antisociale della personalità; lo studio conclude confermando che i detenuti sono la popolazione a maggior rischio di sviluppare psicosi e depressione e dieci volte più a rischio di avere disturbi antisociali della personalità rispetto alla popolazione generale (Fazel & Danesh, 2002).

Un report degli Stati Uniti ha rilevato che più della metà della popolazione detenuta ha una diagnosi recente di disturbo mentale, basata sui criteri definiti dal DSM-IV. Il 43-54% ha una diagnosi di mania, il 23-30% di depressione maggiore e il 15-24% di disturbo psicotico (Hatton & Fisher, 2008).

Una review svolta negli USA riporta invece che un detenuto su cinque manifesta una grave malattia psichiatrica e che il tasso di psicosi è sette volte più alto nella popolazione detenuta rispetto quella generale (Brink, 2005).

Una ricerca svolta in Texas riporta che il 10,8% della popolazione carceraria soffre di disturbi mentali (Baillargeon et al., 2000), mentre una

ricerca cilena riferisce che il 45% dei detenuti ha almeno una patologia diagnosticata, tra le più frequenti patologie psichiatriche, respiratorie e cardiocircolatorie (Osses-Paredes & Riquelme-Pereira, 2013).

Due studi svolti in India mostrano rispettivamente una prevalenza di disturbi psichiatrici pari al 33% (Kumar & Daria, 2013) e al 23.8% (Goyal et al., 2011).

I dati relativi al continente africano si riferiscono ad uno studio nigeriano del 1998 che riporta una prevalenza del 34% (Agbahowe et al., 1998).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea che spesso i disturbi della sfera psicologica non sono diagnosticati e trattati adeguatamente, raccomanda pertanto un miglioramento del servizio di salute mentale all'interno dei penitenziari e un agevolamento dei contatti con il servizio esterno. Raccomanda inoltre l'adeguamento del regime detentivo e la formazione di percorsi di reinserimento appositi per detenuti con problematiche psicologiche (WHO, 2007).

Sostanze d'abuso

Nell'ultimo decennio sono enormemente aumentati i detenuti accusati di reati legati alla droga, reati che vanno dal possesso illegale, all'importazione, alla produzione e coltivazione, a reati economici per ottenere denaro con la finalità dell'acquisto di sostanze o addirittura alla prostituzione (Tavares et al., 2012).

Una review sistematica di 62 articoli presenti in letteratura riporta una prevalenza del 17-30% per gli uomini e del 10-24% per le donne per l'abuso di alcool e del 10-48% per gli uomini e del 30-60% per le donne per l'abuso di sostanze illegali (Fazel & Baillargeon, 2011).

Uno studio svolto a Puerto Rico riporta che il 97,3% dei detenuti racconta un passato di abuso di alcolici o sostanze illegali (Rodríguez-Díaz et al., 2014).

Per quanto riguarda l'Australia, gli studi riportano una prevalenza del 56,5% per l'abuso di sostanze; il 37,7% riporta un utilizzo giornaliero di tali sostanze (Indig et al., 2013).

Due studi indiani riportano una prevalenza del 58,8% e 56,4% per quanto concerne l'abuso di droga nella popolazione detenuta (Kumar & Daria, 2013; Goyal et al., 2011).

Una ricerca svolta in Nigeria ha rilevato una prevalenza del 25% per quanto riguarda abuso di stupefacenti precedente alla carcerazione, di cui l'11% di cannabis e il 13% di alcolici (Agbahowe et al., 1998); per quanto riguarda il Kenya la prevalenza per l'abuso di sostanze è del 66,1% e per l'alcolismo è del 65,1% (Kinyanjui & Atwoli, 2013).

È necessario ricordare tra le sostanze d'abuso anche il tabacco, spesso utilizzato dai detenuti come merce di scambio o per far fronte a situazioni stressanti (Richmond et al., 2009).

L'India, in uno studio del 2014, riporta una prevalenza del 61% di consumatori di tabacco, di cui il 27% riporta di esserne fumatore, il 44% riferisce di masticarne le foglie e il 29% di utilizzare entrambe le forme (Tiwari et al., 2014).

Uno studio svolto in Kenya riporta una prevalenza del 32,7% per i fumatori di tabacco e del 22,5% per coloro che masticano il tabacco (Kinyanjui & Atwoli, 2013); mentre la prevalenza nello stato nigeriano è del 52,2% (Akaji & Folaranmi, 2013).

Tale studio evidenzia, inoltre, come prevedibile, una salute orale peggiore nel gruppo dei fumatori rispetto a quello dei non fumatori.

Suicidio

Il suicidio è la prima causa di decesso all'interno del sistema penitenziario mondiale: è stato stimato un tasso medio di 100 decessi per suicidio ogni 100.000 detenuti di sesso maschile nel Mondo (Fazel & Baillargeon, 2011).

Importanti fattori di rischio per il suicidio all'interno degli istituti di custodia sembrano essere un passato di tentativi di suicidio, una diagnosi di disturbo mentale, nello specifico di psicosi e depressione, e l'abuso di alcool (Fazel & Baillargeon, 2011).

Una review di trentaquattro studi internazionali riporta come fattori di rischio principali per il suicidio l'isolamento, la condanna all'ergastolo, recenti intenti di suicidio, storie di tentativi di tale gesto, disturbi psichiatrici diagnosticati, l'utilizzo di psicofarmaci e storie di abuso di alcool (Fazel et al., 2008).

Uno studio svolto negli Stati Uniti riporta nel corso dei 33 mesi di studio 132 tentativi di suicidio, il 77% dei quali commesso da una persona con disturbo psichiatrico diagnosticato (Goss et al., 2002).

Una ricerca canadese riporta invece che più della metà dei decessi (59%) avvenuti nei dieci anni di studio, hanno una causa violenta, costituita principalmente dal suicidio per strangolamento o avvelenamento o da effetti tossici di sostanze (Wobeser et al., 2002).

Non è stato possibile reperire in letteratura dati riguardanti il tasso di suicidio nei Paesi asiatici e africani.

La salute dei detenuti in Europa

L'indagine statistica annuale del Consiglio Europeo ha concluso che la problematica del sovraffollamento carcerario coinvolge un istituto su due.

Il tasso medio della popolazione detenuta è di 154 detenuti ogni 100.000 abitanti, dato relativo all'anno 2011, aumentato di cinque unità rispetto all'anno precedente.

Turchia, Spagna e Regno unito sono i paesi con il tasso di detenzione più elevato, rispettivamente 171, 158 e 152 persone ogni 100.000; mentre Serbia, Grecia e Italia sono i paesi con il tasso di sovraffollamento più elevato in Europa, rispettivamente 157,6%, 151,7% e 147% (Sovraffollamento Carcerario, Le statistiche annuali del Consiglio d'Europa, 2013).

Patologie infettive

È stata svolta una review sistematica a livello europeo sulla salute dei detenuti, coinvolgendo sei differenti nazioni: Scozia, Svezia, Francia, Germania, Italia (carcere di San Vittore, Milano), Olanda.

La prevalenza per positività all'HIV in Svezia è riportata del 2,7 %, 4,1% in Francia, 1,2% in Italia, 0,9% in Germania, 3,1 in Olanda e 0,7% in Scozia; lo studio sottolinea la prevalenza significativamente aumentata di HIV nei detenuti che fanno uso di sostanze per via endovenosa (Rotily et al., 2011).

La medesima review ha indagato inoltre la prevalenza di HBV e HCV tra la coorte di detenuti selezionati: la prevalenza per l'HCV in Svezia è del

63%, del 43% in Francia, del 33% in Germania, del 22% in Italia e del 70% in Olanda (la Scozia non riporta il dato). Anche per quanto riguarda la virologia per l'HCV, lo studio riporta una prevalenza aumentata nel gruppo di coloro che fanno uso di droghe per via endovenosa.

Per quanto riguarda l'HBV, solo una piccola parte dei detenuti ha riportato una completa o parziale immunizzazione: l'1% in Scozia, il 35% in Francia, il 25% in Germania, il 17% degli Italiani e il 16% degli Olandesi (manca il dato inerente alla Svezia).

Uno studio spagnolo ha indagato la sieroprevalenza per l'HIV, i risultati riportano una prevalenza del 19,4%, ma sottolineano un dato aumentato nelle donne (26%), nella popolazione bianca (20,9%), nelle persone con tatuaggi (29,9%), in coloro con una storia di gesti autolesionistici (42,2%), che hanno fatto uso di droghe per via endovenosa in passato (46,3%) e in coloro che hanno passato in carcere uno o più anni (37,3%) (Martín Sánchez et al., 1996).

Un'altra ricerca spagnola, pubblicata due anni dopo la precedente, ha rilevato una prevalenza del 24,3%, ma concorda nel riportare una maggior incidenza di HIV in detenuti che hanno fatto uso di droghe per via endovenosa (67,7%) (Pérez-Agudo et al., 1998).

Un terzo studio spagnolo riporta invece una prevalenza del 38,2% per l'HCV e del 19,1% per l'HIV, sottolineando una prevalenza di co-infezione HIV-HCV del 18,8% (Sáiz de la Hoya et al., 2005).

Una ricerca tedesca ha rilevato una prevalenza del 18% per l'HIV, del 53% per l'HBV e dell'82% per quanto riguarda l'HCV; anche questo studio conferma una prevalenza più elevata di HIV e HCV nella

popolazione detenuta che ha fatto uso di droga per via endovenosa in passato (Stark et al., 2006).

Anche l'Irlanda ha prodotto uno studio a riguardo, riportando una prevalenza del 6% per l'epatite B, del 22% per l'HCV e del 2% per quanto concerne l'HIV; anche gli studiosi irlandesi confermano una prevalenza più elevata nella popolazione con passato di abuso di sostanze per via endovenosa (Long et al., 2001).

La prevalenza rilevata in Galles è, invece, del 37% per quanto riguarda l'epatite C e del 33,2% per quanto riguarda l'HBV. Lo studio è concorde nell'affermare una correlazione maggiore tra l'uso di sostanze per via endovenosa e le epatiti virali analizzate (Butler et al., 1997).

L'Ucraina riporta, inoltre, una prevalenza del 19,4% per l'HIV, del 60,2% per l'epatite C, del 5,2% per l'epatite B e del 10% per la Sifilide (Azbel et al., 2013).

Tubercolosi

Anche a livello europeo, la diffusione dell'infezione da tubercolosi in carcere ha raggiunto prevalenze di gran lunga superiori alla popolazione generale.

Gli studi valutati nella review WHO del 2008 riportano un tasso medio di infezione TBC di 393 casi su 100.000 detenuti in Europa. La Russia rivela una prevalenza del 37% di nuovi casi e del 55% per quanto riguarda la recidiva all'interno della popolazione penitenziaria e un incidenza di 4.560 casi su 100.000 (WHO, 2008).

La Turchia riporta un tasso di infezione da TBC pari a 341 casi ogni

100.000 e la Francia di 215 casi su 100.000 (WHO, 2008)

Uno studio svizzero mostra invece una prevalenza di TBC pari al 46.9%, sottolineando una maggior incidenza nella popolazione di sesso maschile e di origine africana sub-sahariana, dell'est Europa e del nord Africa (Ritter & Elger, 2012).

Lo studio svolto a Barcellona, Spagna, riporta una prevalenza del 40,3% e, in accordo con lo studio precedente, ha rilevato una maggior incidenza per le persone provenienti dal nord Africa, dall'est Europa e dall'Africa sub-sahariana (Marco et al., 2012).

Uno studio spagnolo riporta una prevalenza da co-infezione HIV-TBC pari al 10%, mentre una ricerca russa evidenzia che il 12% dei detenuti con diagnosi di TBC hanno sviluppato una farmaco-resistenza alle terapie (WHO, 2008). Tali ricerche sottolineano la presenza in Europa delle problematiche legate al trattamento delle co-infezioni e delle farmaco-resistenze, di cui si è accennato nel capitolo precedente.

Disturbi psichiatrici

I dati europei riguardanti i disturbi psichiatrici e psicologici sono nettamente aumentati rispetto alla popolazione generale (Jordan M., 2011).

Una review sistematica di 62 studi ha mostrato che il 65% dei detenuti ha un disturbo della salute mentale: disturbi di personalità (42-65%), depressione maggiore (10-12%) e malattie psicotiche (4%) (EMCDDA, 2012).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea inoltre che il servizio

di salute mentale offerto all'interno degli istituti penitenziari debba avere lo stesso livello e deve raggiungere gli stessi obiettivi assistenziali rispetto a quello offerto alla comunità (WHO, 2007).

Per quanto riguarda la prevalenza di patologie mentali, uno studio londinese (U.K.) rileva un dato pari al 37%; di questi lo 0,8% ha una diagnosi di disturbo organico, il 2% di psicosi, il 6% di neurosi e il 10% di disturbo della personalità (Gunn et al., 1991).

Un altro studio inglese riporta una prevalenza del 26% per uno o più disturbi psichiatrici, il 16% di questi presenta una psicosi acuta (Birmingham et al., 1996).

Altri colleghi britannici riportano una prevalenza del 63% per disturbi psichiatrici; le diagnosi principali riguardano disturbi neurologici (26%), disturbi della personalità (11%) e psicosi (5%) (Brooke et al., 1996).

La ricerca svizzera riporta una prevalenza del 76% per i disturbi psichiatrici; puntualizza inoltre di aver ottenuto dati riguardanti la schizofrenia e i disturbi affettivi sovrapponibili agli studi europei analizzati, ma di aver rilevato dati superiori alle medie riguardo fobie (14%) e disturbi post-traumatici da stress (23%) (Graf et al., 2013).

Lo studio ucraino già citato in precedenza ha indagato, oltre alla prevalenza per le patologie infettive, anche quella per le problematiche psichiatriche, individuando che il 40,3% dei detenuti raggiunge i criteri per la diagnosi di depressione (Azbel et al., 2013).

Per quanto riguarda la Germania, il 55% dei detenuti soffre di una forma di disturbo psicotico; al 7,5% di questi è stato diagnosticato un disturbo antisociale della personalità (Opitz-Welke & Konrad, 2012).

La ricerca francese ha rilevato, invece, una prevalenza per la depressione maggiore pari al 24,7% e per la schizofrenia al 17,6% (Sarlon et al., 2012).

L'ultimo studio preso in considerazione è spagnolo e riporta che il 35,2% della popolazione reclusa soffre di disturbo della personalità e il 25,8% di psicosi; in totale il 46,1% dei detenuti soffre di una condizione catalogata come disturbo mentale severo (Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012).

Sostanze d'abuso

La problematica dell'abuso di droghe non è limitata come si può erroneamente pensare, gli studi riportano che la metà della popolazione penitenziaria ha fatto uso di sostanze illegali nella propria vita (EMCDDA, 2012).

A livello europeo sono tra il 10 e il 25% le persone detenute per reati legati al possesso e all'abuso di sostanze stupefacenti (EMCDDA, 2012).

Diciassette stati hanno pubblicato dati relativi all'uso di sostanze illegali all'interno della popolazione detenuta: il range varia tra 16%, in Romania, e 79%, nel Regno Unito e nei Paesi Bassi; nove Stati riportano comunque una prevalenza superiore al 50% (EMCDDA, 2012).

La sostanza più consumata è la Cannabis, 12-70%, seguita da Cocaina, 6-53%, e dalle Anfetamine, 1-45%; il consumo di eroina ha una prevalenza del 15-39% (EMCDDA, 2012).

Per quanto riguarda le sostanze ad uso endovenoso la prevalenza è del 2-38%; è stato evidenziato, anche negli studi citati in precedenza, una

correlazione positiva tra l'utilizzo di questa tipologia di droghe e le infezioni a trasmissione ematica (HIV, HCV, HBV) (EMCDDA, 2012).

Inoltre è noto che la popolazione detenuta che ha fatto uso di sostanze illegali ha maggiore probabilità di sviluppare patologie psichiatriche (EMCDDA, 2012).

Lo studio ucraino, già citato in precedenza, riporta che il 48,7% dei detenuti hanno fatto uso di sostanze per via endovenosa prima della reclusione, che il 31,6% ha abusato di più di una sostanza e che il 56,6% ha alle spalle una storia di alcolismo (Azbel et al., 2013).

Uno studio tedesco riporta invece la prevalenza del 66% per l'abuso di sostanze illegali (Opitz-Welke & Konrad, 2012).

La ricerca francese evidenzia invece che la problematica della tossicodipendenza riguarda il 24,7% dei detenuti entrati nel circuito penitenziario (Sarlon et al., 2012).

La Spagna riporta che il 16,41% dei detenuti manifesta disturbi della personalità legati a sostanze d'abuso (Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012).

Il 38% dei detenuti del Regno Unito, secondo uno studio del 1996, ha avuto in passato problematiche di tossicodipendenza (Brooke et al., 1996).

Gli studi europei sottolineano che l'abuso di sostanze psicoattive rappresenta il principale fattore di rischio per il suicidio in carcere (EMCDDA, 2012).

Suicidio e autolesionismo

In Europa il tasso di suicidio in carcere è di 1,5 detenuti ogni 10.000 e il periodo di maggior concentrazione di tale gesto è quello immediatamente dopo l'ingresso in carcere o prima della dimissione e ancora subito dopo il rilascio, quest'ultimo soprattutto per overdose (EMCDDA, 2012).

Le statistiche elaborate annualmente dal Consiglio d'Europa riportano un tasso pari a 9,9 suicidi ogni 100.000 detenuti (dati relativi all'anno 2007).

Uno studio francese riporta un tasso di suicidio pari a 17,9 su 10.000 detenuti e ne sottolinea la maggior prevalenza in persone sottoposte a regime di isolamento e in coloro accusati del reato di omicidio (Duthé et al., 2013) individuando quindi una categoria di soggetti particolarmente vulnerabile.

In Germania la stima è invece di 105,8 suicidi ogni 100.000 detenuti di sesso maschile e 54,7 ogni 100.000 detenute donne (Opitz-Welke et al., 2013).

Una ricerca austriaca ha rivelato un tasso medio di 80 suicidi ogni 100.000 detenuti, dato che si eleva a 231/100.000 se si considera la sola popolazione in custodia cautelare e a 191/100.000 utilizzando il campione con diagnosi di patologia mentale (Frühwald et al., 2000).

Uno studio spagnolo ha determinato una prevalenza del 33,3% del rischio suicidario nella popolazione detenuta. I fattori di rischio riportati sono, considerando l'intera vita del detenuto: diagnosi di disturbi dell'affettività, tossicodipendenza, disturbi della personalità, disturbi

d'ansia e storie di disturbi psichiatrici nella famiglia d'origine (Saavedra & López, 2013).

Il dato allarmante proviene da uno studio danese che evidenzia che solo il 37% dei suicidi verificatisi negli istituti penitenziari viene registrato come tale, auspicando un miglioramento nel sistema di registrazione (Nordentoft, 2007).

Uno studio svolto invece nel Regno Unito ha sottolineato la prevalenza di gesti autolesionisti nella popolazione detenuta, rilevando un dato del 5-6% nella popolazione maschile e del 20-24% in quella femminile. La ricerca sottolinea inoltre l'alto tasso di recidivismo nel gesto, riportando che solo 102 detenuti hanno totalizzato 17.307 gesti autolesionistici. Per entrambi i sessi fattori di rischio per l'autolesionismo risultano essere la giovane età, la pelle bianca, la tipologia di istituto, l'ergastolo o la condizione di imputato senza condanna definitiva (Hawton et al., 2013).

La salute dei detenuti in Italia

La Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (SIMSPE) ha riportato in un convegno del 2010 che solo il 20% dei detenuti nel sistema penitenziario italiano gode di “buona salute”.

Del restante 80%, il 38% versa in condizioni mediocri, il 37% scadenti e il 4% gravi.

A tale condizione si aggiunge la problematica legata alla riforma della Sanità Penitenziaria introdotta nel 2008, la quale ancora non ha concluso i lavori per il definitivo passaggio dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale.

L'intento finale della riforma, in accordo con l'Art. 32 della Costituzione Italiana, è quello ottenere un trattamento sanitario uguale sia per i cittadini liberi che per i detenuti, tutelando il diritto alla salute come universale (Progre.eu, 2012).

Ridurre la diffusione di patologie all'interno dei penitenziari significa ridurre il rischio che si trasmettano alla comunità (Salute in Carcere, 2012).

Patologie infettive

La problematica della diffusione delle patologie infettive in carcere, soprattutto HIV ed epatiti virali, affligge anche gli istituti italiani.

I dati forniti dall'amministrazione penitenziaria riportano una prevalenza del 2% per l'HIV nella popolazione carceraria, confronto allo 0,5% della popolazione generale, è necessario in questo contesto ricordare che il tasso di esecuzione del test risulta del 29% (dati inerenti all'anno 2009).

Nel 2005, in cui il tasso di esecuzione ha raggiunto l'80%, la sieroprevalenza raggiunge il 7,5%.

I detenuti con diagnosi di AIDS conclamata sono il 6,4% (dati del 2009) (Gazzetta Ufficiale, 2012).

È stato svolto uno studio trasversale dal titolo "La salute non conosce confini", raccogliendo i dati parziali di 9 istituti italiani (su 18 in cui si è svolta la ricerca), tra cui due istituti romani, il carcere di Viterbo, di Sassari, di Cagliari, la Casa Circondariale torinese, il carcere di Genova Marassi, di Firenze Solliciano e di Reggio Calabria.

La prevalenza di HIV è del 5,6%, con un tasso di esecuzione del test del 56%; per l'HCV la prevalenza è del 32,8%, solo il 42% dei detenuti si è però sottoposto al test; per l'epatite B la prevalenza è del 5,3%, ma è stato il 43% della popolazione penitenziaria a sottoporsi al test. I dati relativi alla prevalenza di sifilide sono del 2,3%, anche in questo caso solo il 35% dei detenuti ha accettato di effettuare il test.

Lo studio riporta inoltre che il 69% dei detenuti HIV+ è in terapia con farmaci antiretrovirali.

Il progetto conclude affermando che una persona su due, inserita nel circuito penitenziario, è entrata in contatto con un virus tra cui HIV, HCV, HBV, che il tasso medio di esecuzione dei test è del 30%, pertanto è probabile una sottostima del problema infettivo, e che con il passaggio al Sistema Sanitario Nazionale si è interrotta è stata interrotta la produzione e la diffusione di statistiche a riguardo (Iardino, 2012).

Nonostante la presenza dei due studi, si è deciso per un'ulteriore ricerca in letteratura riguardo ai dati infettivologici italiani.

Uno studio multicentrico ha rilevato una prevalenza del 7,5% per l'HIV, del 38% per l'HCV e del 6,7% per l'HBV. Lo studio ha determinato che la sieropositività per HIV e HCV è fortemente associata all'utilizzo in passato di droghe per via endovenosa, che le persone con tatuaggi effettuati in carcere hanno una prevalenza maggiore di HCV e che la prevalenza per l'HIV risulta più elevata nelle regioni del nord Italia e in Sardegna (Babudieri et al., 2005).

È stata svolta una ricerca all'interno del carcere di Bologna ottenendo tali dati: il 12,5% dei detenuti è HIV+, l'8,1% HBV+ e il 31,1% HCV positivo; in 25 soggetti (su un totale di 433) è stata rilevata una co-infezione HIV-HCV (Sabbatani et al., 2004).

Anche nel carcere di Milano "Opera" è stata svolta una ricerca al fine di rilevare la diffusione del virus dell'epatite C tra i detenuti: la prevalenza risulta essere del 22,4%, il 38,4% dei quali presenta una co-infezione HCV-HIV (Brandolini et al., 2013).

