



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia  
Dipartimento di Scienze della Promozione della Salute e  
Materno Infantile, Medicina Interna e Specialistica d'Eccellenza .  
"G. D'Alessandro"

## ANALISI DEL BISOGNO DI SALUTE NELLA POPOLAZIONE CARCERARIA FEMMINILE DELL'ASP DI PALERMO

TESI DI LAUREA DI  
**Adrielly Balistreri Pereira**

RELATORE  
**Ch.mo Prof Francesco Vitale**

CORRELATORE  
**Dott.ssa Rosalia Maria Valenti**

ANNO ACCADEMICO 2019 - 2020

---

MAGISTRALE A CICLO UNICO



*“Non fatemi vedere i vostri palazzi ma le vostre carceri,  
poiché è da esse che si misura il grado di civiltà di una  
Nazione.”*

*(Voltaire)*

## INDICE

<b>Introduzione .....</b>	<b>pag 5</b>
<b>Cenni storici .....</b>	<b>pag 7</b>
<b>Capitolo 1: “Norme e Normalità” .....</b>	<b>pag 8</b>
<u>1.1</u> Il passaggio della sanità penitenziaria dal ministero della giustizia al servizio sanitario nazionale (DPCM 1 Aprile 2008).....	pag 8
<u>1.2</u> La questione siciliana .....	pag 11
<b>Capitolo 2: La Salute dei detenuti in Italia .....</b>	<b>pag 14</b>
<u>2.1</u> Salute e Carcere: “binomio incompleto”.. .....	pag 14
<u>2.2.</u> Il problema del sovraffollamento .....	pag 15
<u>2.3</u> Suicidio e autolesionismo .....	pag 16
<u>2.4</u> Patologie della reclusione .....	pag 19
<b>Capitolo 3: Il carcere in Europa.....</b>	<b>pag 22</b>
<u>3.1</u> Numeri a confronto .....	pag 23
<u>3.2</u> The European Prison Rules .....	pag 24
<u>3.3</u> Halden:il modello Norvegese .....	pag 26
<b>Capitolo 4: La detenzione femminile .....</b>	<b>pag 28</b>
<u>4.1</u> Cenni storici .....	pag 28
<u>4.2</u> “La quota rosa” .....	pag 30
<u>4.3</u> Carcere e maternità .....	pag 35
<b>Capitolo 5: La medicina di genere.....</b>	<b>pag 41</b>
<b>Capitolo 6: La medicina genere-specifica in ambito penitenziario .....</b>	<b>pag 42</b>
<u>6.1</u> Bisogno di nelle donne detenute .....	pag 42
<u>6.2</u> Prevenzione: malattie infettive, screening oncologici .....	pag 43

**Capitolo 7: “Status report on prison health in the  
WHO European Region”.....pag 46**

**Materiali e Metodi .....pag 48**

**Risultati .....pag 49**

**Discussione .....pag 54**

**Conclusioni .....pag 56**

**Fonti bibliografiche e sitografia**

**AllegatoI**

*“Il fine delle pene non è di tormentare ed affliggere un essere sensibile. Il fine non è altro che d'impedire il reo dal far nuovi danni ai suoi cittadini e di rimuovere gli altri dal farne uguali.”*

**Cesare Beccaria, Dei delitti e delle pene (1764)**

## **Introduzione**

Le difficoltà di accesso, la scarsa consapevolezza di un problema che, seppur “circoscritto”, ricade su tutta la società ma soprattutto, la diffusa e tutto sommato accettabile idea che sia normale soffrire in prigione, rendono insufficienti il monitoraggio e la promozione della salute tra i detenuti.

Occuparsi della tutela sanitaria dei detenuti ha una rilevante valenza sociale. In primo luogo, prendersi carico della salute delle persone detenute equivale a mettere in atto interventi di Salute Pubblica nella accezione più ampia del termine; inoltre, la maggior parte dei detenuti tornerà libera portando con sé malattie che potrebbero potenzialmente rappresentare un rischio per la società.