Uno studio toscano mostra invece una prevalenza del 9% per l'HCV, del 2,2% per quanto riguarda l'epatite B e dell'1,4% per l'HIV (Voller et al., 2011).

Una ricerca svolta nel carcere di Bari riporta invece una prevalenza media del 15,4% per l'HIV, sottolineando che la sieroprevalenza tra la popolazione tossicodipendente è del 33,4%, a fronte del 3,5% tra coloro che non hanno mai fatto uso di sostanze illegali (Quarto et al., 1990).

Un ulteriore studio multicentrico svolto in Italia, su un totale di nove istituti, ha riportato una prevalenza del 4,4% per l'HBV, del 22,8% per l'HCV, del 3,8% per l'HIV e del 2,1% per quanto riguarda la Sifilide; i

ricercatori sottolineano che la prevalenza di coloro che hanno accettato di sottoporsi al test è mediamente del 62,2% (Sagnelli et al., 2012).

La problematica principale legata alla presenza di detenuti con patologie infettive risulta essere, anche nel nostro Paese, la co-infezione di due o più virus che tendono a limitare l'efficacia della terapia.

Uno studio svolto nel carcere di Genova ha preso in considerazione un totale di 173 detenuti HIV positivi entrati nel circuito penitenziario nel corso di trenta mesi: una co-infezione HIV-HCV è stata osservata in oltre il 90% dei soggetti, il 77,4% dei detenuti HIV+ è risultato essere portatore degli anticorpi per l'HBV che indicano un'infezione pregressa, mentre il 6,7% l'infezione attiva e l'HIV. La tripla infezione, HIV, HCV e HBV è stata rilevata nel 6,1% dei detenuti esaminati (Pontali & Ferrari, 2008).

La regione Toscana ha reso pubblici i dati rilevati riguardanti le patologie infettive: la prevalenza per l'HIV risulta dell'1,2%, per l'HCV del 6,9%, per l'HBV dell'1,2% e per la Sifilide dello 0,5-0,6% (ARS Toscana, 2013).

Tubercolosi

L'infezione da TBC risulta essere molto più comune all'interno degli istituti di pena rispetto alla popolazione generale: la Commissione Europea per i Diritti Umani ha rilevato una sofferenza minima intrinseca alla privazione della libertà, ma ha inoltre individuato una casistica di condizioni oggettive, quali il sovraffollamento, le scarse condizioni igieniche e la mancanza di aereazione, e soggettive, quali condizioni di

salute particolarmente gravi, che costituiscono fattori di rischio per la diffusione della patologia (CNB, 2013).

Il problema maggiore presente nelle carceri italiane è costituito dal sovraffollamento: l'Italia ha un tasso di sovraffollamento del 147%, il terzo più alto all'interno dell'Unione Europea (Sovraffollamento Carcerario, Le statistiche annuali del Consiglio d'Europa, 2013).

Tale percentuale ha portato al nostro Paese una recente condanna da parte della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, poiché uno spazio pari o inferiore a tre metri quadri per detenuto viene automaticamente considerato “trattamento inumano e degradante”; il Comitato per la Prevenzione della Tortura del Consiglio d'Europa raccomanda almeno quattro metri quadri a detenuto (CNB, 2013).

La Corte Europea ha più volte esortato lo Stato a far fronte alla problematica, invitando i giudici e i pubblici ministeri a ricorrere più ampiamente possibile alle misure alternative alla detenzione e a riorientare la politica penale verso un minor ricorso alla detenzione preventiva (CNB, 2013).

La review dell'Organizzazione Mondiale della Sanità riguardante la Tubercolosi riporta una prevalenza del 17,9% (WHO, 2008).

Uno studio multicentrico ha rilevato un dato in linea con quanto presentato dall'OMS, pari al 17,2% (Sagnelli et al., 2012).

Le statistiche pubblicate dalla regione Toscana riportano invece una prevalenza dello 0,4-0,9% per la tubercolosi (ARS Toscana, 2013).

Anche la ricerca svolta dall'università di Bari ha rilevato un dato concordante con quello riportato dall'OMS, pari cioè al 17,9% (Carbonara et al., 2005).

Disturbi psichiatrici

La sfera delle patologie mentali e psichiatriche risulta molto rappresentata anche in Italia: la condizione stessa di detenuto è ad elevato indice di rischio psichico (CNB, 2013).

Risulta quindi necessaria una presa in carico da parte dei servizi territoriali puntuale e mirata, coinvolgendo l'individuo in progetti specifici di cura, mettendo a disposizione le risorse e il personale disponibili all'interno e all'esterno del carcere, in modo da facilitare il reinserimento nella società civile all'atto della scarcerazione (CNB, 2013).

L'OSM ha individuato i fattori più rilevanti per la promozione della salute mentale: assistenza e servizi che facilitino l'autopromozione e garantiscano il reciproco rispetto, la soddisfazione del bisogno di essere apprezzati e di essere oggetto di cura, la possibilità di svolgere attività e di avere distrazioni (CNB, 2013).

La pubblicazione della regione Toscana sulla salute dei detenuti riporta una prevalenza media del 37,3% per almeno una patologia psichiatrica, distinguendo poi una prevalenza del 41% tra i detenuti di nazionalità italiana, del 47,5% tra i nordafricani e del 23,4% tra i provenienti dall'Est Europa. Lo studio evidenzia inoltre che oltre la metà dei disturbi diagnosticati (52,5%) è legato all'abuso di sostanze psicotrope (ARS Toscana, 2013).

Uno studio svolto dall'Università di Roma, all'interno del penitenziario, su una coorte di 100 individui, ha rilevato una prevalenza del 75% per i disturbi psichiatrici, al 55% di questi è stato diagnosticato un disturbo borderline della personalità e al 20% di disturbo antisociale della personalità (Anselmi & Mirigliani, 2010).

Un'altra ricerca toscana ha invece rilevato una prevalenza pari al 33,3%, ma sottolinea che tale percentuale diminuisce al 29,3% se si esclude la popolazione detenuta negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (Voller et al., 2011).

Anche lo studio svolto all'interno della Casa Circondariale di Messina ha rilevato un'alta prevalenza di disturbi psichiatrici (85,2%), di questi il 51,4% ha richiesto un trattamento con psicofarmaci (Zoccali et al., 2008).

La ricerca svolta dall'Università di Pavia ha rilevato un tasso decisamente inferiore: il 19,3% ha uno o più disturbi mentali, tra cui psicosi (1,3%), disturbi dell'umore (5,4%), disturbi d'ansia (2,4%), disturbi dell'adattamento (2,6%) e disturbi della personalità (4,1%) (Carrà et al., 2004).

Lo studio svolto a Perugia si è concentrato sulla presenza di patologie psichiatriche e sull'abuso di sostanze illegali: il 54,3% dei detenuti uomini ha o un disturbo psichiatrico o un disturbo legato all'abuso di droghe, ma un detenuto su cinque (20,9%) presenta entrambi i disturbi (Piselli et al., 2009).

Sostanze d'abuso

Il Ser.T. (Servizio per le Tossicodipendenze) segue i casi di tossicodipendenza e alcol-dipendenza all'interno del circuito penitenziario così come nella comunità libera. La presa in carico riguarda tutto il loro percorso terapeutico, dal trattamento della sindrome astinenziale, fino all'invio in comunità terapeutica per l'applicazione delle misure alternative alla detenzione (Bollettino sulle Dipendenze, 2008).

I dati rilevati dall'OMS nel biennio 2001-2002 riportano una prevalenza del 30,4% di detenuti che nel corso della vita hanno fatto uso di sostanze illegali per via endovenosa (WHO, 2008).

Quelli pubblicati dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria riportano tali prevalenze negli anni: 27,2% nel 2002, 26,7% nel 2003 e 26,9% nel 2004 (DAP, 2005).

I dati nazionali relativi all'anno 2007 (al 31 dicembre) riportano una prevalenza del 27,6% di detenuti tossicodipendenti e del 2,5% di detenuti alcolisti (Bollettino sulle Dipendenze, 2008).

Uno studio multicentrico del 2005 ha riportato una prevalenza del 30,4% di detenuti che ha fatto uso di sostanze per via endovenosa (Babudieri et al., 2005), uno svolto a Bologna ne ha determinato una prevalenza del 33,9% (Sabbatani et al., 2004).

Lo studio dell'Università di Bari ha riportato invece una prevalenza del 40% di detenuti che hanno fatto uso di sostanze per via endovenosa, durante il biennio 1988-1989 (Quarto et al., 1990).

Una ricerca romana ha indagato la questione all'interno della popolazione penitenziaria rilevando i seguenti dati: il 55,8% dei detenuti ha rivelato di aver fatto uso di droghe prima dell'arresto, il 42% ha fatto uso di Cocaina, il 34% di Eroina, il 33% di Cannabis, il 7% di Ecstasy, il 6% di allucinogeni e il 5% di anfetamine; il 68% dei detenuti che ha fatto uso di sostanze riporta l'uno di più di una droga. Il 27% ha riportato un recente utilizzo, fino ad un mese prima dell'inizio della detenzione.

Il 38% dei detenuti ha raccontato storie di alcolismo e il 77% riporta di essere fumatore di tabacco (Rezza et al., 2005).

La ricerca toscana già citata in precedenza riporta inoltre una prevalenza del 70,6% di detenuti fumatori (Voller et al., 2005).

Suicidio e autolesionismo

Il tasso di suicidio nel sistema penitenziario italiano ha avuto un incremento pari al 300% dagli anni '60 ad oggi; i dati relativi al 2011 denunciano 66 casi.

Il tasso risulta essere più alto fra i giovani, difatti sono stati solo nove i suicidi tra detenuti con età maggiore di 50 anni, 17 tra i detenuti con meno di 30 anni, 21 nella fascia 30-40 anni e 15 nella fascia 40-50 anni.

Il numero dei tentati suicidi ha raggiunto le 1.134 unità nel 2010 e gli atti di autolesionismo 1.858 (circa uno ogni dieci detenuti) (Progrè.ue, 2012).

Il tasso registrato nel 2005 è di 9,8 suicidi ogni 10.000 detenuti, nel 2006 di 10,1/10.000 e nell'anno successivo di 10,2/10.000 (Ristretti Orizzonti, 2010).

L'11/11/2013, nel periodo della ricerca svolta in carcere, si è suicidato il quarantatreesimo detenuto dell'anno, tra le mura della Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" (La Stampa, 2013)

[...] "Violenza contro le donne" significa ogni atto di violenza fondata sul genere che abbia come risultato, o che possa probabilmente avere come risultato, un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvenga nella vita pubblica o privata.

Dichiarazione delle nazioni Unite per l'eliminazione della violenza contro le donne; UNICEF, 20 Dicembre 1993

La salute delle donne detenute

La popolazione detenuta femminile, nonostante il repentino incremento nell'ultimo decennio, continua a rappresentare una minima parte della totalità dei reclusi; le donne rappresentano difatti meno del 10% della popolazione carceraria europea.

Non è semplice reperire articoli, ricerche e studi scientifici riguardanti la salute femminile in un contesto così particolare come il carcere, nonostante l'interesse per questo ambito della società stia crescendo.

La letteratura disponibile sottolinea però l'importanza di accettare e mettere in atto una politica sanitaria di genere, che non assimili i bisogni delle donne alla popolazione detenuta generale, ma che, al contrario, faccia tesoro e valorizzi le differenze.

Uno studio inglese ha focalizzato come la domanda di salute delle detenute sia troppo spesso disattesa o inadeguata. Altri studi dimostrano che la richiesta di cure da parte delle detenute sia di gran lunga superiore a quella degli uomini e ne ipotizzano la motivazione correlandola alla necessità di relazione di cura, più che al bisogno di farmaci.

Occorre però valorizzare il momento della reclusione come contatto con la sanità: per molte donne questo rappresenta il primo contatto con i professionisti sanitari e può divenire un importante momento di counseling e promozione della salute psico-fisica.

Il profilo delle detenute

Più di mezzo milione di donne, comprese coloro con età inferiore ai 18 anni, sono detenute nel Mondo; il dato europeo raggiunge le 100.000 unità. Le donne costituiscono comunque una piccola parte della popolazione penitenziaria, mantenendo una prevalenza tra il 2% e il 9%, con una media europea del 4,4% (WHO, 2009).

Le donne detenute in Italia sono 2.804 e rappresentano il 4% dei detenuti totali (Ministero della Giustizia, 2013).

La maggior parte ha una scolarizzazione di base, licenza elementare o media inferiore (Ministero della Giustizia, 2013); anche i dati europei affermano che oltre metà della popolazione femminile in carcere non ha completato l'educazione primaria.

Molto rappresentata è la popolazione straniera che raggiunge quasi la metà della totalità; si rende quindi fondamentale un discorso di genere, che prenda in considerazione le necessità di donne con culture, usi, credenze, rapporto con il proprio corpo e con la detenzione diverse rispetto alle italiane.

Le donne sono recluse per lo più per aver commesso reati inerenti alla violazione della legge sulla droga (34%), per reati contro il patrimonio, quali furti, rapine, truffe o danneggiamenti (22%); sono poche le detenute in carcere recluse per reati contro la persona e per criminalità

organizzata.

Le relazioni delle detenute

Le donne riportano come maggiormente stressante il momento dell'ingresso in carcere: raccontano della preoccupazione riguardo l'affidamento dei figli ad altri, riguardo il proprio destino in carcere, il timore di essere vittime di bullismo, intimidazioni e violenze.

Occorre costatare che il mantenimento delle relazioni familiari è maggiormente difficoltoso per le donne, poiché gli istituti e le sezioni femminili sono in gran lunga inferiori a quelli maschili, spostando spesso la detenuta lontano dal proprio territorio, favorendo quindi un progressivo distacco dalla famiglia, che spesso non ha i mezzi per raggiungere la propria congiunta o non può farlo così frequentemente come desidererebbe.

Questo elemento è problematico anche per il reinserimento sociale della stessa dopo la dimissione, che dovrà quindi riconquistare tutte le relazioni affettive deteriorate.

HIV, epatite C ed altre malattie infettive

Le donne detenute hanno un rischio elevato di aver contratto HIV, epatiti virali, Clamidia, Gonorrea e Sifilide prima dell'ingresso in carcere. La condizione di emarginazione e di carenza nel sistema socio-economico agiscono come fattori di rischio per il contagio da patologie sessualmente trasmesse, a cui si aggiunge un comportamento sessuale a rischio, prostituzione, scambio di sesso per denaro e, sempre di più, abusi sessuali.

Le donne che fanno uso di droghe iniettate sono a maggior rischio di contrarre HIV ed epatiti a causa dello scambio di siringhe e aghi non sterili, a ciò è facile che si vada a sommare un comportamento sessuale non protetto in cambio di droga o la prostituzione per ottenere denaro per l'acquisto di sostanze.

La World Health Organization (WHO) sottolinea pertanto l'importanza della prevenzione primaria, del trattamento e del supporto professionale in egual misura rispetto alla comunità, inclusi i trattamenti antiretrovirali. Le evidenze scientifiche dimostrano che l'accesso a aghi e siringhe sterili diminuisca la possibilità di contagio da HIV ed epatiti e che si rende necessario una riduzione delle pratiche di tatuaggi e piercing.

La WHO raccomanda regolari visite ginecologiche con attenzione alla diagnosi e al trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, counseling per la programmazione familiare, appropriate cure prenatali e postnatali al fine di evitare il passaggio madre-bambino e la facilitazione nell'accesso a metodi contraccettivi di barriera.

Salute mentale

La diagnosi di problematiche psichiche è per le donne detenute più frequente della popolazione generale e dei detenuti uomini (73-75% per le donne, 55-63% per gli uomini in Inghilterra) (Hatton & Fisher, 2008).

Il 66% delle detenute soffre di disturbi nevrotici e il 54% di depressione; al 12% di queste donne è stata diagnosticata la depressione maggiore. In totale il 40% ha usufruito di aiuti per problemi psichici o emozionali (MacDonald, 2013).

I bisogni di salute mentale delle detenute sono spesso complessi e

sintomatici di un passato di abusi, di autolesionismo, di precaria salute mentale e riproduttiva, di bassa autostima e di relazioni problematiche familiari. A tutto ciò si aggiunge l'alto livello di dipendenze da alcool e droghe. E il forte disagio psichico legato alla preoccupazione per i figli (MacDonald, 2013).

Molte detenute denunciano la mancanza di privacy dovuta al sovraffollamento carcerario, il quale si ripercuote anche sull'accesso a programmi e attività.

Elemento spesso riportato è inoltre la carenza di autonomia, dovuta all'assoggettamento ad un sistema totalitario che priva del controllo sulla propria vita, a cui si aggiunge la perdita degli affetti o la difficoltà di mantenere il contatto con la famiglia.

È necessario quindi favorire l'accesso alla sanità, riconosciuta come diritto fondamentale dell'individuo e implementare le risorse per facilitare un trattamento egualitario rispetto alla popolazione libera.

Problemi psichiatrici, specialmente se non trattati, rischiano di incrementare il recidivismo, divenendo quindi al contempo causa ed effetto della detenzione, ripercuotendosi sull'intero sistema familiare.

Sostanze d'abuso

I dati europei sul consumo di droghe e sull'abuso di alcool da parte della popolazione detenuta femminile sono enormemente variabili (dal 10% fino al 75%), ma le ricerche sono d'accordo nell'affermare che la metà delle detenute ha subito nella sua vita un abuso, per la maggior parte sessuale e, per i due terzi di loro, nell'infanzia.

Una ricerca svolta negli USA sottolinea che almeno una donna su tre è reclusa per crimini legati al mondo della droga, dal possesso illecito, a furti e rapine per ottenere denaro per far fronte alla propria esigenza patologica di sostanze.

Storie di violenza, abuso di sostanze e alcolismo sono state correlate positivamente con l'autolesionismo; circa la metà dei gesti di autolesionismo in carcere sono commessi da donne. Spesso questi gesti sono interpretati dal personale come gesti di richiamo dell'attenzione o di manipolazione al fine di ottenere agevolazioni, ma una review del *Royal College of Psychiatrists* (2010) ha puntualizzato lo stretto collegamento tra autolesionismo e un'infanzia indecorosa, spesso segnata da abusi sessuali, e le conseguenze di tali abusi sulla salute mentale.

Ricerche inglesi sottolineano che l'abuso non è solo nell'ambito delle droghe illegali ma che l'85% delle donne detenute è tabagista e il 42% ingerisce quantitativi di alcool superiori alle dosi consigliate dalle linee guida internazionali.

La WHO rileva l'importanza del trattamento delle dipendenze da alcool e droghe, ad oggi riservato a solo il 14% dei detenuti necessitanti, e dello sviluppo di programmi che tengano conto dei problemi correlati; le donne detenute tossicodipendenti hanno spesso un basso grado di istruzione e carenze economiche, un partner che fa uso di sostanze, la responsabilità dell'educazione e della crescita dei figli e un pattern psicosociale complesso con problemi psichici (disturbo d'ansia e disturbo post traumatico da stress) e storie di abusi.

Inoltre dovrebbero essere incrementati i programmi di trattamento, soprattutto quelli genere-specifici, in grado di far fronte alle necessità

fisiologiche femminili.

Autolesionismo e suicidio

La metà dei gesti autolesionistici in carcere sono commessi da donne, le quali sono maggiormente portate a ripetere le lesioni. In accordo con quanto detto in precedenza, il periodo più critico risulta essere quello legato ai primi giorni dopo l'ingresso o un trasferimento, i giorni che precedono il rilascio e quelli immediatamente successivi, fonti di ansia e preoccupazione per i detenuti.

Anche il tasso di suicidio in carcere è aumentato per le donne rispetto alla controparte maschile, trend invertito rispetto alla popolazione generale (MacDonald, 2013).

Molti degli studi disponibili sottolineano l'importanza di screening per le patologie psicologiche e il rischio suicidario all'ingresso e la necessità di programmi genere-specifici.

Salute riproduttiva e sessuale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS o WHO) definisce come salute sessuale e riproduttiva non solo l'assenza di patologia ma uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, che l'abilità di avere una responsabile, soddisfacente e sicura vita sessuale e la libertà di decidere consapevolmente e liberamente riguardo la maternità. Ciò implica il diritto ad essere informati e avere accesso a metodi contraccettivi e di regolazione della fertilità, alla libertà di scelta riguardo la gravidanza anche nel caso di interruzione e alle cure prenatali necessarie per ottenere una coppia madre-bambino in salute.

Le donne detenute sono a maggior rischio, rispetto a quelle libere, di aver contratto infezioni sessualmente trasmesse e di sviluppare tumori dell'apparato riproduttivo (Salem et al., 2013), inoltre molte non hanno mai partecipato a programmi di prevenzione e diagnosi precoce, quindi la detenzione potrebbe essere il momento adatto per questa tipologia di screening.

Dovrebbe essere offerta quindi la possibilità di partecipare a programmi di diagnosi precoce, così come per la popolazione generale, soprattutto per quanto concerne lo screening per le lesioni della cervice uterina (PAP-test) e per il carcinoma della mammella (mammografia).

Le donne inoltre hanno, anche in carcere, il ciclo mestruale per il quale necessitano di assorbenti igienici che però spesso non vengono forniti gratuitamente oppure sono considerati come presidi medici speciali. Talvolta sono delle donne gravide ad arrivare in carcere.

Circa il 6% delle detenute Americane sono incinte al momento dell'ingresso in carcere. Spesso la situazione è assai complessa poiché all'aumentato rischio di aver contratto patologie infettive (HIV, HCV, HBV, Sifilide, Gonorrea ecc.), di sviluppare problematiche psichiatriche, di avere storie di abuso di sostanze, di condizioni di vita precarie e insalubri, si aggiunge spesso una gravidanza non desiderata o frutto di abuso sessuale (Sutherland, 2013).

Al 31/12/2012 erano cinque le detenute in stato di gravidanza in Italia, su un totale di 4.891 donne e 39 le detenute madri con prole inferiore a tre anni di età (Bollettino Penitenziario, 2013).

Lo stato di gravidanza dovrebbe essere considerato incompatibile con la

detenzione, se non per casi di estrema necessità di sicurezza. Nell'ultimo caso le donne dovrebbero avere le stesse opportunità di cura delle donne in gravidanza nella popolazione generale, quindi la possibilità di incontrare ostetriche e ginecologi o altri professionisti della nascita, a seconda della propria cultura, di avere un adeguato apporto nutrizionale e possibilità di movimento e lavoro adeguati. Il Servizio Sanitario dovrebbe inoltre supportare la donna in ogni scelta riguardo la propria gravidanza e assicurare l'equità del trattamento in qualsiasi caso.

Uno studio americano riporta inoltre l'assenza di corsi di accompagnamento al parto e servizi di supporto in gravidanza, carenze nell'adeguamento alla gravidanza, come materassi adeguati, letti bassi e accessibili facilmente, facilitazioni per una dieta completa e varia, lavori adatti alla gravidanza (Sutherland, 2013).

Durante il travaglio e il trasporto nell'unità materno-fetale ospedaliera di riferimento spesso vengono utilizzati metodi di contenimento (manette), nonostante l'OMS ritenga che tale procedura dovrebbe essere abbandonata. È noto infatti come la possibilità di movimento in travaglio sia fondamentale per affrontarne il dolore.

Per quanto riguarda il caso italiano la giurisdizione prevede provvedimenti e misure alternative alla detenzione al fine di tutelare la salute di madre e bambino all'interno dell'intero percorso nascita: si parla infatti di Differimento della Pena, ossia il Giudice concede alla detenuta gravida di scontare l'intera pena in un momento successivo concordato, in modo che la donna possa vivere la gravidanza da cittadina libera, senza alcuna limitazione; a questo punto la, ormai non più, detenuta può decidere in autonomia a quale professionista rivolgersi per

essere seguita durante la gestazione e la struttura per il parto e il puerperio (Ordinamento Penitenziario)

L'alternativa a questo provvedimento è dettata dall'Art. 47-ter "detenzione domiciliare": la detenuta in stato di gravidanza o con prole inferiore a tre anni di età è ammessa a scontare la pena presso il proprio, o altro, domicilio; anche in questo caso la donna ha libertà di scelta riguardo il proprio percorso nascita (Ordinamento Penitenziario).

Occorre prendere in considerazione anche la necessità di sostegno psicologico nel caso di gravidanze che si interrompono (aborto spontaneo o volontario) o di morte perinatale.

Tra le detenute possono anche esserci donne che allattano il figlio presente in cella assieme a loro. Anche in questo caso ricerche internazionali hanno evidenziato la non adeguatezza dei pasti ai bisogni nutrizionali e l'assenza di privacy e intimità, al fine di creare un rapporto adeguato madre-bambino. L'allattamento materno dovrebbe essere incoraggiato, ma spesso ciò non avviene poiché le esigenze nutritive del bambino interferiscono con la routine carceraria. È inoltre importante la diagnosi di patologie infettive materne che potrebbero essere trasmesse mediante l'allattamento.

Violenze e abusi

Il triplo delle donne detenute rispetto agli uomini dichiarano di essere state vittime di violenza fisica o psichica. L'individuazione di queste situazioni risulta importante, data la correlazione con i disturbi psichiatrici, al fine di sviluppare un trattamento adeguato al singolo (MacDonald, 2013).

Il supporto si dovrebbe inoltre estendere al periodo dopo la dimissione, per non incorrere in nuovi abusi, magari all'interno del nucleo familiare; a maggior rischio in questo senso risultano inoltre le donne in gravidanza o in puerperio.

L'amministrazione penitenziaria dovrebbe inoltre sorvegliare che abusi psichici e fisici non vengano perpetrati dal proprio personale, spesso di sesso maschile, adibito alla sorveglianza delle detenute (MacDonald, 2013).

In conclusione è stato dimostrato che, nei diversi ambiti della salute, occorre sviluppare o implementare programmi e trattamenti a misura di donna, soprattutto se con cultura diversa, al fine di garantire un mantenimento o il ritorno al benessere psico-fisico e sociale.

La detenzione potrebbe inoltre rappresentare il momento in cui la donna si riappropria della propria responsabilità rispetto alla salute, in cui sviluppare una maggior consapevolezza dei rischi legati a comportamenti scorretti (nutrizione, fumo, sesso non protetto, trasmissione di infezioni...) e prendere parte consapevolmente a programmi di diagnosi precoce usufruibili anche una volta tornate in società.

Le basi scientifiche della ricerca.

Cos'è la psico-neuro-endocrino-immunologia.

La psico-neuro-endocrino-immunologia è una disciplina biomedica che studia le relazioni esistenti tra il sistema endocrino-immunitario e la risposta neurologica a stimoli stressanti provenienti dall'ambiente o dall'organismo stesso.

Il concetto di base su cui si sviluppa la disciplina è quello secondo il quale indipendentemente dall'agente stressante, l'organismo mette in azione una cascata chimica di ormoni e neurotrasmettitori.

È stato dimostrato che l'aumento della produzione di cortisolo da parte delle ghiandole surrenali, dovuto alla reazione all'agente stressante, causa la soppressione della risposta immunitaria.

È oggi noto inoltre che le citochine, fattori proteici rilasciati dalle cellule immunitarie con il compito di trasmettere segnali alle cellule bersaglio, viaggiando con il sangue e i grandi nervi cranici, sono in grado di raggiungere, attraverso il sistema nervoso, anche il cervello, influenzando le attività biologiche e quelle psicologiche.

Gli ultimi studi in questo campo si sono orientati sulla neurobiologia delle emozioni: l'influenza che emozioni, traumi ed eventi avversi hanno sul sistema di risposta allo stress e come ciò influisca sul funzionamento del sistema immunitario.

La risposta dell'organismo a situazioni di stress è differenziata in una branca nervosa, che si attiva immediatamente, e una chimica, la quale ha un'attivazione più lenta e reagisce a stimoli prolungati. È necessario a

questo punto specificare che i meccanismi di risposta allo stress sono fisiologici e permettono all'uomo di adattarsi ai cambiamenti ambientali, modificando il proprio assetto comportamentale e psichico; in parole povere è il meccanismo che ha salvato l'umanità dai predatori del mondo animale (attacco-fuga).

La prima reazione ad uno stimolo stressante è l'attivazione quindi delle catecolamine (asse nervoso dello stress), adrenalina e noradrenalina prodotte dalla porzione midollare delle ghiandole surrenali, fa sì che aumenti la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna, la glicemia e la perfusione di sangue verso gli organi nobili; questa risposta allo stimolo è quella che permette la fuga ad esempio.

In un secondo tempo, se lo stimolo si protrae nel tempo, è l'asse chimico ad attivarsi con la produzione di cortisolo, il quale induce una sovrapproduzione di prolattina, dell'ormone della crescita e di glucagone e di conseguenza l'inibizione della produzione di gonadotropine, gli ormoni che regolano la riproduzione umana.

È stato inoltre provato che la sovrapproduzione di cortisolo può causare atrofia dell'ippocampo, poiché agisce su specifici recettori che inattivano l'ippocampo (programma geneticamente controllato), area cerebrale deputata alla formazione della memoria a lungo termine.

Anche la relazione tra depressione maggiore e livelli di cortisolo è molto complessa: i ricercatori hanno infatti scoperto che persone affette da questo disturbo hanno una iperproduzione di cortisolo e che l'ippocampo risulta di dimensioni ridotte. Queste scoperte hanno portato gli psichiatri a considerare la depressione maggiore come condizione di stress; non è noto però se la sovrapproduzione di cortisolo sia causa della depressione

o piuttosto effetto dello scompenso psicologico e dello stress conseguente, o, terza alternativa, che sia un meccanismo che si autoinneschi. Farmaci inibenti il cortisolo si stanno mettendo a punto per la cura della depressione, soprattutto in casi in cui gli antidepressivi tradizionali hanno poca efficacia.

La depressione quindi, con la sua sovrapproduzione di cortisolo e catecolamine, contribuisce all'alterazione delle pareti vasali, favorendo la produzione di placche aterosclerotiche. La spiegazione della concomitanza di eventi cardiaci acuti e disturbi dell'umore è pertanto da ricercare nelle alterazioni vascolari prodotte dal cortisolo e dallo squilibrio nel sistema della serotonina, deputata al controllo dell'umore, carente nel cervello e abbondante nel sangue, il cui effetto è l'aumento dell'aggregazione piastrinica. Negli individui affetti da depressione maggiore è quindi da considerarsi aumentato il rischio tromboembolico.

La produzione di cortisolo, come già accennato in precedenza, induce una sovrapproduzione di prolattina, l'ormone che permette la lattazione dopo la gravidanza e inibisce gli estrogeni, al fine di proteggere la donna da una nuova gravidanza. Questo ormone è inibito da un neurotrasmettitore, la dopamina che viene rilasciato in seguito a stimoli piacevoli, come il cibo, l'acqua, il sesso e alcune sostanze stupefacenti.

Le conseguenze di un'indotta iperprolattinemia si manifestano a seguito della sua azione inibitoria della pulsatilità dell'ormone stimolante il rilascio delle gonadotropine (GnRH), il quale stimola, in condizioni fisiologiche, la produzione da parte dell'ipofisi degli ormoni sessuali. Le manifestazioni nella donna sono quindi anovularietà e disturbi del ciclo mestruale, dovuti all'alterata produzione di GnRH e ormone follicolo-

stimolante (FSH) e ormone luteinizzante (LH). Per quanto riguarda l'uomo invece le conseguenze sono impotenza e perdita della libido.

Per quanto riguarda l'azione dello stress, e quindi del cortisolo, sull'ormone della crescita (GH), durante uno stress acuto il cortisolo ha azione attivante l'ipotalamo che stimola l'ipofisi per la produzione di GH; se lo stress si protrae invece gli effetti sono opposti, il cortisolo stimola la somatostatina, che inibisce la produzione di GH, il cortisolo inoltre contrasta l'azione dell'ormone della crescita sui tessuti bersaglio. Gravi situazioni di stress cronico sono alla base infatti del cosiddetto nanismo psico-sociale, registrato per decenni in bambini costretti a vivere situazioni di disagio.

La produzione prolungata di noradrenalina (NA), riprendendo l'asse nervoso dello stress, è per l'organismo anche un feed-back negativo, ossia la sua grande presenza in circolo determina l'arresto nella produzione stessa a livello ipotalamico e ipofisario, causandone l'esaurimento funzionale. L'aumento dei livelli di NA sono stati correlati a disturbi di panico e del tono dell'umore. Il comportamento che ne consegue è caratterizzato da rallentamento motorio, ridotta ricerca e assunzione di cibo, perdita di peso e incapacità di affrontare nuove situazioni; tali sintomi sono tipici anche del disturbo depressivo.

Notevole importanza riveste in questo caso anche il sistema della serotonina (5-HT), coinvolto in numerosi processi fisiologici e di regolazione degli altri sistemi neurotrasmettitoriali. Tale sistema risulta, infatti, implicato nella regolazione del ciclo sonno-veglia, dell'appetito, del comportamento sessuale, del tono dell'umore, dell'impulsività-compulsività. Il sistema serotoninergico agisce modulando il rilascio di

NA e, dopo una iperproduzione iniziale in seguito allo stimolo stressante, da feed-back negativo sulla sua stessa produzione. È quindi chiaro il legame tra un basso livello di serotonina e i disturbi del tono dell'umore. Occorre ricordare inoltre l'importanza della serotonina sul controllo del dolore e della produzione di oppioidi endogeni: l'alterazione quindi di questo meccanismo spiega la ipersensibilità al dolore nelle persone affette da disturbi del tono dell'umore e da depressione.

Studi sulla melatonina, derivata dalla serotonina e coinvolta nei processi di trasmissione noradrenergici, nei ratti hanno dimostrato che, alterando la sua produzione circadiana dovuta all'alternanza di luce e buio, ad esempio con l'esposizione continua alla luce, vi sia una depressione della risposta immunitaria.

Nel caso in cui l'evento stressante si protragga nel tempo si evidenzia un ipofunzionalità del sistema dopaminergico, tradizionalmente correlato, in ambito psichiatrico, con le manifestazioni deliranti e allucinatorie dei disturbi psicotici e anche con i disturbi dell'umore e da uso di sostanze; ne consegue uno stato di anedonia, incapacità di provare piacere, tipico dei disturbi depressivi.

È noto inoltre che, in seguito all'esposizione ad un agente stressante, l'organismo produce sostanze endogene aventi effetto ansiogeno, in grado di indurre nell'uomo sia vissuti soggettivi di angoscia sia modificazioni fisiologiche (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, aumento del cortisolo e delle catecolamine plasmatiche).

La ricerca

I presupposti

Avendo studiato all'interno del percorso di studi del Corso di Laurea gli effetti dello stress sull'intero organismo umano e unendovi il desiderio di

occuparmi della detenzione femminile, è nata una ricerca volta a determinare come la reclusione abbia effetti evidenti sulla salute delle donne.

È noto che, come spiegato nel capitolo precedente, una risposta inadeguata allo stress e/o uno stimolo stressante prolungato genera delle modificazioni fisio-patologiche nell'organismo, ad esempio alterazioni nello sviluppo della personalità, del comportamento e conseguenze sulle funzioni fisiologiche: rallentamenti o arresti della crescita e dello sviluppo, alterazioni del metabolismo, problemi cardio-circolatori, disfunzioni della riproduzione e inadeguata risposta immunitaria.

Ciò comporta un'eccessiva vulnerabilità nei confronti di malattie psichiatriche, endocrine, cardiovascolari, neoplastiche e immunologiche.

Non è difficile comprendere che la reclusione possa essere essa stessa fonte di stress per la persona detenuta, a cui si aggiungono elementi problematici caratteristici del singolo istituto o della sezione.

Il primo momento di stress si prova all'ingresso in carcere: si perde il proprio ruolo all'interno della famiglia e della società, si viene privato di ogni bene materiale, dei propri spazi e della propria capacità di autodeterminazione e decisione autonoma, si viene assoggettati ad un sistema fatto di regole dettate soprattutto al fine di garantire la sicurezza. Occupandomi in questo caso di donne, ritengo opportuno sottolineare il peso del distacco dai propri figli e dalla propria famiglia, vissuto maggiormente dalle detenute rispetto agli uomini.

Il detenuto vive in un contesto istituzionalizzato, in cui è privato della propria riservatezza e intimità, costretto a rapporti sociali limitati e

imposti, in un'altalena di emozioni che oscillano tra aspettative e impotenza, rifugiato nel desiderio che le proprie richieste siano prese in considerazione.

Sono quindi frequenti i disturbi d'ansia legati alla separazione, da perdita e da crisi d'identità, che si manifestano come crisi d'ansia vere e proprie, attacchi di panico e claustrofobia.

Gli studiosi chiamano il complesso di reazioni psichiche e psicosomatiche alla detenzione "Sindrome da ingresso in carcere" e tra le sue manifestazioni annoverano: inappetenza, senso di peso gastrico, rallentamento della digestione, morboso disgusto per tutti i cibi, violenti e persistenti spasmi esofagei che non permettono la prosecuzione del cibo lungo il canale digerente.

Altri disturbi riguardano manifestazioni respiratorie, ad esempio sensazione di soffocamento, fame d'aria, tachicardia, vertigini, svenimenti; ma anche sintomi psichici: stupore isterico, agitazione psicomotoria, crisi confusionali, anedonia, rannicchiamento fetale, furore pantoclastico, disorientamento spazio-temporale.

L'organismo reagisce con modificazioni fisio-patologiche, abbassando le difese immunitarie, ed aumentando quindi la recettività ad agenti patogeni, e psicologiche e mettendo in modo reazioni protettive che a lungo termine danneggiano però l'individuo; è il caso dell'apparato sensoriale: la vista viene alterata, lo sguardo è recluso all'interno della cella con una visione "corta", l'olfatto si anestetizza, l'udito si acutizza, ma connettendosi a sensazioni di paura (il rumore delle chiavi, dei blindi che si chiudono, delle grida, dei lamenti), per poi arrivare alla sordità, la privazione del contatto con alcuni materiali riduce la gamma tattile.

Inoltre la routine sempre uguale, la carenza di stimoli e di interazione con il mondo esterno altera il linguaggio, il movimento e la sessualità; la conseguenza è un progressivo deterioramento mentale.

L'esigenza di ordine e disciplina induce il detenuto ad uniformarsi agli altri, perdendo una propria cultura in favore di quella del carcere (regole, modi di parlare, mangiare, dormire...); i bisogni individuali e le esigenze personali sono annullate in risposta ad esigenze di sicurezza.

È da segnalare inoltre una perdita dell'affettività, del contatto umano che può portare alla creazione di surrogati dei rapporti familiari all'interno del carcere.

Metodi

Alla luce di quanto appreso e considerando le tempistiche, si è deciso di scartare il progetto che prevedeva una serie di prelievi ematici al fine di valutare le variazioni ormonali nel sangue; ciò avrebbe significato seguire un gruppo di detenute dall'ingresso nella struttura detentiva per un tempo stabilito, praticando con regolarità le valutazioni ematologiche. Questa metodologia necessitava inoltre di un gruppo di controllo e quindi di una spesa ingente in termini economici e di tempo.

Tale metodologia inoltre non avrebbe consentito il contatto con le detenute da parte della studentessa, poiché i prelievi sarebbero stati eseguiti dal personale sanitario dell'istituto.

Si è optato pertanto per sottoporre alle detenute un questionario a scelta multipla, in cui sono state inserite alcune domande aperte specifiche.

Le domande sono state suddivise in tre sezioni: la prima riguardanti le

caratteristiche della persona, della pena inflittale e delle caratteristiche della detenzione, la seconda inerente lo stato di salute precedente e successivo alla reclusione, la terza concernente la salute e la storia riproduttiva. Copia del questionario è possibile trovarla in allegato a questo documento.

La ricerca è stata condotta all'interno della sezione femminile della Casa Circondariale "Lo Russo e Cutugno" di Torino, dal mese di Ottobre 2013 al mese di Gennaio 2014.

Sono state intervistate detenute appartenenti al circuito di media sicurezza e posizione giuridica definitiva; sono state intervistate pertanto 31 donne, appartenenti alle quattro sezioni detentive presenti; solo una non è stato possibile portare a termine per desiderio della detenuta.

Le donne sono state invitate alla partecipazione ed hanno aderito liberamente, firmando l'apposito consenso, avendo ricevuto istruzioni sulla finalità del questionario.

Le interviste si sono svolte in ambiente protetto, in assenza di altri interlocutori eccetto la detenuta e la studentessa, nel completo rispetto della privacy e dell'anonimato.

Di seguito si riportano i dati ottenuti.

Risultati

Le classi di età più rappresentate, tra le 31 detenute intervistate, sono quella fino ai 25 anni (6 donne pari al 19,35%) e le fasce tra 40 e 44 anni (6 donne pari al 19,35%), tra 35 e 39 anni (5 donne pari al

16,13%), tra 45 e 49 anni (5 donne pari al 16,13%), seguite dalla fascia 25-29 anni (4 donne pari al 12,9%), da quella compresa tra 30 e 34 anni (3 donne pari al 9,68%) e infine dalla fascia 50-54 anni (2 donne pari al 6,45%); nessuna delle donne intervistate ha più di 54 anni.

Tra le donne con età inferiore a 25 anni, in totale 6, sono quattro le straniere (66,7%), una delle quali con un bambino recluso, e due le italiane, di cui una in gravidanza.

Per quanto riguarda le altre fasce di età, italiane e straniere si equivalgono, ad eccezione di quella 45-49 anni completamente rappresentata da italiane (5 donne) e di quella 50-54 anni rappresentata da straniere (2 elementi).

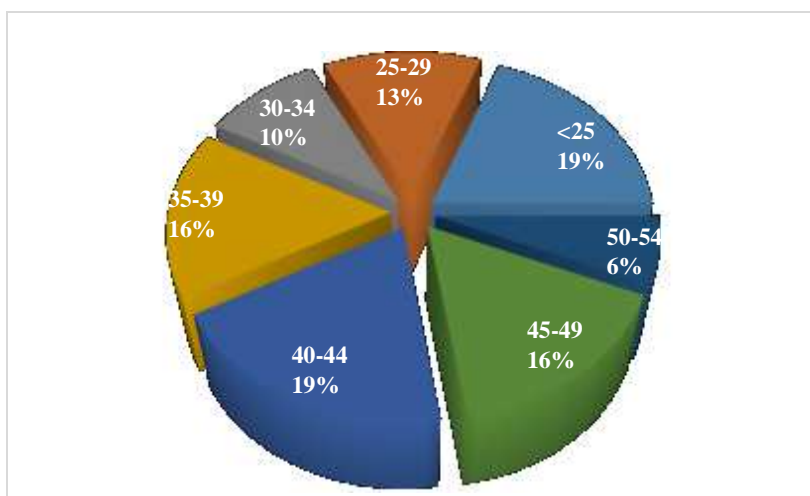


Figura 1: suddivisione per classi di età.

Le italiane rappresentano il 51,6% e le straniere il 48,4% (rispettivamente 16 e 15 detenute); tra le italiane, 7 donne sono provenienti dalla provincia di Torino (22,6% del totale) e tra le straniere 4 sono nate in Italia, ma non possiedono la cittadinanza (12,9% del

totale).

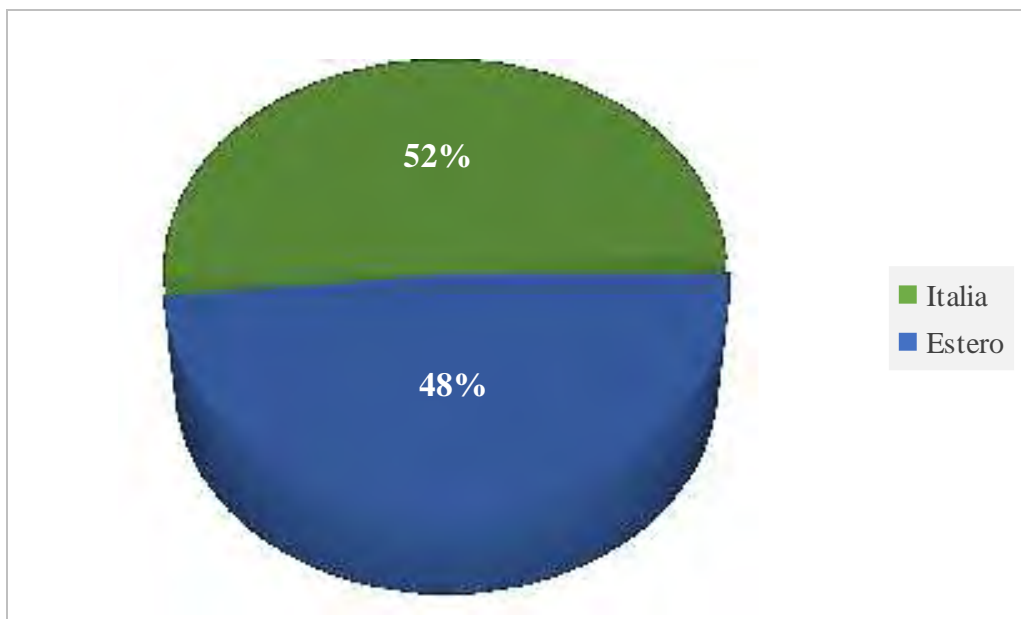


Figura 2: suddivisione per provenienza.

La maggior parte delle straniere non ha titolo di studio o ha la licenza elementare (22,6%), 3 possiedono la licenza media inferiore (9,7%) e 5 il diploma (16,1%); le italiane invece possiedono per la maggior parte la licenza media (29%), 4 non hanno titolo di studio o possiedono la licenza elementare (12,9%) e 3 il diploma (9,7%). Nessuna delle donne intervistate ha titolo di studio superiore al diploma superiore o è iscritta al Polo Universitario.

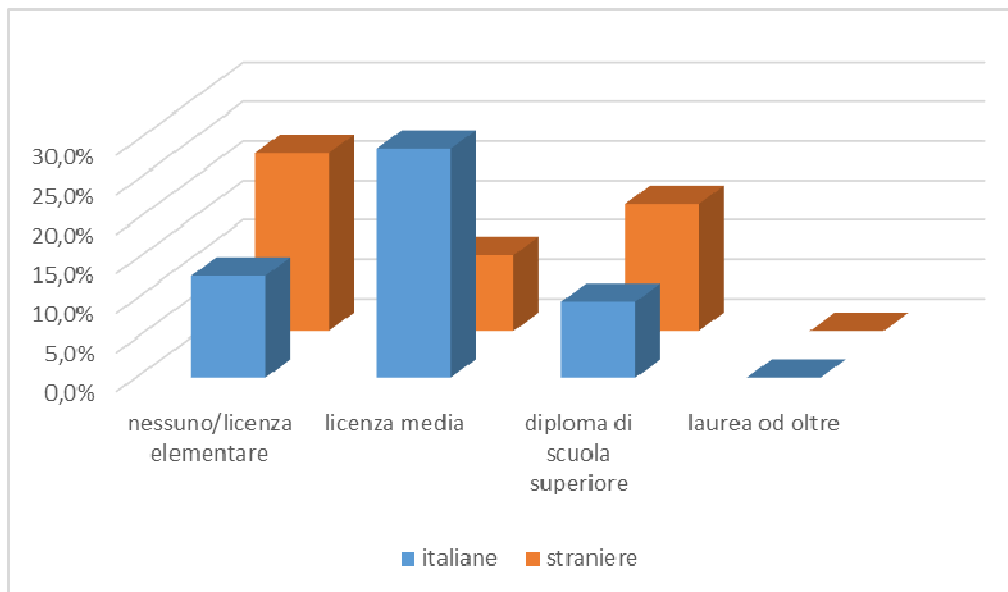


Figura 3: distinzione per titolo di studio.