Fornire assistenza sanitaria adeguata in carcere può rappresentare uno degli avamposti della lotta alle disuguaglianze di salute della nostra società.

Questa nuova e incalzante consapevolezza, che nella teoria trova la sua massima e lodevole espressione, non trova uniformità pratica nel territorio, nonostante sia stato definito che dal punto di vista della salute e della sanità *“il trattamento della popolazione carceraria debba essere equiparabile a quello della popolazione generale”<sup>1</sup>*.

Ma l'ambiente carcerario presenta ancora notevoli problematiche; entrare in carcere significa infatti interrompere percorsi di cura, rapporti di fiducia con i propri medici, contatti con i servizi sanitari territoriali. L'inadeguatezza delle infrastrutture detentive rende difficile il corretto trattamento di alcune patologie facilitando, anzi, il propagarsi di forme infettive; inoltre, la mancanza di

---

<sup>1</sup> DPCM 1 Aprile 2008 (Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria)

strumentazioni in linea con quelle presenti a livello territoriale/ospedaliero obbliga spesso il trasferimento del detenuto in ambito extra-carcerario, con conseguente ritardo diagnostico e terapeutico.

Partendo da queste considerazioni, spinto da interesse conoscitivo verso la mia realtà territoriale e da un nascente interesse per la medicina di genere, nel 2018 ho avviato un non facile iter burocratico, giostrandomi tra il carcere Pagliarelli-“Antonio Lorusso” di Palermo e l’Azienda Sanitaria Provinciale 6. Infatti, ho cercato di incoraggiare la mediazione tra le autorità competenti al fine di promuovere la programmazione delle operazioni di screening da effettuare tra le mura penitenziarie, e soprattutto per cominciare a focalizzare l’attenzione verso una realtà presente, difficile e che necessita sempre più di cure e attenzioni, come è quella carceraria.

Obiettivo della mia tesi è potere conoscere i bisogni di una fascia di popolazione *sui generis*, indigente e con scarsa alfabetizzazione, al fine di calibrare gli interventi sanitari, agendo in linea con il decreto DPCM 2008 ed in ottemperanza ai principi di uguaglianza, equità ed universalità previsti dal nostro Sistema Sanitario Nazionale.

## **Cenni storici**

Il problema penitenziario è tipico di una società organizzata secondo Diritto che necessita di luoghi dove isolare i trasgressori delle Leggi.

La nascita delle prigioni, quindi, affonda le proprie radici nel sorgere della civile convivenza umana.

In Epoca Greco-Romana, il carcere (dal Lat. Carcer-eris: “recinto”) era sostanzialmente concepito come edificio atto a custodire il reo cui doveva essere inflitta la pena prevista per il crimine commesso. Le pene potevano distinguersi in pene corporali (fustigazione, mutilazione, tortura, morte, ecc.) o pene pecuniarie (confisca di parte o tutti i beni del reo).

Il sistema penale Medievale, basato sui criteri della vendetta privata, non fu propizio allo sviluppo del regime carcerario. Detenzione coatta e tortura erano i principali mezzi istruttori per ottenere la confessione dell'imputato, considerata la prova necessaria alla condanna.

La detenzione, la privazione della libertà, almeno fino alla metà del XVIII secolo, non era vista come una espiazione della pena, da intendersi nel senso odierno del termine, ma rappresentava un mezzo per impedire che l'imputato, in attesa di una condanna si sottraesse alla stessa.

Il carcere, quindi, non era una sede appositamente costruita per la finalità detentiva ma un edificio, di solito attiguo al tribunale, che veniva adattato a tale scopo, con tutte le problematiche logistiche, strutturali ed organizzative conseguenti.

Fu sempre nel XVIII sec., con l'avvento dell'Illuminismo, che nacquero le prime idee atte a rivoluzionare il sistema penitenziario vigente.

Il carcere cominciò ad essere inteso come luogo di espiazione delle pene detentive e acquistò rilevanza sociale perché il ricorso alla pena, intesa come privazione della libertà, era divenuta la sanzione prevalente da applicare ai condannati.

La dottrina giuridica illuminista ricusa il principio della pena come punizione e adotta quello della pena come rieducazione.