Da questo punto dello studio le interviste sono in totale 30, poiché una donna si rifiuta di proseguire; il 50% delle donne sono italiane e il 50% sono straniere.

È stato chiesto alle detenute come ritenessero i rapporti con la propria famiglia prima e dopo la reclusione. Il 43,3% delle detenute ha riferito rapporti ottimi prima della reclusione: la prevalenza per le italiane è del 20% e per le straniere 26,7%. Cinque donne (16,7%) riferiscono rapporti assenti, cinque pessimi e sette discreti (23,3%).

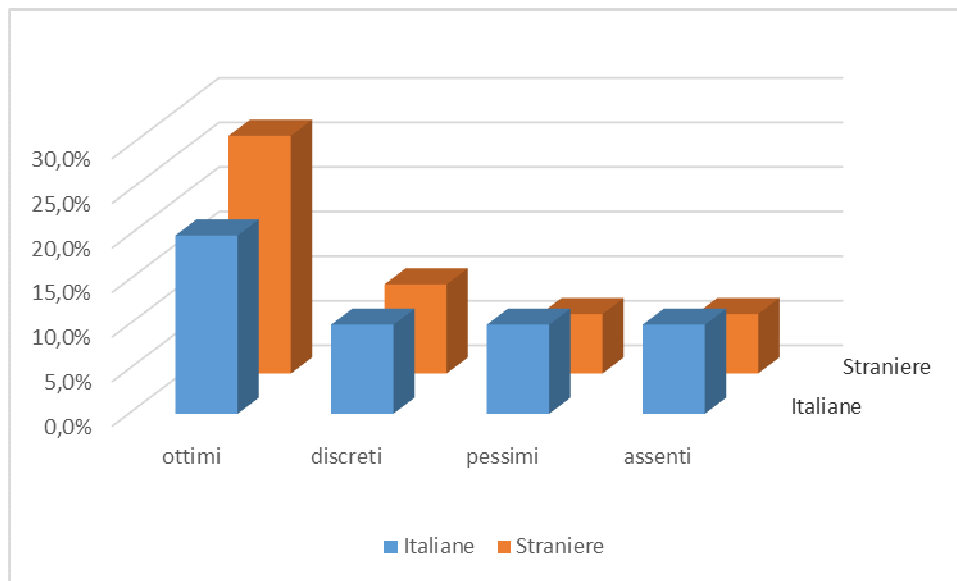


Figura 4: rapporti delle detenute prima della reclusione

Per quanto riguarda dopo la reclusione, la prevalenza delle donne che giudicano i propri rapporti con la famiglia ottimi è rispettivamente 16,7% per le italiane e il 20% per le straniere.

Undici donne riferiscono rapporti discreti con i familiari durante la reclusione (36,7%), con una prevalenza del 23,3% per le italiane e del 13,3% per le straniere.

Le donne che riferiscono rapporti pessimi con la propria famiglia durante la detenzione sono tre (10% del totale) e assenti cinque (16,7%).

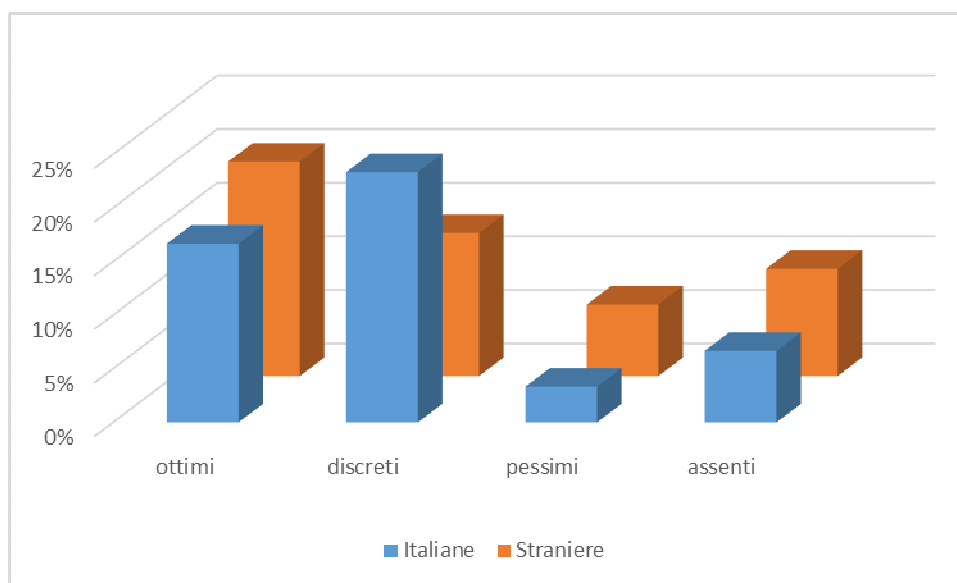


Figura 5: rapporti delle detenute durante la reclusione.

Il 50% delle donne riferisce di ricevere regolarmente visite da parte dei familiari, mentre il 43,3% non riceve mai visite.

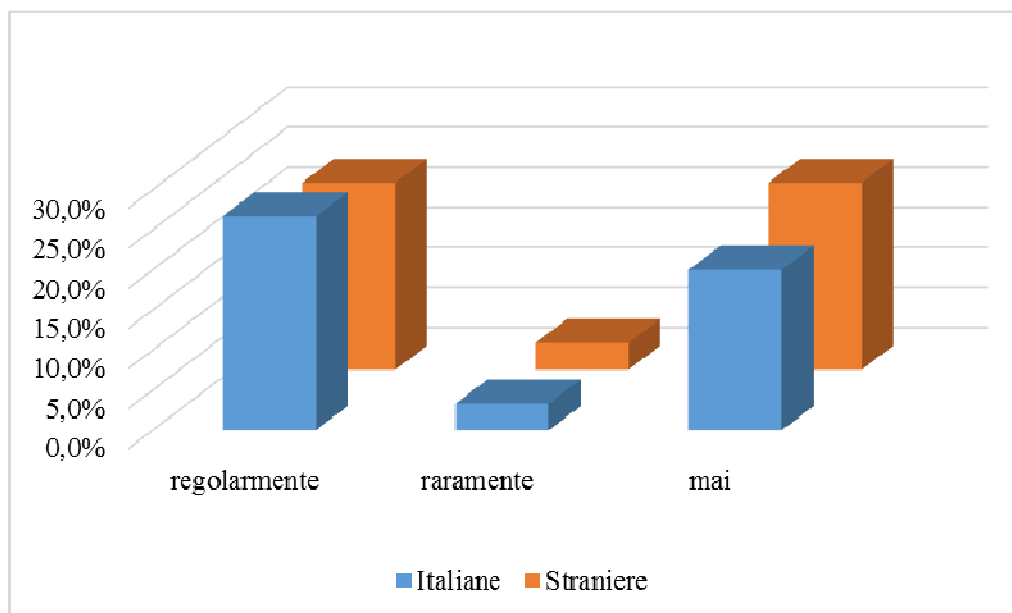


Figura 6: frequenza delle visite.

Solo una donna italiana riferisce di essere alla prima reclusione (prevalenza del 3,3%) rispetto alle otto straniere (prevalenza del 26,7%).

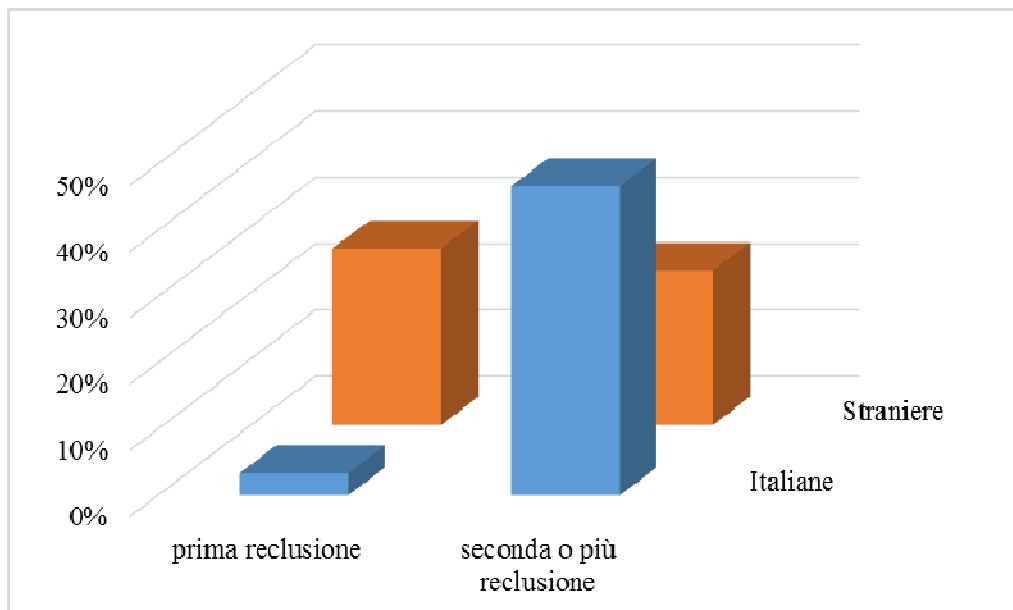


Figura 7: prime o successive reclusioni.

È stato chiesto, alle donne che riferivano precedenti carcerazioni, quanto fosse stato il tempo trascorso in carcere in passato; il totale delle italiane con precedenti reclusioni è quattordici elementi e delle straniere è sette elementi.

Tre donne italiane, prevalenza del 14,3%, riferisce di aver trascorso in carcere più di dieci anni, confronto ad una sola donna straniera (4,8%).

Le categorie più rappresentate sono la fascia 1-6 mesi, con cinque detenute totali (prevalenza di 14,3% per le italiane e 9,5% per le straniere), e la fascia 1-2 anni, cinque detenute (prevalenza di 14,3% per le straniere e 9,5% per le italiane). Le altre categorie sono meno rappresentate, per le italiane due hanno trascorso meno di un mese in carcere, due tra tre e cinque anni e due tra sei e dieci anni (9,5%); per le straniere una ha trascorso reclusa meno di un mese (4,8%). Nessuna donna ha riferito di aver trascorso tra sette mesi e un anno in carcere.

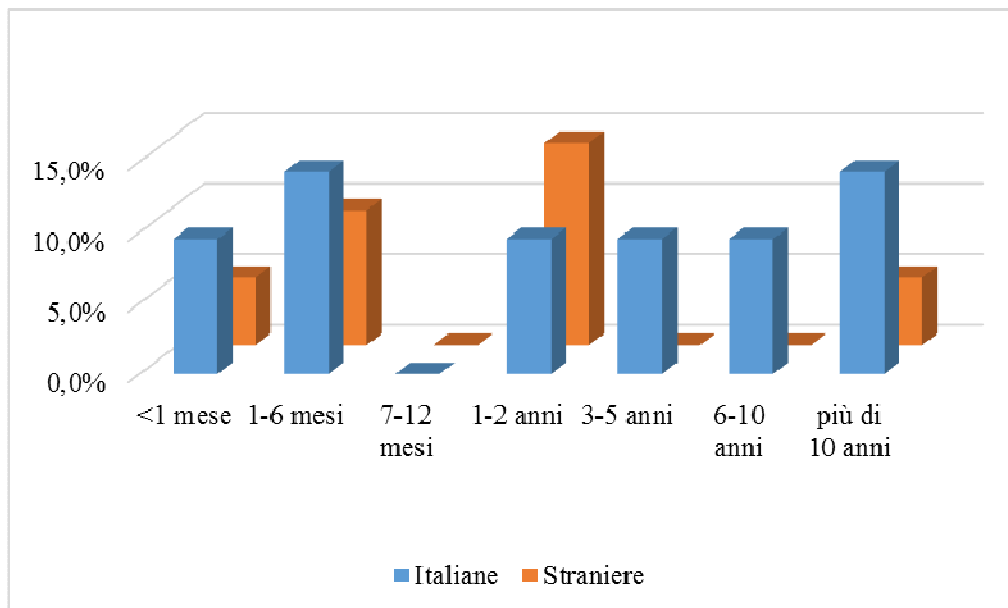


Figura 8: Tempo trascorso nelle precedenti detenzioni.

Si è proseguito chiedendo, per quanto riguarda l'attuale detenzione, da quanto tempo fossero recluse: la maggior parte delle detenute ha risposto tra tre e cinque anni (prevalenza del 20% per italiane e straniere), solo due da meno di un mese, entrambe italiane, due italiane e due straniere hanno risposto tra uno e sei mesi (prevalenza del 6,7% per entrambe le categorie), idem per la fascia 7-12 mesi. Due detenute italiane riferiscono di aver trascorso tra uno e due anni in carcere durante questa detenzione (6,7%), mentre la prevalenza per le straniere è 13,3% (4 elementi). Una donna per entrambe le nazionalità riferisce di essere detenuta da un periodo compreso tra sei e dieci anni (3,3%).

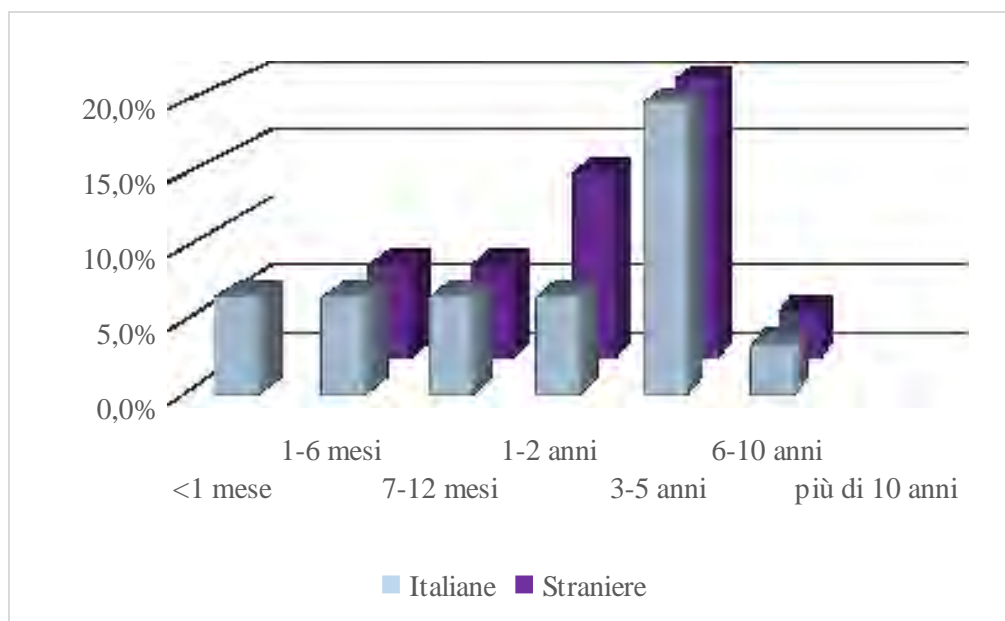


Figura 9: tempo trascorso in carcere durante l'attuale reclusione.

Dodici detenute hanno riferito di avere una pena che si concluderà in un tempo compreso tra 1 e 2 anni; prevalenza del 23,3% per le italiane e del 16,7% per le straniere. Solo una donna straniera riferisce di dover scontare una pena residua maggiore di dieci anni e solo una straniera ne riferisce una inferiore ad un mese (3,3%); per entrambe le fasce non sono presenti italiane.

Cinque donne riferiscono una pena residua tra uno e sei mesi, prevalenza del 10% per le italiane e del 6,7% per le straniere, quattro riferiscono di dover scontare ancora tra tre e cinque anni, 6,7% per entrambe le nazionalità, altre quattro devono scontare tra sei e dieci anni, prevalenza del 3,3% per le italiane e del 10% per le straniere; tre donne infine riferiscono pena residua tra sette e dodici mesi, prevalenza del 6,7% per le italiane e del 3,3% per le straniere.

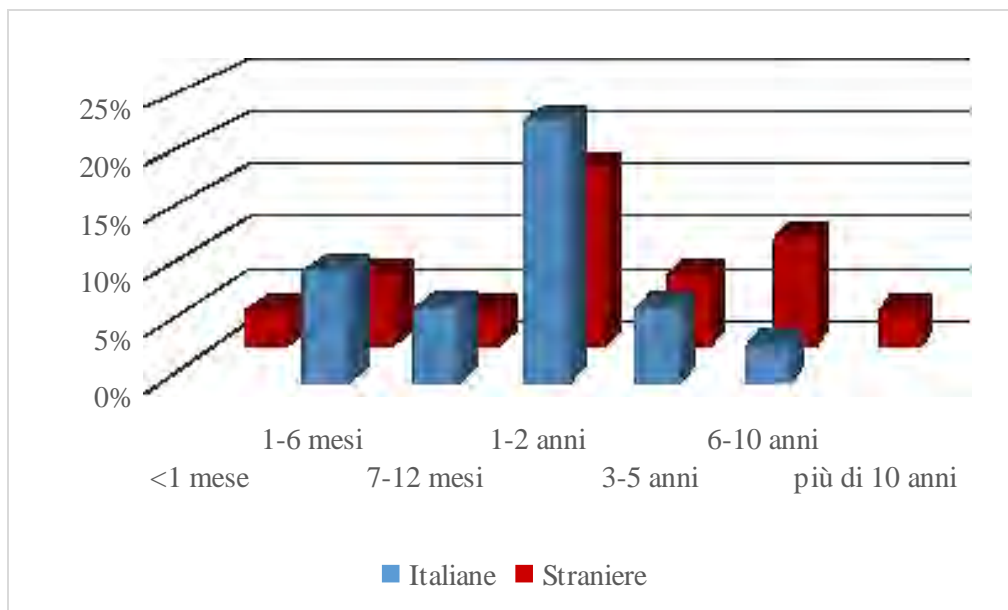


Figura 10: pena residua.

Considerando in partenza la detenzione come causa di stress, abbiamo ritenuto importante domandare alle donne quale fosse l'elemento più stressante della reclusione stessa.

Due terzi delle intervistate riferisce che tale elemento sia la lontananza dalla propria famiglia e dai figli (30% di prevalenza per le italiane e 36,7% per le straniere), solo cinque donne hanno riportato di trovare stressante il regime carcerario in sé, con orari e regole stabilite da altri, sette donne hanno invece portato alla luce la convivenza difficile con le altre detenute. Abbiamo lasciato inoltre spazio alle donne di esprimere altri elementi stressanti, da noi non ipotizzati. Esse hanno riferito di patire particolarmente la penalizzazione dei bisogni di salute e del ruolo di genitore, la mancanza di spazi e svago e la poca possibilità di uscire dalla cella detentiva, molte donne sono preoccupate della sofferenza arrecata dalla loro detenzione ai propri cari, le donne che hanno con sé i propri figli riferiscono di essere preoccupate per la loro crescita e salute; una donna riporta la mancanza di attenzione alla sfera femminile.

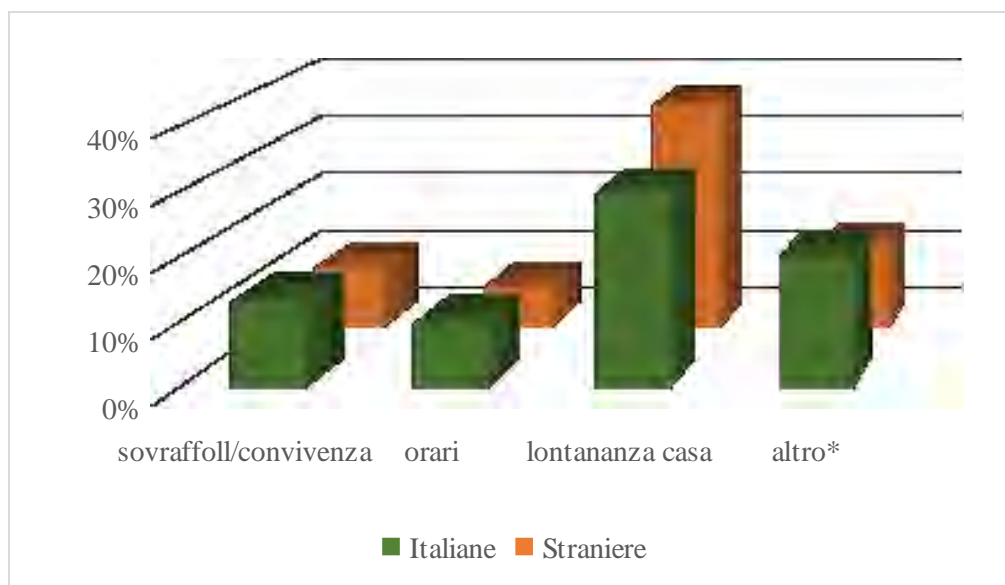


Figura 11: elementi riferiti come stressanti.

È stato chiesto successivamente alle detenute se fossero impegnate in qualche attività: quattro detenute italiane e undici straniere hanno risposto affermativamente. Il dato importante da sottolineare è che metà delle intervistate non partecipa a nessuna attività.

Delle quattro italiane la metà lavora alle dipendenze dell'amministrazione penitenziaria (lavanderia, pulizie) e l'altra metà frequenta i laboratori. Per quanto riguarda le straniere, sette donne frequentano i due laboratori presenti ("La Casa di Pinocchio" e "Arione"), sei partecipano ai corsi scolastici di primo livello e due lavorano all'interno del carcere.

Si è passato poi a porre alcune domande sulla salute generale, la prima delle quali inerente alla presenza di patologie precedenti alla detenzione. La prevalenza delle italiane che ha risposto affermativamente è del 30%, confronto al 10% delle straniere.

Tre delle donne italiane intervistate ha riferito di essere positiva per

l'epatite B.

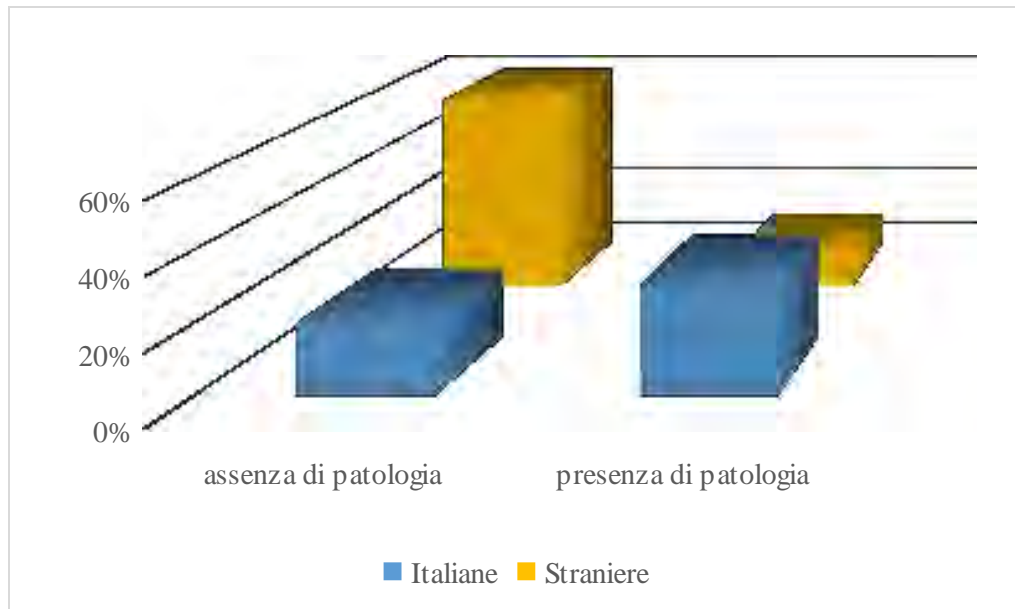


Figura 12: presenza o meno di patologie pregresse.

Un terzo delle detenute riferisce di avere attualmente una patologia, undici delle quali di nuova insorgenza. La prevalenza per le italiane è 40% e per le straniere è 26,7%.

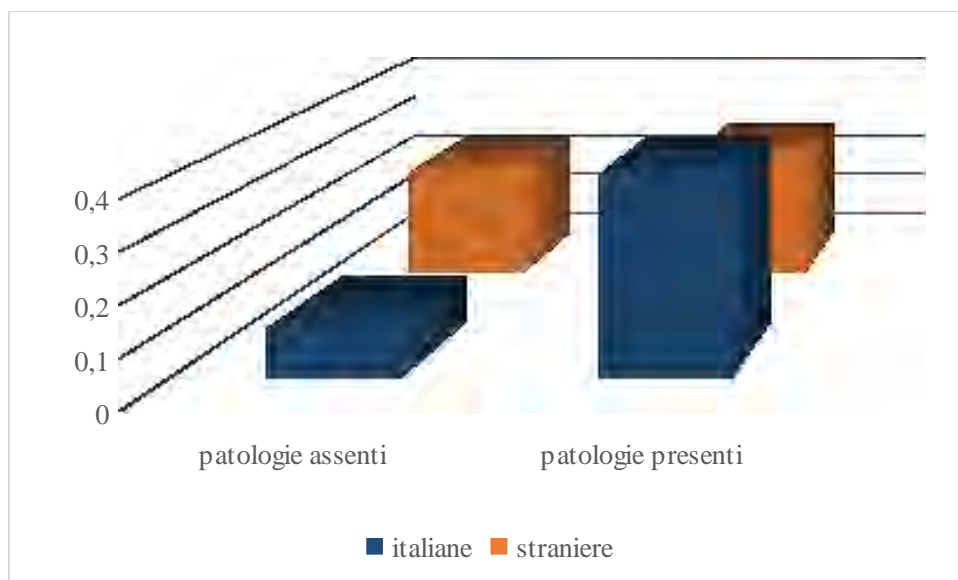


Figura 13: presenza o meno di patologie in atto.

È stato chiesto se soffrissero di alcuni disturbi: il 70% riferisce frequenti mal di schiena (prevalenza del 40% per straniere e 30% per italiane), attribuiti soprattutto all'inadeguatezza dei materassi, il 53,3% riferisce disturbi del sonno (prevalenza del 33,3% per italiane e 20% per straniere), spesso giudicati causati da pensieri riguardanti la famiglia e la pesantezza della condanna, metà delle intervistate riferisce frequenti cefalee e il 46,7% disturbi gastrointestinali.

Cinque donne riferisce problemi respiratori, una, italiana, disturbi psichiatrici e una, italiana, malattie cardiache; cinque donne riportano disturbi non elencati.

È noto che la condizione di stress protratto abbia effetti sul metabolismo e sul senso del gusto, pertanto è stato chiesto alle donne della Casa Circondariale se avessero notato delle modificazioni, in particolare riguardo al peso.

Le donne italiane riportano prevalentemente un aumento ponderale, 20% sul totale, mentre le straniere una diminuzione del peso corporeo, 30%. Quattro donne riferiscono di aver avuto alternativamente aumenti e riduzioni del proprio peso, mentre cinque non riportano alcuna modificazione.

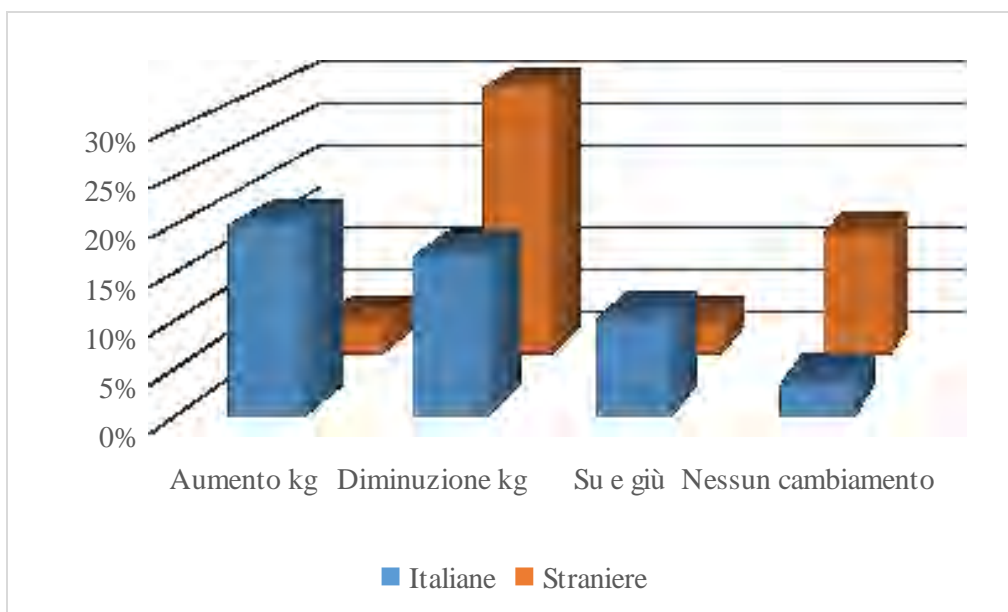


Figura 14: modificazioni ponderali.

Solo una donna su tre riporta di aver notato modificazioni nel senso del gusto, anche se la maggior parte riferisce la pessima qualità del cibo passato dall'amministrazione penitenziaria.

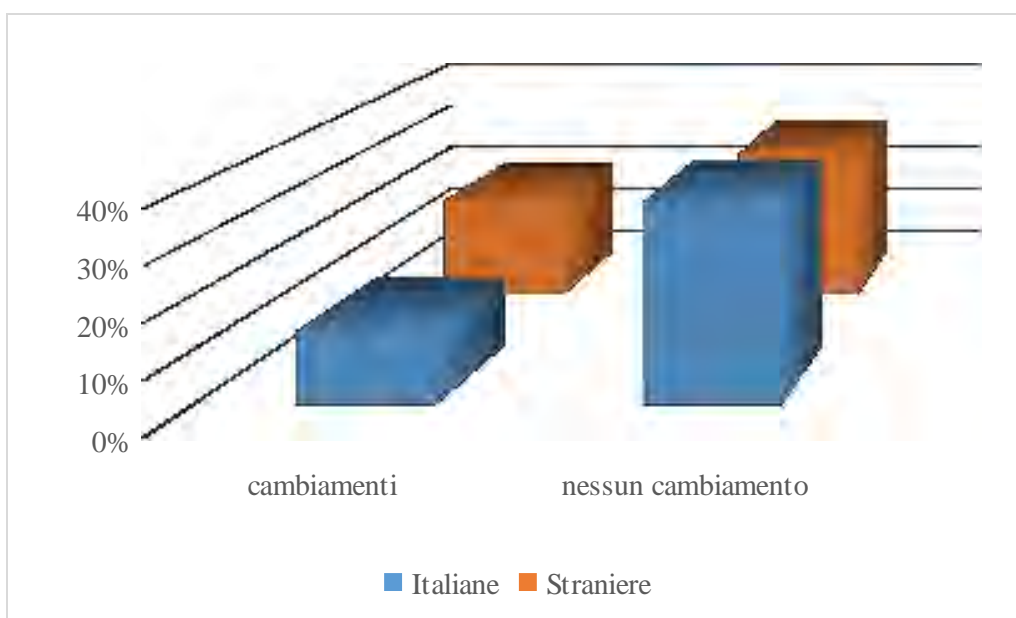


Figura 15: cambiamenti o meno nel senso del gusto.

La maggior parte delle donne, 36,7% di prevalenza sia per le italiane che

per le straniere, riporta di non praticare attività fisica e solo otto persone di praticarne; il 60% ha mantenuto lo stesso stile di vita riguardo l'attività fisica rispetto alla libertà.

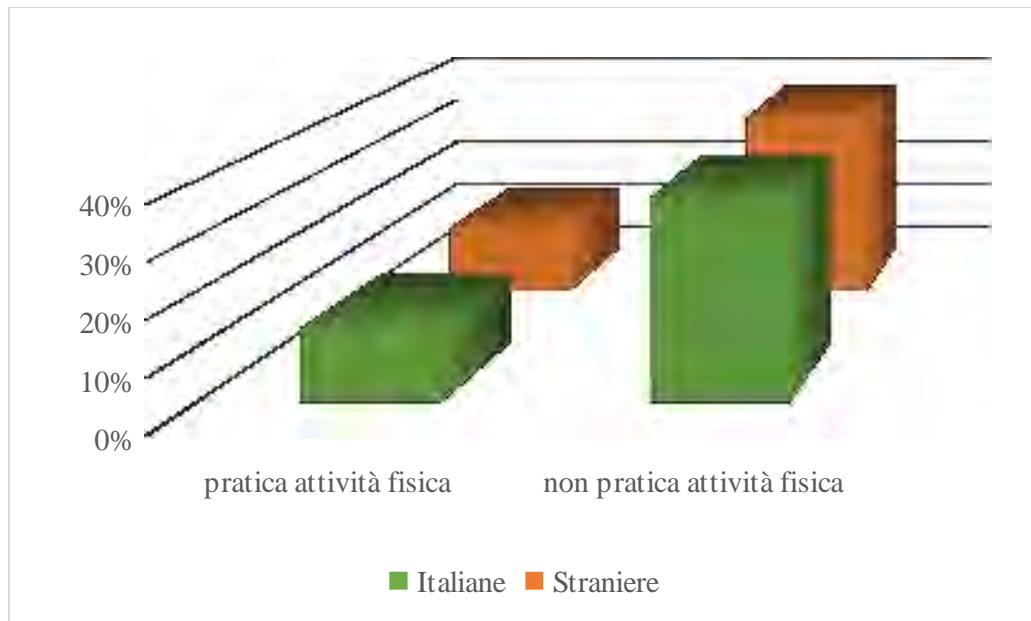


Figura 16: attività fisica delle detenute.

Solo quattro donne, di cui una italiana, riferisce di non essere tabagista; le donne che fumano sono ventisei, su un totale di trenta, con una prevalenza del 46,7% per le italiane e del 40% per le straniere.

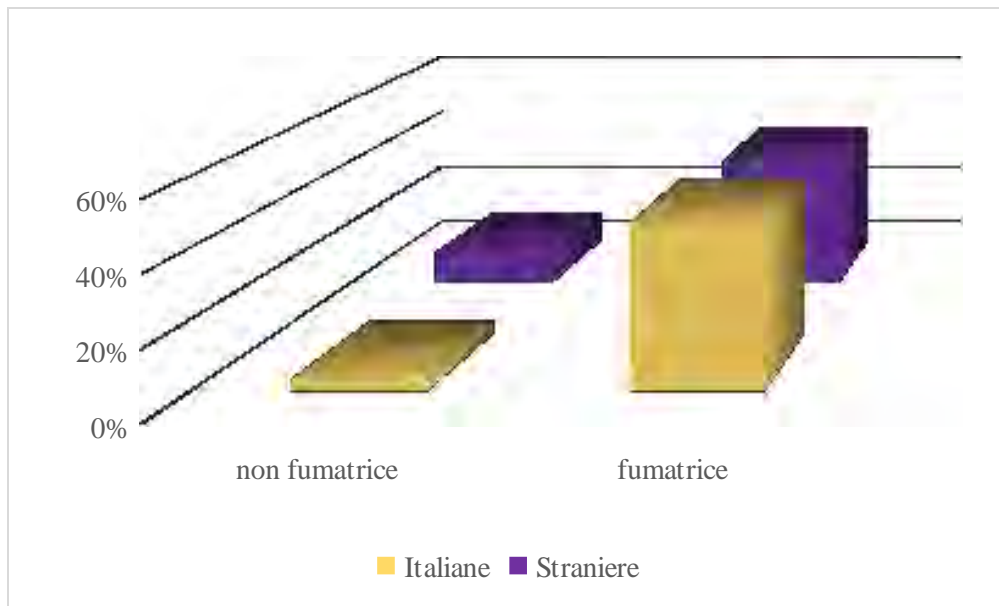


Figura 17: tabagismo tra le detenute.

Il 30% delle tabagiste, fuma tra 10 e 20 sigarette al giorno e un altro 30% tra venti e trenta sigarette/die; il 20% ne fuma meno di dieci e il 6,7% più di trenta.

Le donne raccontano di utilizzare il fumo di sigaretta come valvola di sfogo e come contenimento della rabbia.

Sono state poi chieste informazioni riguardo alle dipendenze da alcool e sostanze.

Quattro donne italiane e una straniera riportano di aver avuto in passato dipendenza da alcool, ma sono il 40% è stata seguita per la disintossicazione dal Ser.T o da altri professionisti; nessuna riporta attuale dipendenza da alcoolici.

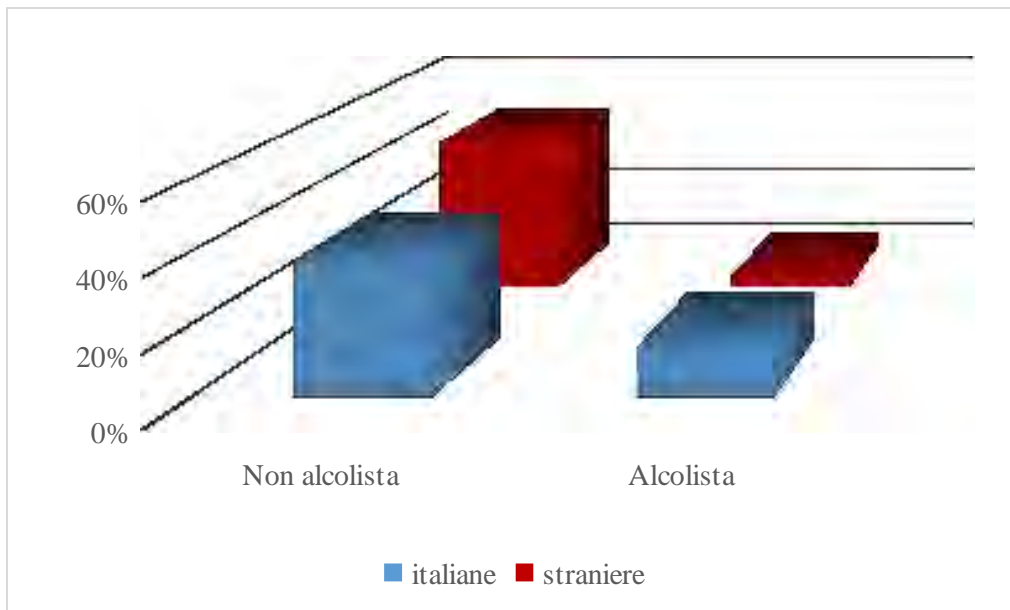


Figura 18: passato di alcolismo tra le detenute.

Il 73,3% delle italiane, ossia 11 donne su 15, ha risposto affermativamente alla domanda riguardo l'abuso di sostanze in passato, confronto ad una sola donna straniera. L'83,3% ha riferito di essere stata seguita per la disintossicazione.

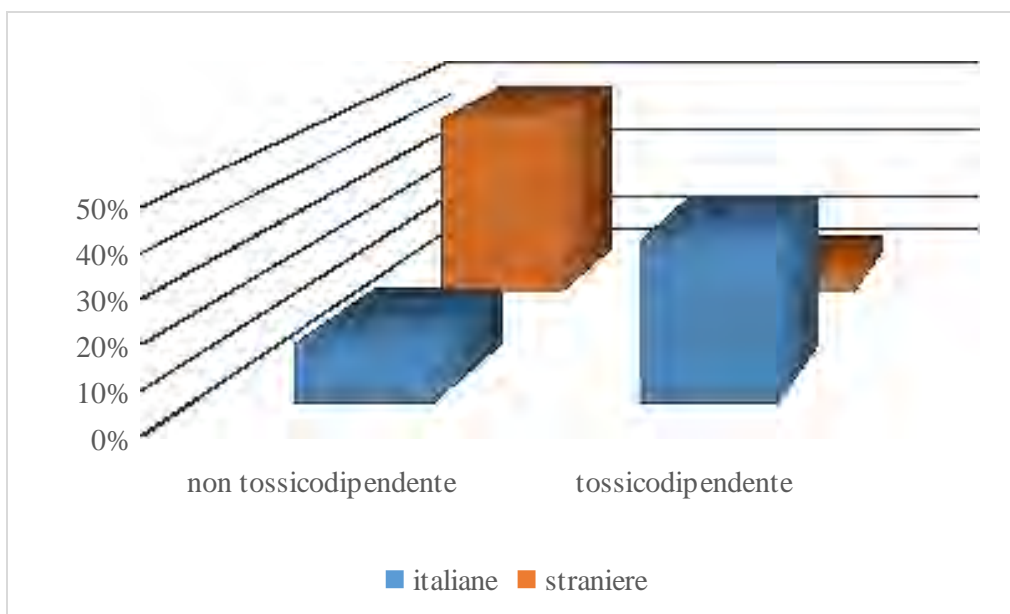


Figura 19: tossicodipendenza in passato tra le detenute.

È stato inoltre chiesto se attualmente ci fossero problemi di abuso di

sostanze, due donne, entrambe italiane, hanno risposto di essere inserite in un programma di disintossicazione da parte del Ser.T., tramite l'utilizzo di Metadone.

L'intervista prevedeva infine una sezione dedicata alla salute sessuale e riproduttiva.

La prima domanda chiedeva a che età avessero avuto il menarca: per le straniere la prevalenza maggiore si ha nella fascia precedente ai dodici anni (30% confronto al 16,7% delle italiane), mentre quella maggiore per le italiane è nella fascia tra dodici e quindici anni (26,7% confronto al 13,3% delle straniere); due italiane e due straniere hanno riportato di aver avuto il menarca dopo i quindici anni.

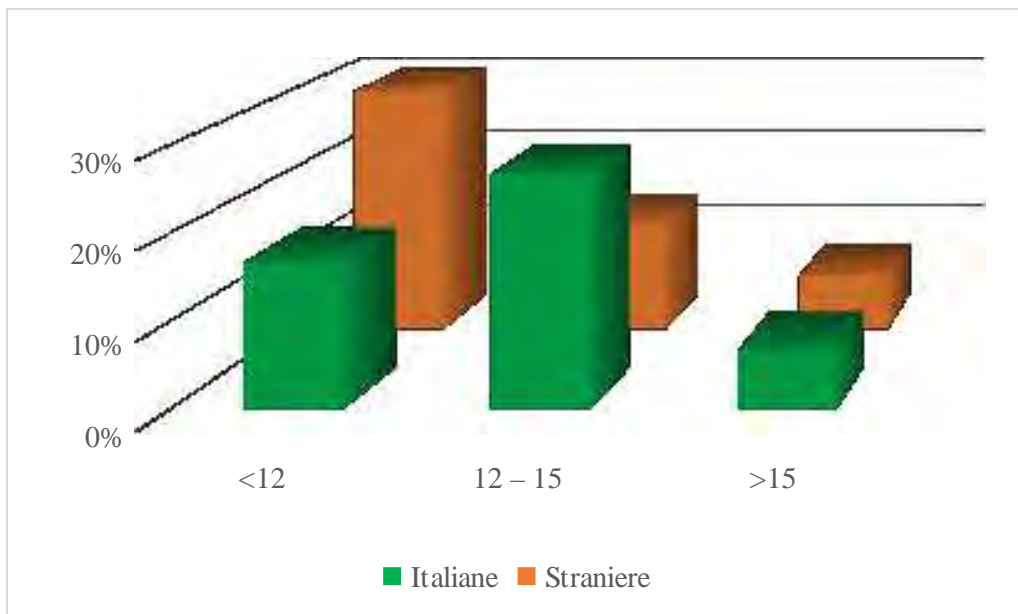


Figura 20: età al menarca.

Due donne su tre (prevalenza del 30% per le italiane e 36,7% per le straniere) riferisce un ciclo mestruale spontaneamente regolare prima della reclusione, mentre il 26,7%, quattro italiane e altrettante straniere, riferisce un ciclo irregolare prima della detenzione.

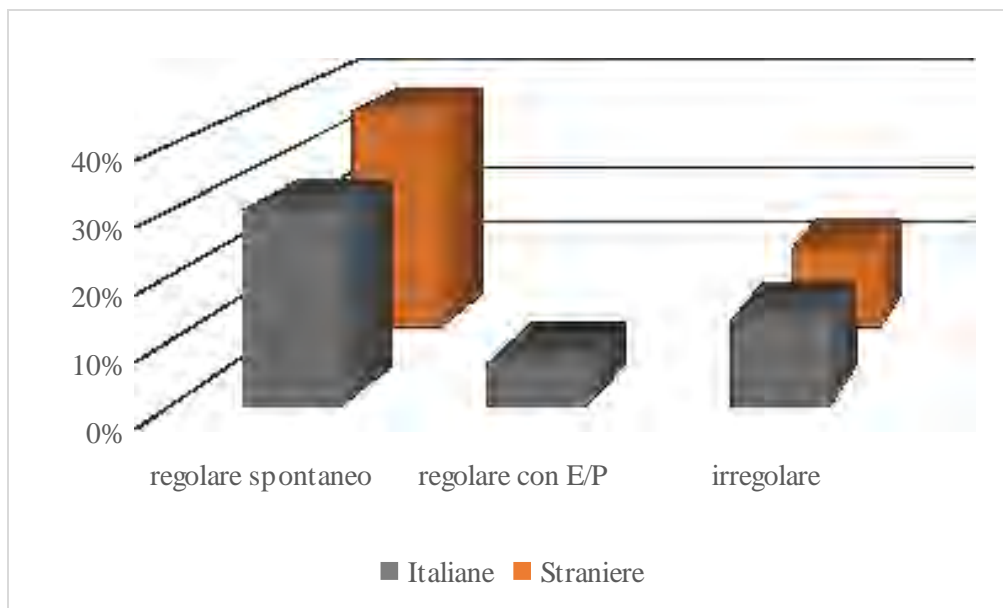


Figura 21: ciclo mestruale prima della reclusione.

Il 36,7% delle donne riferisce di aver notato cambiamenti nel proprio ciclo mestruale, tra i quali annoveriamo irregolarità mestruale, regolarizzazione con estroprogestinici, menopausa (due donne hanno vissuto questo importante cambiamento all'interno dell'istituto penitenziario).