La crudeltà che aveva caratterizzato per secoli l'istituto della detenzione, le pene corporali, il lavoro ad esaurimento, l'assenza di igiene e di luce, la promiscuità fra detenuti per età, criminalità e recidive, vengono meno, dando luogo a spazi architettonici e ideativi diversi.

## Capitolo 1: “Norme e Normalità”<sup>2</sup>

### **1.1** *Il passaggio della Sanità Penitenziaria dal Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale (DPCM 1 Aprile 2008)*

Per comprendere le ragioni che hanno determinato i cambiamenti inerenti il grande capitolo dell’Assistenza Sanitaria Penitenziaria, è necessario un breve excursus storico.

La nascita del Regno d’Italia (1861) vide la “questione carceraria” *in fieri*, sospinta dai venti di cambiamento dell’Illuminismo e del Positivismo.

L’intervento medico, sotto il controllo dell’allora Istituto di Pena, subì nuove disposizioni incluse nel **Regolamento per Istituti di Prevenzione e Pena del 1931** che per la prima volta prevedeva un medico all’interno di ogni istituto penitenziario, non come un diritto ma come un atto del tutto eccezionale.

Si deve ai Padri Costituenti la redazione, nel 1948, di due articoli della Costituzione che regolamentano il capitolo della Sanità Penitenziaria.

Gli articoli<sup>3</sup>:

#### **Art.32**

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

[...]

---

<sup>2</sup> NORME e NORMALITÀ Standard per l’esecuzione penale detentiva degli adulti Raccolta delle Raccomandazioni 2016-2017.

<sup>3</sup> Costituzione della Repubblica Italiana.



## **Art 27**

*La responsabilità penale è personale.*

[...]

*Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato [cfr. art. [13 c. 4](#)]*

*“Non è ammessa la pena di morte.”*

Gli stessi ispirarono la nascita del Ministero della Sanità nel 1958 e la stesura della legge 833/1978 che mise le basi del Sistema Sanitario Nazionale.

Ciò nonostante, la **Legge n.740/1970<sup>4</sup>** vedeva ancora la definizione del ruolo del personale nelle carceri come eccezionale e quindi non inserito nell'organico dell'Amministrazione Penitenziaria.

La **legge 833/1978<sup>5</sup>**, pur allineandosi all'art 27, non menzionava e non comprendeva la medicina penitenziaria che pertanto continuava ad essere affidata al Ministero della Giustizia.

Gli anni '90 videro un lungo e controverso dibattito portato avanti non soltanto dai singoli ma anche dalle associazioni di volontariato attive nelle carceri, che promossero sempre più il passaggio delle competenze sanitarie penitenziarie al Ministero della Sanità.

L'onda mediatica fu tale che coinvolse sindacati e figure politiche.

Si giunse quindi al **D.Lgs del 22 Giugno 1999 n 230<sup>6</sup>** che sancì il passaggio del personale sanitario e delle risorse dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale.

---

4 “9 ottobre 1970,n. 740”. Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria.

5 Legge del 23 Dicembre 1978, n.833 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

6 D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230, “Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419”

Di tale legge, fondamentali sono i primi due articoli

### **L'art. 1**

*"Diritto alla salute dei detenuti e degli internati"* al **1° comma** recita: "I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all' erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali".

La norma include i criteri di globalità e assistenza a più livelli da destinare ai detenuti, assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità e assistenza pediatrica da dedicare alle donne e ai figli delle detenute.

Altro punto importante è l'assistenza sanitaria destinata ai detenuti stranieri che, così come stabilito dal **5° comma** del suddetto articolo, afferma: *"i detenuti stranieri hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia"*.

La legge quindi prevede l'iscrizione obbligatoria al SSN limitatamente al periodo detentivo, periodo in cui tutti i detenuti sono esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni erogate dal SSN.

### **L'art.2**

Pone l'accento su tematiche amministrative ed organizzative prevedendo il coinvolgimento delle Regioni al fine di delegare loro l'erogazione delle prestazioni.