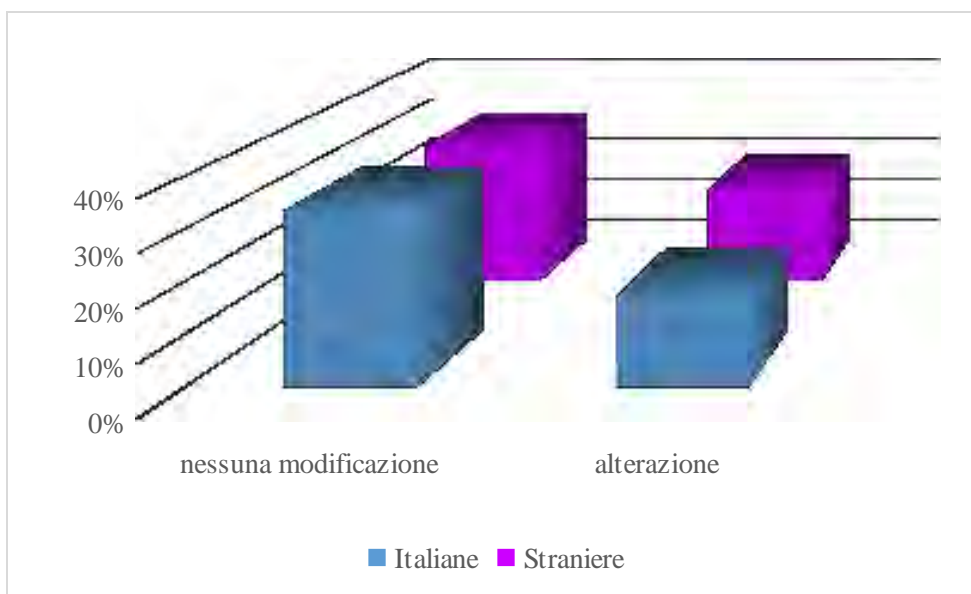


Figura 22: modificazioni del ciclo mestruale durante la detenzione.

La prevalenza di utilizzatrici di contraccettivi orali prima della reclusione, nella popolazione detenuta indagata, è del 13,3% per italiane e straniere, che si è ridotta durante la detenzione al 6,7% per le italiane, mentre nessuna detenuta straniera fa attualmente uso di questa modalità contraccettiva.

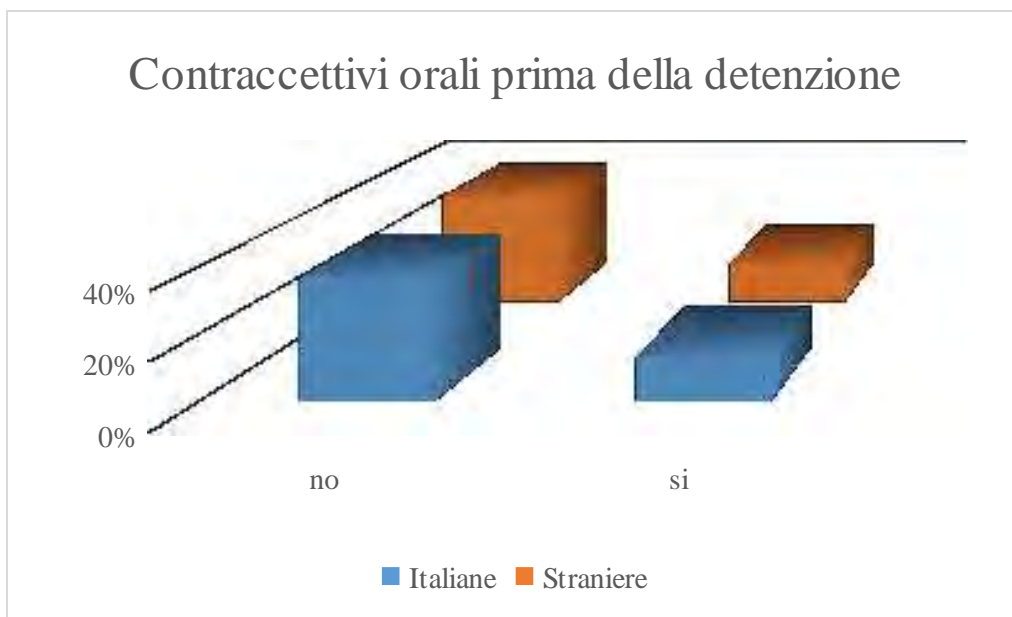


Figura 23: contraccettivi orali prima della detenzione.

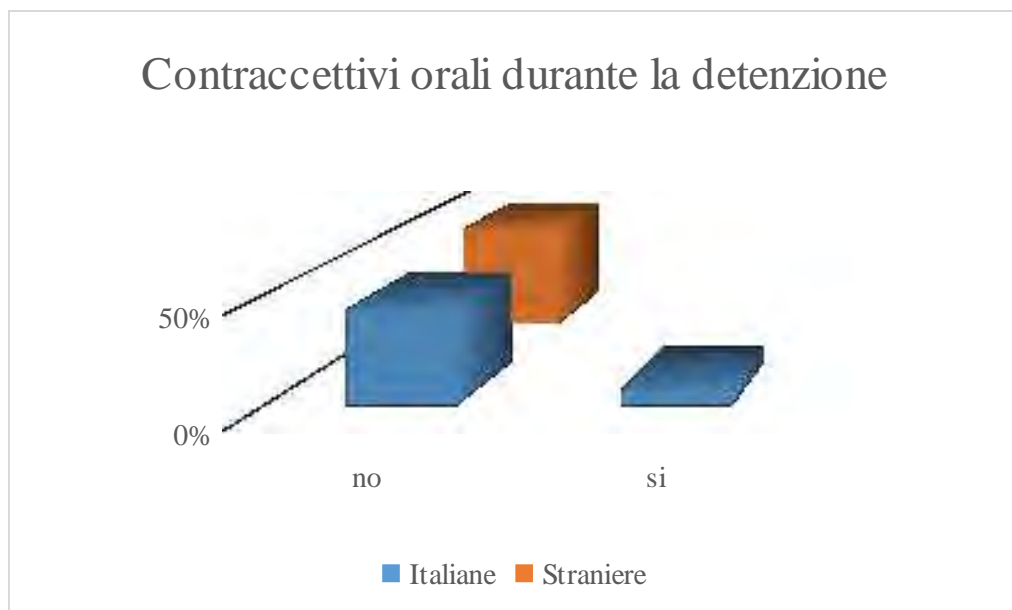


Figura 24: contraccettivi orali durante la detenzione.

Continuando ad indagare la salute riproduttiva, il questionario prevedeva una domanda riguardo il contatto con il medico specialista in ginecologia in servizio nella Casa Circondariale: cinque donne hanno asserito di non aver mai avuto contatti con tale specialista; la prevalenza invece per coloro che si sono rivolti al medico sono del 40% per le italiane e del 43,3% per le straniere.

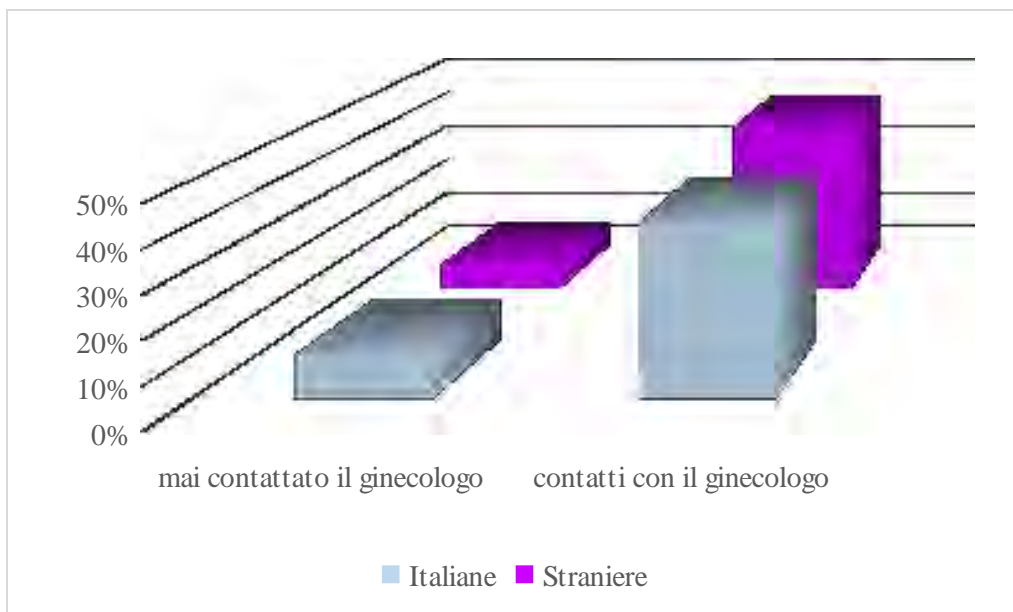


Figura 25: contatti con il ginecologo dell'istituto

Le donne di nazionalità italiana che si sono rivolte al ginecologo riportano come principali motivazioni la volontà di controllo e l'esecuzione del Pap-Test (23,3% e il riscontro di perdite sospette dai genitali esterni (10%), per quanto riguarda le straniere le motivazioni più comuni sono il controllo periodico, il riscontro di perdite sospette e brucione durante la minzione, con successiva diagnosi di cistite (13,3% di prevalenza per tutte e tre le motivazioni). Quattro donne, due per nazionalità (13,3%), si sono rivolte al medico a causa di irregolarità mestruali, tre donne invece per algie pelviche (prevalenza del 3,3% per le italiane e 6,7% per le straniere), una donna per controlli inerenti allo

stato di gravidanza e una per problematiche legate al seno.

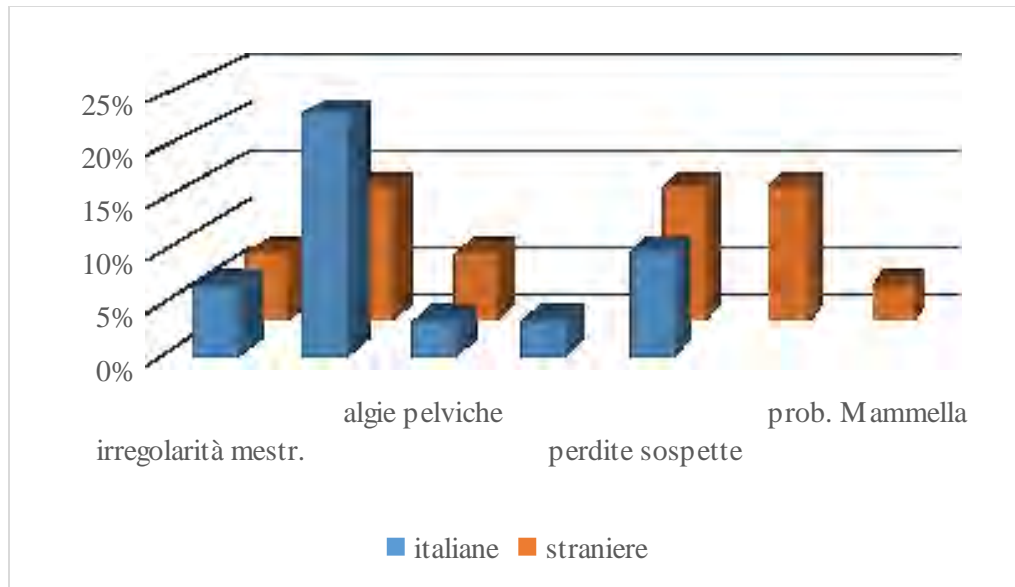


Figura 26: motivazioni del contatto con il Ginecologo.

Tre donne, sul totale di trenta intervistate, ha riportato di non aver mai avuto gravidanze, a prescindere dal loro esito (6,7% per le italiane e 3,3% per le straniere); il 90% delle intervistate quindi ha avuto una o più gravidanza.

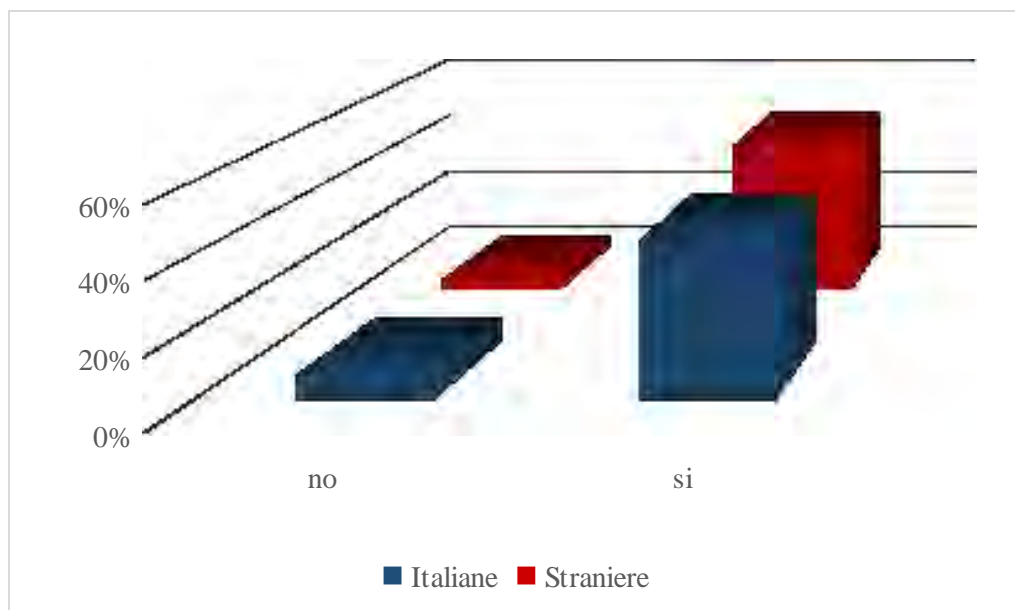


Figura 27: gravidanze tra le detenute.

Abbiamo successivamente chiesto alle detenute, che hanno riportato di aver avuto gravidanze, per un totale di undici donne italiane e quattordici straniere, quanti figli avessero: tre donne, due italiane e una straniera, hanno riportato di non aver figli a causa di aborti più o meno volontari che hanno interrotto la gravidanza; la prevalenza invece per coloro che hanno un solo figlio è del 6,7% per le italiane e del 16,7% per le straniere; il 10% per le italiane e il 13,3% per le straniere ha due o tre figli; la prevalenza di coloro che hanno tra quattro e sei figli è del 10% per entrambe le nazionalità; infine coloro che hanno più di sei figli sono una donna per nazionalità (3,3%).

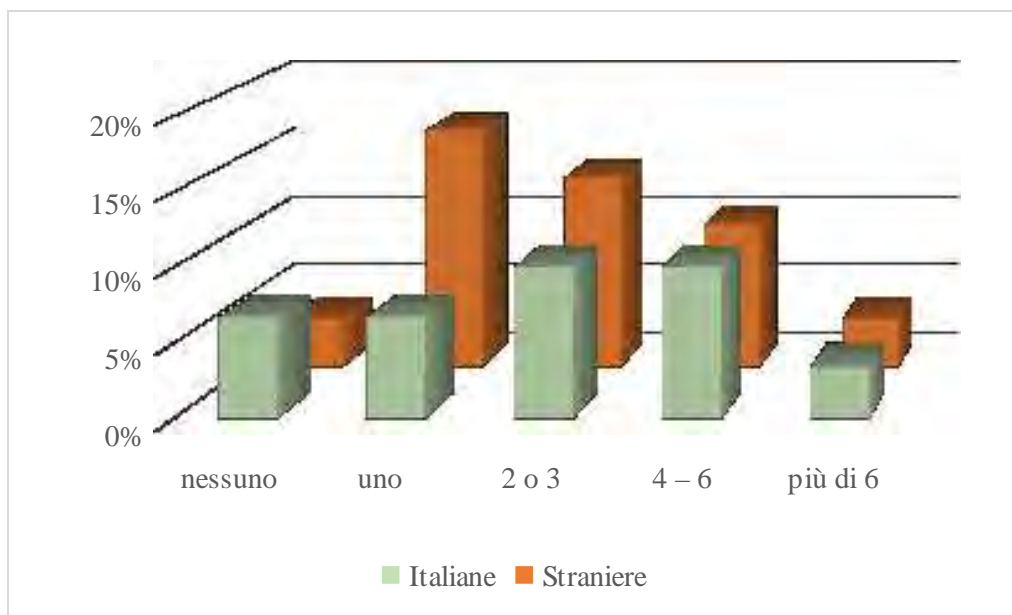


Figura 28: numero di figli per detenuta.

La maggior parte delle donne intervistate ha avuto il primo figlio in giovane età: due donne, una per nazionalità (3,3%), ha avuto il primo figlio prima dei sedici anni di età, la prevalenza per la fascia compresa tra sedici e diciannove anni è per le italiane il 16,7% e per le straniere 26,7%, quella per la fascia 20-25 anni è 10% per le italiane e 6,7% per le straniere, infine due donne italiane (6,7%) e tre donne straniere (10%) ha

partorito per la prima volta ad un'età compresa tra ventisei e trent'anni; tra queste ultime una donna è stata colpita da lutto perinatale. Nessuna donna ha avuto il suo primo figlio oltre i trent'anni di età.

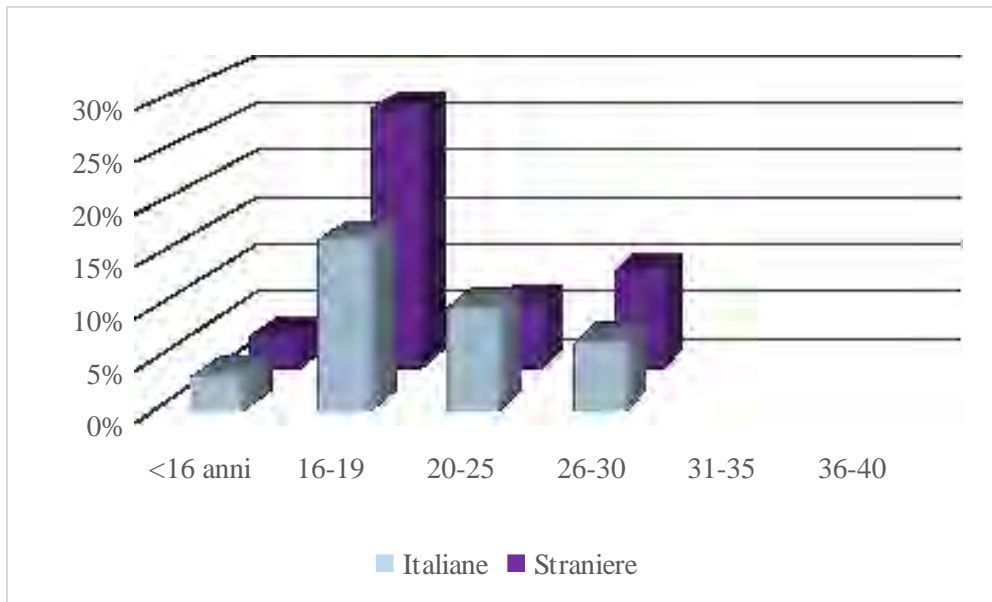


Figura 29: età delle detenute al primo figlio.

È stato infine domandato alle donne se, oltre alle gravidanze descritte precedentemente, avessero avuto altre gravidanze con esiti diversi. Il 16,7% per le italiane e il 36,7% per le straniere ha riportato almeno un aborto spontaneo nel corso della propria vita, una donna italiana ha riferito di essere stata colpita da un lutto perinatale e una straniera da lutto neonatale. Il 3,3% delle italiane ha effettuato un interruzione volontaria di gravidanza, confronto al 13,3% delle straniere, una sola donna, italiana, ha effettuato due o tre IVG e due, anch'esse italiane, ne hanno effettuate più di tre.

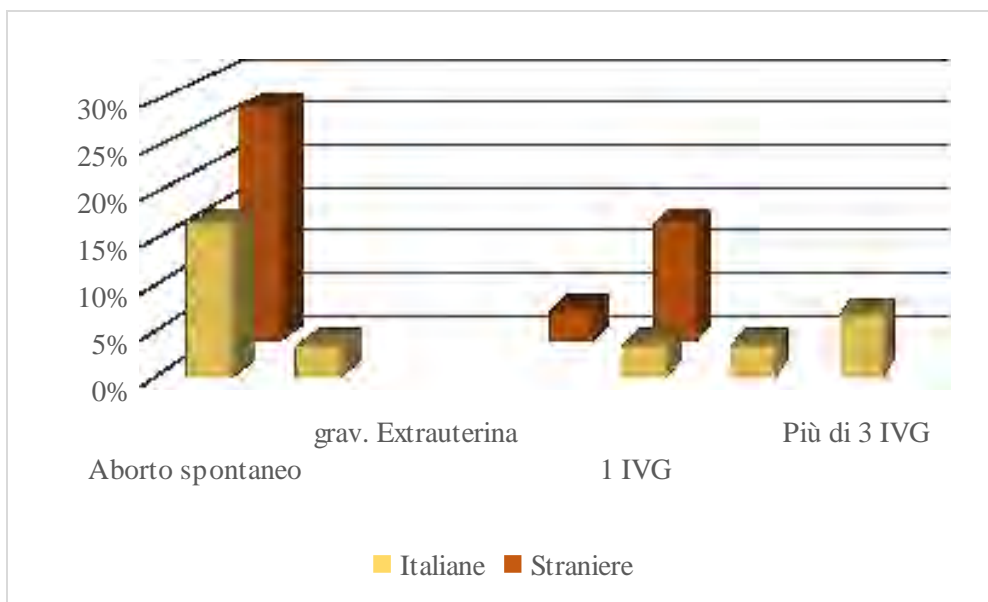


Figura 30: esiti delle gravidanze oltre quelle portate a termine.

Criticità e limiti

Il limite principale dell'elaborato è costituito dalla coorte indagata: lo svolgimento delle interviste è stato autorizzato dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria solo con donne detenute appartenenti al circuito di Media Sicurezza e con posizione giuridica definitiva, ciò comporta la preclusione dai contatti con ad esempio le detenute in regime di semilibertà, le detenute con posizione giuridica di appellanti o ricorrenti e di imputate e con le donne appartenenti al circuito di Alta Sicurezza o detenute presso le sezioni a custodia attenuata per detenuti sieropositivi o tossicodipendenti.

Anche la tipologia di carcere presente nel territorio torinese può essere considerato un limite, poiché essendo una Casa Circondariale, i detenuti, e quindi anche le donne, hanno in maggior percentuale una condanna definitiva di pochi anni; ciò nonostante è stato comunque possibile

intervistare due detenute con condanna superiore a dieci anni.

Terzo elemento limitante può essere considerato il tempo a disposizione per la raccolta dati, il quale ha impedito inoltre lo svolgimento della prima ipotesi di tesi.

Elemento che personalmente ritengo di dover sottolineare è la mancanza di un confronto con una ostetrica in ambito penitenziario, poiché tale servizio non è presente; in ottica di passaggio delle competenze al Sistema Sanitario Nazionale però anche il servizio di ostetricia dei consultori familiari dovrebbe accedere a questo ambito particolare.

A questo proposito ritengo opportuno sottolineare che alla lacuna sopra citata cerca di far fronte il medico specialista in ginecologia presente all'interno dell'istituto.

Ultimo elemento che è possibile considerare come critico è il non aver richiesto l'accesso alle cartelle cliniche, pertanto la ricerca si è basata soltanto su quanto riportato dalle detenute, che potenzialmente possono aver riferito elementi scostanti dalla realtà.

Conclusioni

Obiettivo principale di questa ricerca è l'indagine sulla salute delle donne detenute all'interno della Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" di Torino. Per il raggiungimento di tale obiettivo è stata sottoposta alle detenute volontarie un questionario semi-strutturato anonimo.

Dai dati ricavati si evince che la popolazione detenuta indagata è relativamente giovane, in quanto solo due detenute, sulle trent'uno intervistate, hanno un'età superiore ai 50 anni.

La popolazione straniera raggiunge la metà della coorte, con un tasso di scolarizzazione per la maggior parte minimo o nullo (22,6%); la controparte italiana ha invece una maggior prevalenza per il titolo di studio di licenza media inferiore (20%).

Le detenute riportano in generale buoni rapporti con la propria famiglia prima e durante la reclusione, ma il 43,3% riferisce di non ricevere mai visite, segnalando come problematica principale la lontananza dal Paese d'origine; alcune donne hanno riferito di non desiderare visite da parte dei propri figli, poiché preoccupate dall'impatto emotivo con la realtà penitenziaria.