Il **D.Lgs del 22 Giugno 1999 n 230**<sup>7</sup> rappresenta in tal senso, un primo provvedimento, un esperimento pilota destinato ad essere successivamente integrato e modificato.

Le prime tre Regioni ad essere interessate furono Toscana, Lazio e Puglia.

---

<sup>7</sup> Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230

Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998 n. 419.

Come sancito dalla suddetta normativa, al termine di questa fase di sperimentazione era previsto l'adeguamento delle prestazioni amministrative e sanitarie all'intero territorio nazionale, cercando di mettere a frutto la fase sperimentale intercorsa. Tra le diverse criticità, l'aver messo in evidenza una grande discrepanza tra le retribuzioni riconosciute al personale sanitario dell'amministrazione penitenziaria e quelle erogate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale per analoghe funzioni svolte, ha fatto sì che si rendesse indispensabile l'adeguamento delle risorse e in tal senso, a partire dalla legge finanziaria del 2008, il Ministero della Salute pone le basi al tutt'ora vigente **DPCM del 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”*.

Si è trattato, sicuramente, di un passo avanti anche nella ricomposizione di un rapporto positivo tra carcere e società.

Tuttavia, a oltre 10 anni dall'entrata in vigore del DPCM 01 aprile 2008, il trasferimento della medicina penitenziaria dal Ministero della Giustizia al SSN incontra ancora delle difficoltà.

Le Regioni si muovono in ordine sparso. La sanità penitenziaria è regolamentata dalle Aziende Sanitarie Locali ma alcune Regioni temono che burocrazia e carenza di fondi aumentino le criticità proprie di ciascuna ASL e che, in ultima analisi, spieghino le criticità e le inadempienze in ambito penitenziario.

### ***1.2 La questione siciliana***

È bene sottolineare che il DPCM del 01 aprile 2008 non ha interessato in egual maniera tutte le Regioni, almeno nella tempistica.

La Regione Sicilia ha visto l'attuazione di tale norma solo nel 2015 con il **Decreto Legislativo 15 dicembre 2015 n. 222**. *“Norme di attuazione dello statuto speciale della Regione siciliana per il trasferimento delle funzioni in materia di sanità penitenziaria.”<sup>8</sup>*

La suddetta normativa si è estesa anche all'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (cfr. Art. 5)

---

<sup>8</sup> Decreto legislativo 15 dicembre 2015, n. 222

In accordo con il Piano sanitario nazionale, il decreto ha posto gli obiettivi di salute e i livelli essenziali di assistenza incoraggiando la promozione della salute, tenuto conto delle specificità della condizione di reclusione per privazione della libertà.

Anche sulla base delle conoscenze epidemiologiche e delle condizioni di rischio, secondo la norma, si sarebbero dovuti attivare interventi educativi e di responsabilizzazione dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a procedimento penale, nei confronti della propria salute, mirati a contrastare la sedentarietà, l'alimentazione scorretta, l'uso inadeguato di alcol, l'abitudine al fumo.

Tra le prime ad applicare questa norma è stata l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, con la presa in carico della cura e dell'assistenza medica dei detenuti negli istituti penitenziari di Trapani, Favignana e Castelvetrano.

La fase di transizione di competenze dal Ministero della Giustizia alle Regioni (e dunque alle Asl), in Sicilia, già ultima in Italia, si è completata nel 2018 anche se tra il piano legislativo e quello attuativo, a tutt'ora, non c'è completa corrispondenza.

Nonostante i servizi sanitari destinati alle carceri siano entrati a regime, permangono grandi problemi come ad esempio le lunghe liste d'attesa per una visita specialistica. Diversamente dal libero cittadino che può scegliere se affidarsi a strutture private e/o convenzionate, il detenuto o attende o sfrutta l'opera di medici volontari.

Inoltre, la mancanza di contratti a tempo indeterminato e il rinnovo delle prestazioni di proroga in proroga, non assicurano una continuità assistenziale.