Il 70% delle detenute ha già trascorso del tempo in carcere, prima dell'attuale detenzione: solo una donna italiana e sette straniere erano incensurate prima dell'attuale detenzione.

La prevalenza di donne italiane con almeno una patologia prima della reclusione è del 30%, confronto al 10% delle straniere; attualmente la prevalenza di patologia nelle italiane è del 40% e per le straniere del 26,7%.

Tre donne italiane riferiscono di essere HCV positive (10%), mentre nessuna riporta di essere HIV+ o HBV+, non è stata comunque effettuata una domanda specifica riguardante la sieropositività.

I disturbi principali riportati dalle donne, sia italiane che straniere, sono cefalea e mal di schiena, disturbi di tipo gastro-intestinale e del sonno, prevalenza rispettivamente del 70%, 50%, 46,7% e 53,3% (le donne avevano la possibilità di selezionare più risposte in questo quesito).

Le donne hanno riportato di aver notato dei cambiamenti nel proprio peso corporeo: le straniere in maggioranza riportano di aver diminuito il proprio peso corporeo (30%), mentre le italiane di averlo aumentato (20%); presenti comunque in entrambi i gruppi donne che riferiscono cambiamenti frequenti del peso corporeo.

L'abitudine del fumo di sigaretta è comune fra le detenute, difatti solo quattro detenute riferiscono di non essere tabagiste.

Il 16,7% delle donne riporta storie passate di alcolismo, non sempre seguite da professionisti per la disintossicazione, mentre il 40% riporta di aver fatto uso di sostanze illegali nella propria vita.

Il 36,7% ha notato modificazioni del proprio ciclo mestruale, tra queste donne due sono entrate in menopausa.

L'83,3% delle donne intervistate ha riferito di essersi rivolta almeno una volta al Medico Ginecologo in servizio nel penitenziario; le problematiche maggiormente riportate sono visite di controllo, cistiti e perdite sospette dai genitali esterni.

Il 90% delle detenute ha avuto almeno una gravidanza, il 20% delle

italiane ha tra due e sei figli e il 30% delle detenute straniere tra uno e tre figli. A questo proposito il dato più evidente è che è alta la prevalenza sia per le italiane che per le straniere di donne che hanno avuto il primo figlio ad un'età inferiore a 19 anni (20% per le italiane e 30% per le straniere).

Considerando pertanto che circa il 90% delle detenute è madre, è stata svolta una ricerca legislativa per verificare la tutela che la Legge prevede per questa categoria di detenute. È quindi emersa la presenza di misure alternative alla detenzione volte alla tutela del rapporto tra madre e figli, in particolare: il differimento della pena, la detenzione domiciliare e la detenzione domiciliare speciale.

Il primo provvedimento è applicato soprattutto nei confronti di detenute in stato di gravidanza o con precarie condizioni di salute, il cui stato è quindi incompatibile con la detenzione, e consiste nel concedere al detenuto di scontare la propria pena in un periodo diverso, in cui le condizioni saranno mutate.

La detenzione domiciliare permette alle detenute in gravidanza e alle madri di prole con età inferiore ai 10 anni di scontare la propria pena (massimo due anni) presso il proprio, o altro, domicilio; la detenzione domiciliare speciale riguarda esclusivamente le detenute madri di prole con età minore di dieci anni che abbiano scontato almeno due terzi della propria pena. I due provvedimenti sono volti al ripristinare al convivenza della donna all'interno della propria famiglia, recuperare il rapporto genitoriale con i propri figli e provvederle alla cura e all'assistenza.

Al compimento del decimo anno di età del minore tale provvedimento può essere tramutato nelle altre tipologie proposte dalla Legge:

l'affidamento in prova ai servizi sociali, la semilibertà o l'ammissione all'assistenza all'esterno di figli minori. Il primo provvedimento elencato prevede la custodia del detenuto da parte del servizio sociale che provvede all'inserimento in attività lavorative o istruttive, il secondo permette al detenuto di recarsi all'esterno per attività rieducative e lavorative, con l'obbligo di rientro serale in istituto, l'ultimo consente al genitore di occuparsi dell'assistenza del figlio all'esterno dell'istituto.

Da un punto di vista antropologico è possibile notare la presenza di alcuni gruppi, che si potrebbe definire “clienti affezionate”: le tossicodipendenti, o con passato di tossicodipendenza, le pazienti psichiatriche e le rom.

Per quanto riguarda il primo gruppo, si tratta di detenute con un alto tasso di recidiva, recluse per reati legati al possesso illegale, allo spaccio o a reati contro il patrimonio con la finalità dell'acquisto della sostanza illecita.

Sono donne adulte, segnate da continui ingressi in carcere, spesso per brevi periodi, per la maggior parte italiane, con un contesto socio-culturale alle spalle labile e povero, spesso senza un reale sostegno da parte della famiglia, che, al momento della scarcerazione, si somma alle problematiche della tossicodipendenza, all'assenza di riferimenti e spesso alla mancanza di contatto con i figli, affidati ad altri.

Il momento della scarcerazione diventa quindi ancora più problematico rispetto alle detenute comuni, le quali spesso dichiarano che una volta uscite intorno “c'è il vuoto”, poiché accanto alla mancanza di una rete sociale si presenta una stigmatizzazione da parte della società e un'incapacità di ridefinirsi sotto un'identità diversa rispetto a quella di

detenuta-tossicodipendente. Il ciclo pertanto ricomincia, annodando carcere e droga all'infinito.

All'interno dell'istituto torinese sono stati creati percorsi di reinserimento appositi per far fronte alla problematica e arginare il fenomeno della recidiva: innanzitutto la presenza del Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T.) e l'esistenza della sezione Arcobaleno, dedicata a tali detenuti, in cui il personale di Polizia Penitenziaria è stato appositamente formato per la partecipazione al progetto rieducativo. È inoltre presente un progetto di “uscita sicura” per l'accompagnamento e il reinserimento in società al momento della dimissione.

Anche per le detenute con problemi psichiatrici la questione è simile alle tossicodipendenti, con la differenza dei reati, nei quali di manifesta l'aggressività legata alla patologia. Anche in questo caso sono spesso protagoniste di storie familiari turbolente, di abbandono familiare e sociale.

Occorre far notare che, sebbene dalle interviste effettuate emerga che solo una donna abbia problematiche psichiatriche, molte sono le donne che hanno riferito di aver interrotto terapie di questo genere e la prevalenza generale italiana ed europea è assai elevata; inoltre la problematica della tossicodipendenza e quella psichiatrica vanno indubbiamente ad influenzarsi a vicenda, aumentando il circolo vizioso con la detenzione.

L'ultimo gruppo analizzato è costituito dalle detenute di etnia rom, la maggior parte nate in Italia, spesso a Torino, ma con cittadinanza straniera, dei Paesi dell'Est Europa. Sono spesso giovani, madri e legate al mondo dei reati contro il patrimonio. La storia del popolo rom è legata

ad attività artigianali, all'allevamento di cavalli, a lavorazioni di metalli, alla musica e agli spettacoli ambulanti, ma il desiderio di non omologazione con la società capitalistica, ha portato una chiusura nelle proprie radici e un'esplosione di fenomeni devianti: alcolismo e furto in prevalenza.

Nella società rom sono inoltre, da tradizione, le donne a provvedere al sostentamento della famiglia, e anche in questo caso i pregiudizi della comunità non rom giocano un ruolo importante nell'inserimento, e nel reinserimento dopo il carcere.

Ciò che differenzia queste donne dai due gruppi descritti precedentemente è la presenza della famiglia, per cui la donna continua ad avere il ruolo importante detenuto nella comunità; tale rapporto è agevolato inoltre dal fatto che le detenzioni per queste donne sono spesso di breve durata e che è frequente l'ingresso in carcere con i propri figli.

Una donna rom, durante l'intervista, ha riferito di aver passato più tempo in carcere che in libertà durante il corso della sua vita, soprattutto a causa del "vuoto" che si trova ad affrontare una fuori, soprattutto se rom, con precedenti penali, una famiglia numerosa e poche risorse personali spendibili al fine di ottenere un lavoro onesto; "e quindi vai a rubare...".

Analizzando i dati ottenuti dal punto di vista psiconeuroendocrino le aspettative probabilmente sono state disattese, in quanto le detenute non hanno rivelato una condizione di salute particolarmente grave e soprattutto non hanno evidenziato la quantità aspettata di disturbi stress-correlati.

La discussione sul tema avuta precedentemente all'inizio della ricerca

con il Medico Ginecologo della struttura e l'esperienza personale avevano indotto ad ipotizzare una gran quantità di donne con cambiamenti del ciclo mestruale. I dati dimostrano che un terzo delle donne lamenta tale disturbo, si può ipotizzare che quindi la capacità dell'organismo di adattamento alla situazione di stress abbia prevalso nella maggior parte dei casi e che probabilmente un ruolo favorevole abbia avuto un tasso così alto di recidiva.

Per quanto riguarda i disturbi evidenziati dalla maggior parte della popolazione detenuta, quali cefalee, dolori alla schiena, disturbi del sonno e della funzionalità gastro-intestinale, è possibile correlarli direttamente con la reclusione e con la particolarità della situazione.

Entrando nell'istituto è facile notare come il rumore sia costantemente presente, a partire da un inevitabile brusio di sottofondo, dato anche dal chiacchiericcio, ai rumori legati al vitto, alle lavorazioni, fino ad arrivare al rumore metallico tipico dei *blindi* che si chiudono e delle chiavi nelle toppe.

Le detenute denunciano inoltre situazioni limite legate all'inadeguatezza dei materassi e dei letti, ritenuti responsabili dei frequenti dolori dorsali e spesso anche dell'insonnia, ad un vitto non proprio gradito (giudicato la causa principale delle problematiche gastro-intestinali): *“Le mie compagne mangiano degli alimenti con corpi estranei all'interno!”*

Ciò che ha deluso le aspettative, ma che alla luce della situazione sanitaria penitenziaria nazionale avrebbe dovuto essere palese, è la bassa considerazione che le detenute hanno nei confronti dei medici, giudicati colpevoli di utilizzare medicinali generici per ogni tipo di patologia e di non rispondere celermente alle esigenze di salute delle detenute. È

opportuno puntualizzare che spesso l'aspettativa delle detenute è disattesa poiché distorta dal fatto di essere nel contesto detentivo che aumenta la percezione in senso negativo delle problematiche, trasformando un dolore minimo nella patologia più grave conosciuta.

Ad un'analisi più accurata risulta pertanto un'esigenza di relazione di cura, che si manifesta frequentemente con richiesta insistente di farmaci o al contrario sospensioni repentine di terapie prescritte, piuttosto che di oggettiva richiesta di farmaci.

Considerando invece la ricerca dal punto di vista ostetrico si può notare che tutte le donne si trovano nel periodo fertile della propria vita o nel periodo peri-menopausale, considerando che la maggior parte delle donne sarà detenuta ancora per un tempo compreso tra uno e due anni, è importante intraprendere un percorso volto alla promozione di stili di vita sani e di educazione ad una responsabile salute sessuale e riproduttiva.

Essendo inoltre il "fine pena" così prossimo, molte di queste donne possono già da ora usufruire di permessi premio o di eventuali scarcerazioni anticipate, il counseling dovrebbe quindi essere puntuale e il più possibile efficace.

In tal proposito è quanto mai controproducente l'assenza della figura dell'Ostetrica, poiché in grado, per percorso formativo, di avvicinare la donna tenendo conto dell'individualità e della complessità della situazione generale e di adeguare le informazioni da trasmettere al contesto socio-culturale, essendo la figura più qualificata per partecipare in equipe e portare a termine programmi di promozione della salute all'interno della famiglia e della comunità.

Inoltre tali percorsi di promozione della salute andrebbero ad occupare spazi e tempi che le detenute dedicano all'ozio, soprattutto impegnando il 50% delle detenute non occupate in alcun laboratorio o attività lavorativa; a ciò si aggiunge il periodico turnover delle detenute lavoratrici che pertanto ciclicamente saranno in grado di partecipare ai percorsi proposti.

All'interno del carcere torinese è inoltre frequente il passaggio di detenute in gravidanza per limitati periodi di tempo, avendo a disposizione una sezione apposita e potendo usufruire di misure alternative. A questo proposito molto si potrebbe fare per promuovere uno stile di vita sano in gravidanza, la cura delle infezioni della sfera genito-urinaria e la loro prevenzione e per mettere in contatto la donna con i servizi territoriali, al fine di seguire la gravidanza e il suo regolare svolgimento.

Importante risulta essere l'ostetrica anche nella medicina preventiva in ambito ostetrico-ginecologico, sfera di cui si occupa in questo momento il Medico Ginecologico, ma di competenza ostetrica.

Inoltre con il passaggio della medicina penitenziaria tra le competenze del Sistema Sanitario Nazionale e delle singole Regioni e ASL, anche l'ostetricia penitenziaria avrebbe dovuto giovare, inserendo la figura dell'ostetrica all'interno dell'equipe sanitaria, ma, dopo sei anni dalla riforma, tale figura ancora non entra in carcere.

L'elemento che ritengo personalmente opportuno segnalare, in conclusione dell'elaborato, è l'esperienza trascorsa in carcere, tra le donne detenute, altamente formativa dal punto di vista professionale e personale. È proprio vero che *“Quando entri in carcere, è il carcere ad*

entrarti dentro”.

Bibliografia

- *A collaborative effort to enhance HIV/STI screening in five county jails.* **Arriola KR, Braithwaite RL, Kennedy S, Hammett T, Tinsley M, Wood P, Arboleda C.** s.l. : Public Health Rep. 2001 Nov-Dec;116(6):520-9.
- *A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany.* **Stark K, Herrmann U, Ehrhardt S, Bienzle U.** s.l. : Epidemiol Infect. 2006 Aug;134(4):814-9.
- *Active and latent tuberculosis in prisoners in the Central-West Region of Brazil.* **Estevan AO, Oliveira SM, Croda J.** 2013. s.l. : Rev Soc Bras Med Trop., 2013.
- *Al di là dal muro, donna in carcere: dal desiderio alla pratica, diritti, opportunità, alternative alla detenzione.* **Ferrari V., Toscani M.N.** 27 novembre 2004. Bologna : s.n., 27 novembre 2004.
- *Assessment of custodial suicide risk--jail and prison suicides in Austria 1975-1996.* **Frühwald S, Frottier P, Eher R, Aigner M, Gutierrez K, Ritter K.** s.l. : Psychiatr Prax. 2000 May;27(4):195-200.
- *At a Crossroads: Reentry Challenges and Health Needs Among Homeless Female ex-Offenders.* **Salem BE, Nyamathi A, Idemundia F, Slaughter R, Ames M.** s.l. : J Forensic Nurs. 2013 Jan-Mar;9(1):14-22.

- *Blood born viral infections, sexually transmitted diseases and latent tuberculosis in italian prisons: a preliminary report of a large multicenter study.* **Sagnelli E1, Starnini G, Sagnelli C, Monarca R, Zumbo G, Pontali E, Gabbuti A, Carbonara S, Iardino R, Armignacco O, Babudieri S e Group., Simspe.** s.l. : Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2012 Dec;16(15):2142-6.
- *Bollettino Penitenziario.* **Penitenziaria, Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione. 2013.** 2013.
- *Boollettino Penitenziario.* **Ministero della Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. 2013.** 2013.
- **Bottacioli F. 2005.** *Psiconeuro - Endocrino - Immunologia.* s.l. : Edizioni Red, 2005.
- *Burden of infectious diseases, substance use disorders, and mental illness among Ukrainian prisoners transitioning to the community.* **Azbel L, Wickersham JA, Grishaev Y, Dvoryak S, Altice FL.** s.l. : PLoS One. 2013;8(3):e59643.
- *Carceri, i numeri dell'emergenza.* **La Stampa - cronaca. 06/02/2013.** Torino : s.n., 06/02/2013.
- *Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999.* **Wobeser WL1, Datema J, Bechard B, Ford P.** s.l. : CMAJ. 2002 Nov 12;167(10):1109-13.
- **Ceraudo F.** *Medicina penitenziaria, La riforma della Medicina Penitenziaria. Risultati finora fallimentari. Ristretti Orizzonti.* [Online]

- *Characteristics of suicide attempts in a large urban jail system with an established suicide prevention program.* **Goss JR, Peterson K, Smith LW, Kalb K, Brodey BB.** s.l. : Psychiatr Serv. 2002 May;53(5):574-9.
- *Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy.* **Piselli M1, Elisei S, Murgia N, Quartesan R, Abram KM.** s.l. : Int J Law Psychiatry. 2009 Mar-Apr;32(2):101-7.
- *Correlates of HIV, HBV, HCV and syphilis infections among prison inmates and officers in Ghana: A national multicenter study.* **Adjei AA, Armah HB, Gbagbo F, Ampofo WK, Boamah I, Adu-Gyamfi C, Asare I, Hesse IF, Mensah G.** s.l. : BMC Infect Dis. 2008 Mar 7;8:33.
- *Correlates of Mycobacterium tuberculosis infection in a prison population.* **Carbonara S1, Babudieri S, Longo B, Starnini G, Monarca R, Brunetti B, Andreoni M, Pastore G, De Marco V, Rezza G e Penitenziari).**, GLIP (Gruppo di Lavoro Infettivologi). s.l. : Eur Respir J. 2005 Jun;25(6):1070-6.
- *Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: results from a multicentre study in Italy.* **Babudieri S, Longo B, Sarmati L, Starnini G, Dori L, Suligo B, Carbonara S, Monarca R, Quercia G, Florenzano G, Novati S, Sardu A, Iovinella V, Casti A, Romano A, Uccella I, Maida I, Brunetti B, Mura MS, Andreoni M, Rezza G.** s.l. : J Med Virol. 2005 Jul;76(3):311-7.

- Costituzione della Repubblica Italiana.
- *Crime and Criminal Justice, 2006-2009.* **Tavares C., Thomas G., Bulut F.** s.l. : Eurostat, statistics in focus. 6/2012.
- **De Amicis E. 1886.** *Cuore.* Milano : Treves, 1886.
- Decreto Attuativo 8 Marzo 2013 in materia di Istituti a custodia attenuata per detenute madri con prole inferiore a tre anni.
- Decreto Attuativo 8 Marzo 2013 in materia di Istituti a custodia attenuata per detenute madri con prole inferiore a tre anni.
- *Donne in carcere. Ricerca sulla detenzione femminile in Italia.* **Campelli E., Faccioli F., Giordano V., Pitch T. 1992.** Milano : Feltrinelli, 1992.
- *Drug dependence and HIV infection: epidemiologic study in a jail population.* **Quarto M, Germinario C, Troiano T, Fontana A, Barbuti S.** s.l. : Riv Eur Sci Med Farmacol. 1990 Apr;12(2):119-25.
- **Enciclopedia Treccani.** Voce: psiconeuroendocrinoimmunologia. [Online] [Riportato: 10 dicembre 2013.]
- *Epidemiology of mental illness in a correctional system.* **J., Brink.** s.l. : Curr Opin Psychiatry. 2005 Sep;18(5):536-41.
- *Evaluation of the prevalence of HIV infection in prison inmates at the time of their imprisonment during the period 1991-1995.* **Martín Sánchez V, Caylá Buqueras JA, González Morís ML, Herrero Alonso LE, Vicente Pérez R.** s.l. : Rev Esp Salud

Publica. 1997 May-Jun;71(3):269-80.

- **Falcetta R.** Corso di Medicina del Lavoro e delle Organizzazioni - appunti delle lezioni. Università degli Studi di Torino, Corso di Laurea in Ostetricia. AA 2012/2013 : s.n.
- **Foglia C.** Le sindromi penitenziarie. s.l. : Istituto per lo Studio delle Psicoterapie S.r.l. Corso di formazione in Psicologia Giuridica.
- **G., Neppi Modogna. 1973.** *Carcere e società civile, in Storia d'Italia, Vol. V/2.* Torino : Einaudi, 1973.
- **Galli P. 1985.** Assistenza e internamento, il caso di Torino: Giulia di Barolo e le donne carcerate. [aut. libro] Levra U. *La scienza e la colpa. Crimini, criminali. criminologi: un volto dell'Ottocento.* Milano : Electa, 1985.
- *Health Care Practices and Associated Service Needs in a Sample of HIV-Positive Incarcerated Men in Puerto Rico: Implications for Retention in Care.* **Rodríguez-Díaz CE, Rivera-Negrón RM, Clatts MC, Myers JJ.** s.l. : J Int Assoc Provid AIDS Care. 2014 Jan 30.
- *Health situation of prisoners at a prison compliance centre, Chile.* **N, Osses-Paredes CRiquelme-Pereira.** s.l. : Rev Esp Sanid Penit. 2013 Feb;15(3):98-104.
- *Hepatitis B and C in New South Wales prisons: prevalence and risk factors.* **Butler TG, Dolan KA, Ferson MJ, McGuinness LM, Brown PR, Robertson PW.** s.l. : Med J Aust. 1997 Feb

3;166(3):127-30.

- *Heroin use impairs smoking cessation among Australian prisoners.* **Indig D, Wodak AD, Richmond RL, Butler TG, Archer VA, Wilhelm KA.** s.l. : BMC Public Health. 2013 Dec 19;13:1200.
- *High tuberculosis prevalence in a South african prison: the need for routine tuberculosis screening.* **Telisinghe L, Fielding KL, Malden JL, Hanifa Y, Churchyard GJ, Grant AD, Charalambous S.** 2014. 2014.
- *HIVAb, HCVAb and HBsAg seroprevalence among inmates of the prison of Bologna and the effect of counselling on the compliance of proposed tests.* **Sabbatani S, Giuliani R, Fulgaro C, Paolillo P, Baldi E, Chiodo F.** s.l. : Epidemiol Prev. 2004 May-Jun;28(3):163-8.
- *Human immunodeficiency virus, hepatitis B virus and hepatitis C virus: sero-prevalence, co-infection and risk factors among prison inmates in Nasarawa State, Nigeria.* **Adoga MP, Banwat EB, Forbi JC, Nimzing L, Pam CR, Gyar SD, Agabi YA, Agwale SM.** s.l. : J Infect Dev Ctries. 2009 Aug 30;3(7):539-47.
- *Il passaggio dell'assistenza sanitaria in carcere al sistema sanitario nazionale.* **A., Salvati.** s.l. : Amministrazione in cammino.
- *Imprisonment, alcohol dependence and risk of delusional disorder: a cross-sectional study.* **Sarlon E, Duburcq A, Neveu**

- X, Morvan-Duru E, Tremblay R, Rouillon F, Falissard B.** s.l. : Rev Epidemiol Sante Publique. 2012 Jun;60(3):197-203.
- *Incarceration and the new asilum: consequences for the mental health of women prisoners.* **Hatton D.C., Fisher A.A.** s.l. : Issues in Mental Health Nursing, 29: 1304-1307, 2008.
 - *Incarceration during pregnancy: implications for women, newborns and health care providers.* **MA., Sutherland.** s.l. : Nurs Womens Health. 2013 Jun-Jul;17(3):225-30.
 - *Incidence and spread of Mycobacterium tuberculosis-associated infection among Aba Federal prison inmates in Nigeria.* **Chigbu LN, Iroegbu CU.** s.l. : J Health Popul Nutr. 2010 Aug;28(4):327-32.
 - *Inpatient treatment in the psychiatric department of a German prison hospital.* **Opitz-Welke A, Konrad N.** s.l. : Int J Law Psychiatry. 2012 May-Jun;35(3):240-3.
 - *Intesa fra Stato e Regioni su un documento dal titolo «Infezione da HIV e detenzione».* **Uffiale, Gazzetta. 2012.** 2012.
 - **Istat, Report. 2011.** I detenuti nelle carceri italiane. 2011.
 - *La detenzione femminile.* **A., Salvati. 2011.** s.l. : Amministrazione in cammino., 2011.
 - *La salute "dentro le mura".* **Bioetica, Comitato Nazionale per la. 2013.** s.l. : Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2013.
 - *La salute (p)reclusa - un'inchiesta di Progrè.* **Progrè.eu. 2012.**

2012.

- *La salute dei detenuti in Toscana. Epidemiologia.*, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana - Settore Sociale Osservatorio di. **2013.** 2013.
- *La salute non conosce confini. R., Iardino. 2012.* 2012.
- *Lavorare in carcere, quando la pena fa bene al detenuto. La Stampa -cronaca. 09/06/2013.* Torino : s.n., 09/06/2013.
- Legge 26 luglio 1975, n. 354: Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà. s.l. : GU n.212 del 9-8-1975 - Suppl. Ordinario.
- **Libianchi, Dr. Sandro. 4/2008.** *Carcere e Tossicodipendenza: caratteristiche e complessità.* 4/2008.
- *Literature Review on TB Control in Prisons. World Health Organization. 2008.* 2008.
- **M., Iannetti.** Il carcere femminile. s.l.: Tesi di Laurea in Antropologia. AA 2007/2008.
- *Medicina penitenziaria: tra tagli e riforme incompiute... Il detenuto resta solo.* <http://www.saluteincarcere.it/>. **2012.** 2012.
- *Mental health and prison. Department of Mental Health & Substance Abuse, WHO Geneva. 2007.* 2007.
- *Mental disorders and request for psychiatric intervention in an Italian local jail. Zoccali R1, Muscatello MR, Bruno*

- A, Cambria R, Cavallaro L, D'Amico G, Isgrò S, Romeo V, Meduri M.** s.l. : Int J Law Psychiatry. 2008 Oct-Nov;31(5):447-50.
- *Molecular epidemiology of HIV, HBV, HCV, and HTLV-1/2 in drug abuser inmates in central Javan prison, Indonesia.* **Prasetyo AA, Dirgahayu P, Sari Y, Hudiyo H, Kageyama S.** s.l. : J Infect Dev Ctries. 2013 Jun 15;7(6):453-67.
 - **Pancheri P. 1983.** *Stress, emozioni, malattia.* s.l. : Mondadori, 1983.
 - *Personality disorders self-inflicted woundings in detention.* **Anselmi N1, Mirigliani A.** s.l. : Riv Psichiatr. 2010 Jan-Feb;45(1):58-60.
 - *Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales.* **Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A.** s.l. : BMJ. 1996 Dec 14;313(7071):1524-7.
 - *Predictive markers of HIV and HCV infection and co-infection among inmates in a Spanish prison.* **Sáiz de la Hoya P, Bedia M, Murcia J, Cebriá J, Sánchez-Payá J, Portilla J.** s.l. : Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005 Feb;23(2):53-7.
 - *Prevalence and epidemiological correlates and treatment outcome of HCV infection in an Italian prison setting.* **Brandolini M, Novati S, De Silvestri A, Tinelli C, Patruno SF, Ranieri R, Seminari E1.** s.l. : BMC Public Health. 2013 Oct 20;13:981.
 - *Prevalence of active and latent TB among inmates in a prison*

hospital in Bahia, Brazil. **Lemos AC, Matos ED, Bittencourt CN. 2009.** 35(1), s.l. : J Bras Pneumol., 2009.

- *Prevalence of and risk factors associated with Mycobacterium tuberculosis infection in prisoners, North West Frontier Province, Pakistan.* **Hussain H, Akhtar S, Nanan D. 2003.** s.l. : Int J Epidemiol., 2003.
- *Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: a national cross sectional survey.* **Long J, Allwright S, Barry J, Reynolds SR, Thornton L, Bradley F, Parry JV.** s.l. : BMJ. 2001 Nov 24;323(7323):1209-13.
- *Prevalence of Hepatitis B virus and/or Hepatitis C virus co-infections in prisoners infected with the Human Immunodeficiency Virus.* **Pontali E, Ferrari F.** s.l. : Int J Prison Health. 2008 Jun;4(2):77-82.
- *Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario remand facilities.* **Calzavara L, Ramuscak N., Burchell A.N., Swantee C., Myers T., Ford P., Fearon M., Raymond S.** s.l. : CMAJ. 2007 Jul 31;177(3):257-61.
- *Prevalence of human immunodeficiency virus type 1 and Mycobacterium tuberculosis infections in a prison population in the years 1989 to 1995.* **Pérez-Agudo F, Alonso Moreno FJ, Urbina Torija J.** s.l. : Med Clin (Barc). 1998 Feb 14;110(5):167-70.

- *Prevalence of latent tuberculosis infection in inmates recently incarcerated in a men's prison in Barcelona.* **Marco A, Solé N, Orcau A, Escribano M, del Baño L, Quintero S, Caylà JA.** s.l. : Int J Tuberc Lung Dis. 2012 Jan;16(1):60-4.
- *Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study.* **Birmingham L, Mason D, Grubin D.** s.l. : BMJ. 1996 Dec 14;313(7071):1521-4.
- *Prevalence of positive tuberculosis skin tests during 5 years of screening in a Swiss remand prison.* **Ritter C, Elger BS.** s.l. : Int J Tuberc Lung Dis. 2012 Jan;16(1):65-9.
- *Prevalence of psychiatric morbidity among convicted inmates in a Nigerian prison community.* **Agbahowe SA, Ohaeri JU, Ogunlesi AO, Osahon R.** s.l. : East Afr Med J. 1998 Jan;75(1):19-26.
- *Prevalence of smear positive pulmonary tuberculosis among prisoners in North Gondar Zone Prison, northwest Ethiopia.* **Moges B, Amare B, Asfaw F, Tesfaye W, Tiruneh M, Belyhun Y, Mulu A, Kassu A.** 2012. s.l. : BMC Infect Dis., 2012.
- *Prevalence of the use of old and new drugs among new entrants in Italian prisons.* **Rezza G1, Scalia Tomba G, Martucci P, Massella M, Noto R, De Risio A, Brunetti B, Ardita S, Starnini G.** s.l. : Ann Ist Super Sanita. 2005;41(2):239-45.
- *Prevalence of mental disorder and related treatments in a local jail: a 20-month consecutive case study.* **Carrà G1, Giacobone**

- C, Pozzi F, Alecci P, Barale F.** s.l. : *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2004 Jan-Mar;13(1):47-54.
- *Prevalence of mental disorders among detained asylum seekers in deportation arrest in Switzerland and validation of the Brief Jail Mental Health Screen BJMHS.* **Graf M, Wermuth P, Häfeli D, Weisert A, Reagu S, Pflüger M, Taylor P, Dittmann V, Jones R.** s.l. : *Int J Law Psychiatry.* 2013 May-Aug;36(3-4):201-6. .
 - *Prevalence oh HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons.* **Poulin C., Alary M., Lambert G., Godin G., Landry S., Gagnon H., Demers E., Morarescu E., Rochefort J., Claessens C.** 2007. 2007.
 - *Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups.* **M., Nordentoft.** s.l. : *Dan Med Bull.* 2007 Nov;54(4):306-69.
 - *Principio di equivalenza delle cure.* **Organizzazione Mondiale della Sanità.**
 - *Prison suicides in Germany from 2000 to 2011.* **Opitz-Welke A, Bennefeld-Kersten K, Konrad N, Welke J.** s.l. : *Int J Law Psychiatry.* 2013 Sep-Dec;36(5-6):386-9.
 - *Prisoners' perception of tobacco use and cessation in chhatisgarh, India - the truth from behind the bars.* **Tiwari RV, Megalamanegowdru J, Parakh A, Gupta A, Gowdruviswanathan S, Nagarajshetty PM.** s.l. : *Asian Pac J*

Cancer Prev. 2014;15(1):413-7.

- *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses. Addiction., European Monitoring Centre for Drugs and Drug. 2012.* 2012.
- *Psychiatric morbidity in prisoners. Goyal SK, Singh P, Gargi PD, Goyal S, Garg A.* s.l. : Indian J Psychiatry. 2011 Jul;53(3):253-7.
- —. **Kumar V1, Daria U2.** s.l. : Indian J Psychiatry. 2013 Oct;55(4):366-70.
- **R., Festa. 1984.** *Elementi di diritto penitenziario, l'ordinamento penitenziario e l'organizzazione degli istituti di prevenzione e pena.* Napoli : Simone, 1984.
- *Risk of suicide in male prison inmates. Saavedra J, López M.* s.l. : Rev Psiquiatr Salud Ment. 2013 Sep 13.
- *Screening for viral hepatitis among male non-drugs-abuse prisoners. Liao KF, Lai SW, Chang WL, Hsu NY.* s.l. : Scand J Gastroenterol. 2006 Aug;41(8):969-73.
- *Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. Hawton K, Linsell L, Adeniji T, Sariaslan A, Fazel S.* Vol. Lancet. 2013 Dec 13.
- *Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Fazel S, Danesh J.* s.l. : Lancet. 2002 Feb

16;359(9306):545-50.

- **Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri Regione Emilia-Romagna, 2013.** Il percorso clinico-assistenziale per le persone detenute, Attività e prestazioni rivolte alle persone detenute negli Istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna. 2013.
- *Study of the prevalence of severe mental disorder in the penitentiaries Puerto I, II and III of Puerto de Santa María (Cádiz): new strategies of psychiatric care in prison.* **Marín-Basallote N, Navarro-Repiso C.** s.l. : Rev Esp Sanid Penit. 2012 Feb;14(3):80-5.
- *Substance use among inmates at the Eldoret prison in Western Kenya.* **Kinyanjui DW, Atwoli L.** s.l. : BMC Psychiatry. 2013 Feb 13;13:53.
- *Suicide among male prisoners in France: a prospective population-based study.* **Duthé G, Hazard A, Kensey A, Shon JL.** s.l. : Forensic Sci Int. 2013 Dec 10;233(1-3):273-7.
- *Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors.* **Fazel S1, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K.** s.l. : J Clin Psychiatry. 2008 Nov;69(11):1721-31.
- *Suicidi in carcere: confronto statistico tra l'Italia, i Paesi europei e gli Stati Uniti.* **Elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti su dati del Ministero della Giustizia, del Consiglio d'Europa, e dell'U.S. Department of Justice - Bureau of**

Justice Statistics. 2010. 2010.

- *Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study.* **Rotily M., Weilandt C., Bird S.M., Kall K., Van Haastrecht H.J.A., Landolo E., Rousseau S.** s.l. : European Journal of Public Health VOL.11 2001 NO. 3.
- *The 2004 Australian prison entrants' blood-borne virus and risk behaviour survey.* **Butler T, Boonwaat L, Hailstone S, Falconer T, Lems P, Ginley T, Read V, Smith N, Levy M, Dore G, Kaldor J.** s.l. : Aust N Z J Public Health. 2007 Feb;31(1):44-50.
- *The disease profile of Texas prison inmates.* **Baillargeon J, Black SA, Pulvino J, Dunn K.** s.l. : Ann Epidemiol. 2000 Feb;10(2):74-80.
- *The health conditions of prison inmates in Tuscany.* **Voller F1, Silvestri C, Orsini C, Aversa L, Da Frè M, Cipriani F.** s.l. : Epidemiol Prev. 2011 Sep-Dec;35(5-6):297-306.
- *The health of prisoners.* **Fazel S., Baillargeon J.** s.l. : Lancet. 2011 Mar 12;377(9769):956-65., Lancet.
- *The prison setting as a place of enforced residence, its mental health effects, and the mental healthcare implications.* **M., Jordan.** s.l. : Health & Place,17:2011; 1061-1066.
- *Tobacco in prison: a focus group study.* **Richmond R., Butler T., Wilhelm K., Wodak A., Cunningham M., Anderson I.** s.l. : Tob Control. 2009 Jun; 18(3):176-82.

- *Tobacco use and oral health of inmates in a Nigerian prison.* **Akaji EA, Folaranmi N.** s.l. : Niger J Clin Pract. 2013 Oct-Dec;16(4):473-7.
- *Torino, detenuto si uccide in cella. Emergenza senza fine nelle carceri.* **La Stampa - Cronaca. 2013.** Torino : s.n., 2013.
- *Tossicodipendenza e infezione da HIV negli istituti penitenziari. Serie storiche anni: 1990-2004.* **Penitenziaria, Dipartimento dell'Amministrazione. 2005.** 2005.
- *Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders.* **Gunn J, Maden A, Swinton M.** s.l. : BMJ. 1991 Aug 10;303(6798):338-41.
- *Tuberculosis surveillance in Suriname.* **Jubithana B, Wongsokarijo M. 2009.** 2009.
- **Tubetti M.** Il carcere femminile in Italia e la questione della maternità. s.l. : Tesi di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche. AA 2003/2004.
- *Women prisoners, mental health, violence and abuse.* **M., Macdonald.** s.l. : Int J Law Psychiatry. 2013 May-Aug;36(3-4):293-303.
- *Women's health in prison - Correcting gender inequity in prison health.* **World Health Organization. 2009.** 2009.
- **World Healt Organization Europe.2009.** Women's health in prison - Correcting gender inequity in prison health: UNODC.

Sitografia

- <http://brainsource.com/> (Ultima consultazione: dicembre 2013)
- <http://donnecarcere.blogspot.it/> (Ultima consultazione: gennaio 2014)
- <http://lnx.endocrinologiaoggi.it> (Ultima consultazione: dicembre 2013)
- <http://www.aipsimed.org/psiconeuroendocrinologia> (Ultima consultazione: dicembre 2013)
- <http://www.associazioneantigone.it> (Ultima consultazione: gennaio 2014)
- <http://www.carceretorino.it/> (Ultima consultazione: dicembre 2013)
- <http://www.cgmtorino.it/> (Ultima consultazione: dicembre 2013)
- <http://www.dentroefuori.org/> (Ultima consultazione: dicembre 2013)
- <http://www.detenzioni.eu/> (Ultima consultazione: gennaio 2014)
- <http://www.ildue.it> (Ultima consultazione: dicembre 2013)
- <http://www.informa-azione.info/> (Ultima consultazione: gennaio 2014)
- <http://www.museolenuove.it/> (Ultima consultazione: dicembre 2013)

- <http://www.saluteincarcere.it/> (Ultima consultazione: gennaio 2014)
- <http://www.senzacensura.org> (Ultima consultazione: gennaio 2014)
- [https://www.giustizia.it /](https://www.giustizia.it/) (Ultima consultazione: gennaio 2014)

Allegato 1: questionario intervista per Tesi

Buongiorno,

sono Fabiana Buffo, una studentessa dell'ultimo anno del Corso di Laurea in Ostetricia di Torino e per la mia tesi di laurea dal titolo *Donne in carcere: modificazioni psiconeuroendocrine legate alla reclusione*, ho scelto di analizzare lo stato di salute della donne detenute presso la struttura "Lorusso e Cutugno" di Torino.

Per farlo avrei bisogno che lei rispondesse alle domande di questa breve intervista. I dati raccolti saranno analizzati, in forma anonima, per evidenziare quali siano gli eventuali effetti della reclusione sulla sua salute e su quella delle altre detenute.

La ringrazio per la sua preziosa collaborazione, Fabiana.

- Quanti anni ha?

<25 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60 o più

- Da dove proviene?

Italia, se sì potrebbe indicare la sua provincia di nascita?

estero, se sì potrebbe indicare il suo Stato di nascita?

- Che titolo di studio ha?

nessuno, scuola elementare
 media
 scuola superiore
 laurea e oltre

- Come erano i rapporti con la sua famiglia prima della reclusione?

ottimi
 discreti
 pessimi
 assenti

- Come sono i rapporti con la sua famiglia adesso?

ottimi
 discreti
 pessimi

assenti

• Riceve visite da parte del suo compagno e/o dei suoi cari?

regolarmente

raramente

mai

• Si tratta della sua prima reclusione?

no

si

Se no, quanto tempo ha già trascorso in carcere?

• Adesso da quanto tempo è reclusa? _____

• Quel è la sua condizione?

imputata

appellante/ricorrente

con condanna definitiva

• Quanto tempo dovrà ancora trascorrere in carcere? _____

• A suo giudizio, quali sono le principali cause di stress legate alla reclusione?

sovraffollamento/convivenza

orari

lontananza da casa

altro _____

• E' impegnata in qualche attività?

no

si

Se sì, quale? _____

• Potrebbe raccontare la sua giornata tipo?

Passiamo a parlare della sua salute in generale

• Prima della reclusione soffre di qualche patologia?

no

si

Se sì, se sì potrebbe indicare quale? _____

• Da quando è reclusa soffre di qualche patologia?

no

si

Se sì, se sì potrebbe indicare quale? _____

Inoltre soffre di alcuni di questi disturbi?

- cefalea
- mal di schiena
- disturbi gastrici o intestinali
- malattie respiratorie
- malattie neurologiche
- disturbi psichiatrici
- malattie cardiache
- disturbi del sonno

Se sì di che tipo?

altro _____

- Ha notato cambiamenti nel suo metabolismo dopo la reclusione, ad esempio ha preso o perso molti chili?
 - no
 - sì
- ha avuto cambiamenti nel gusto?
 - no
 - sì
- riesce a fare attività fisica?
 - no
 - sì
- Se sì, se sì rispetto a prima della reclusione ne fa meno lo stesso di più
- Fuma?
 - no
 - sì, se sì quante sigarette? <10 10-20 20-30 >30
- Ha avuto in passato dipendenza da alcool?
 - no
 - sì, se sì è stata seguita da un SERT o altri specialisti? no sì
- Ha avuto in passato dipendenza da stupefacenti?
 - no
 - sì, se sì è stata seguita da un SERT o altri specialisti? no sì
- Attualmente ha dipendenza da alcool?
 - no
 - sì, se sì è seguita da un SERT o altri specialisti? no sì
- Attualmente ha dipendenza da stupefacenti?
 - no
 - sì, se sì è stata seguita da un SERT o altri specialisti? no sì

Passiamo a parlare della sua salute riproduttiva

- A che età ha avuto il menarca?
 <12 12-15 >15

- Come era il suo ciclo mestruale prima della reclusione?
 regolare spontaneamente regolare con contraccettivo EP irregolare

- Ha notato delle modificazioni del suo ciclo mestruale dopo la reclusione?
 no
 si

- Assumeva contraccettivi orali prima della reclusione?
 no
 si
 Se sì, se sì potrebbe indicare quale? _____

- Assume contraccettivi orali attualmente?

- Si è mai rivolta al medico ginecologo presente in carcere? no
 si
 Se sì, se sì potrebbe indicare per quale motivo?

- Ha avuto gravidanze?
 no
 sì, se sì

<p>A che età ha avuto la prima gravidanza? _____</p> <p>Con che esito?</p> <p><input type="checkbox"/> nato vivo</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> pre termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> a termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> post termine</p> <p style="margin-left: 100px;">Peso <input type="checkbox"/> <2500</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 2500-4000</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> >4000</p> <p><input type="checkbox"/> nato morto <input type="checkbox"/> pre termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> a termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> post termine</p> <p>Causa _____</p>	<p>A che età ha avuto la seconda gravidanza? _____</p> <p>Con che esito?</p> <p><input type="checkbox"/> nato vivo</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> pre termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> a termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> post termine</p> <p style="margin-left: 100px;">Peso <input type="checkbox"/> <2500</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 2500-4000</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> >4000</p> <p><input type="checkbox"/> nato morto <input type="checkbox"/> pre termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> a termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> post termine</p>
--	---

<p>–</p> <p><input type="checkbox"/> IVG</p> <p><input type="checkbox"/> gravidanza extrauterina</p> <p><input type="checkbox"/> aborto spontaneo</p>	<p>Causa _____</p> <p>–</p> <p><input type="checkbox"/> IVG</p> <p><input type="checkbox"/> gravidanza extrauterina</p> <p><input type="checkbox"/> aborto spontaneo</p>
<p>A che età ha avuto la terza gravidanza? _____</p> <p>Con che esito?</p> <p><input type="checkbox"/> nato vivo</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> pre termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> a termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> post termine</p> <p style="margin-left: 100px;">Peso <input type="checkbox"/> <2500</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 2500-4000</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> >4000</p> <p><input type="checkbox"/> nato morto <input type="checkbox"/> pre termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> a termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> post termine</p> <p>Causa _____</p> <p>–</p> <p><input type="checkbox"/> IVG</p> <p><input type="checkbox"/> gravidanza extrauterina</p> <p><input type="checkbox"/> aborto spontaneo</p>	<p>A che età ha avuto la quarta gravidanza? _____</p> <p>Con che esito?</p> <p><input type="checkbox"/> nato vivo</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> pre termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> a termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> post termine</p> <p style="margin-left: 100px;">Peso <input type="checkbox"/> <2500</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 2500-4000</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> >4000</p> <p><input type="checkbox"/> nato morto <input type="checkbox"/> pre termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> a termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> post termine</p> <p>Causa _____</p> <p>–</p> <p><input type="checkbox"/> IVG</p> <p><input type="checkbox"/> gravidanza extrauterina</p> <p><input type="checkbox"/> aborto spontaneo</p>
<p>A che età ha avuto la quinta gravidanza? _____</p> <p>Con che esito?</p> <p><input type="checkbox"/> nato vivo</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> pre termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> a termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> post termine</p> <p style="margin-left: 100px;">Peso <input type="checkbox"/> <2500</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 2500-4000</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> >4000</p> <p><input type="checkbox"/> nato morto <input type="checkbox"/> pre termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> a termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> post termine</p> <p>Causa _____</p> <p><input type="checkbox"/> IVG</p> <p><input type="checkbox"/> gravidanza extrauterina</p> <p><input type="checkbox"/> aborto spontaneo</p>	<p>A che età ha avuto la sesta gravidanza? _____</p> <p>Con che esito?</p> <p><input type="checkbox"/> nato vivo</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> pre termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> a termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> post termine</p> <p style="margin-left: 100px;">Peso <input type="checkbox"/> <2500</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 2500-4000</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> >4000</p> <p><input type="checkbox"/> nato morto <input type="checkbox"/> pre termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> a termine</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> post termine</p> <p>Causa _____</p> <p><input type="checkbox"/> IVG</p> <p><input type="checkbox"/> gravidanza extrauterina</p> <p><input type="checkbox"/> aborto spontaneo</p>

Ringraziamenti

Desidero ringraziare coloro che hanno fatto sì che questa tesi potesse prender vita, in primo luogo la Dr.ssa Mondo, Relatrice, che mi ha pazientemente seguita in questo lungo periodo di stesura e raccolta dati.

I ringraziamenti sono di dovere anche verso la Dr.ssa Franchitti, Educatrice nella sezione femminile del carcere, per essere stata il mio "Caronte" e per i numerosi consigli e la Dr.ssa Porta a cui devo l'originalità della mia tesi.

Ringrazio l'intero staff di Educatori dell'istituto, e in primis la Dr.ssa Viberti, il personale id Polizia Penitenziaria della sezione femminile, il Direttore della Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno".

I miei ringraziamenti più sentiti vanno alla mia Mamma e al mio Papà, che mi hanno supportato e sopportato in questa avventura lunga tre anni, ma piena di emozioni.

A Sonia e Ludovica, che hanno riempito la mia vita di cuoricini.

A Martina, che mi ha salvato con l'inglese.

Alla "Iaido-family", che porta allegria nella mia vita.

Alle mamme che mi ricordano con amore.

A chi è andato via, ma soprattutto a chi è rimasto sempre al mio fianco.

Gli ultimi ringraziamenti vanno a mia sorella Lara, che ha deciso di voler essere citata al fondo, altrimenti non mi fa il regalo di laurea!