Nonostante l'esistenza di un protocollo per la gestione del rischio suicidi, la salute mentale dei detenuti, i lunghissimi tempi d'attesa per le visite specialistiche e la carenza di mediatori culturali per i detenuti stranieri, sono i filoni tematici più importanti che accomunano la sanità penitenziaria dell'Isola; a ciò si aggiunge l'impossibilità per molti detenuti di poter accedere a specifiche terapie farmacologiche perché non sempre queste terapie riescono ad essere acquistate.

La Regione Sicilia ha istituito il "**Garante per la tutela dei diritti fondamentali dei detenuti e per il loro reinserimento sociale**".<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Legge Regionale 19 maggio 2005 n. 5 art 33.

Il Garante, per le proprie competenze, garantisce:

- il recupero sociale e culturale, la scolarizzazione e l'inserimento nel mondo del lavoro
- il sostegno alle famiglie dei detenuti soprattutto se sono presenti minori
- la vigilanza sul rispetto dell'esercizio dei diritti, con la promozione di iniziative e scambi di comunicazione con le amministrazioni interessate, con l'attivazione di strumenti di sensibilizzazione pubblica sui temi dei diritti umani delle persone private della libertà personale, del loro recupero sociale e della umanizzazione della pena detentiva.

## **Capitolo 2: La salute dei detenuti in Italia**

### ***2.1 Salute e carcere: “binomio incompleto”***

Quando utilizziamo nella stessa frase le parole “*salute e carcere*”, la difficoltà principale è quella di riuscire a valutare tale questione da un punto di vista nazionale. L'Italia penitenziaria appare alquanto divisa con livelli e qualità dell'assistenza sanitaria che variano molto da regione a regione e che spesso rispecchiano le condizioni della sanità esterna al carcere.

Le carceri in Italia sono suddivise in Case Circondariali (Istituti di custodia cautelare) per i detenuti in attesa di giudizio, e Case di Reclusione (Istituti per l'esecuzione delle pene) per i detenuti con condanna definitiva. A queste due tipologie vanno aggiunte le Case di Lavoro e le Colonie Agricole (Istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza), le REMS (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) che dal 2015 hanno sostituito gli ormai obsoleti Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG).

Esiste poi un ulteriore circuito penitenziario per il regime 41 bis al quale sono sottoposti i detenuti per reati di mafia, di terrorismo o comunque di riconosciuto allarme sociale.

In Italia i reati sono diminuiti in misura superiore rispetto alla media europea ma nonostante il calo generale dei reati, la popolazione detenuta è aumentata del 1% negli ultimi dieci anni e addirittura del 7.5% negli ultimi due.

**Al 30 giugno 2019 i detenuti presenti nelle 190 carceri italiane erano 60.522.** L'Italia è il primo paese dell'UE per incremento della popolazione detenuta tra il 2016 e il 2018, in controtendenza rispetto al resto del continente (che presenta un trend negativo).

Anche la presenza di stranieri nel sistema penitenziario italiano è percentualmente molto più elevata che nel resto del continente. Ciò è in parte dovuto al fatto che l'Italia è, più di altri, un paese di immigrazione, ma in altra e più ampia parte è conseguenza della inoccupazione e della disoccupazione che spinge nel circuito dell'illegalità un alto numero di persone.

L'idea secondo cui in Italia ci sarebbero pene troppo lievi e permanenze in carcere di brevissima durata è inequivocabilmente smentita dai dati: le persone detenute che scontano la pena dell'ergastolo rappresentano il 4,4% dei condannati, contro una media europea del 3,5%. Le condanne comprese tra i 10 e i 20 anni

riguardano poi il 17% dei detenuti con condanna definitiva (6 punti percentuali in più della media dei paesi europei del'11%). E ancora, il 27% di chi sconta una condanna in carcere ha una pena compresa tra i 5 e i 10 anni, a fronte di una media europea del 18%. Ciò vuol dire che in Italia si sta in carcere più che negli altri paesi, con pene che finiscono per essere de-socializzanti.

## ***2.2 Il problema del sovraffollamento***

Il Ministero della Giustizia precisa che i posti disponibili nelle carceri italiane (50.496) sono calcolati sulla base del criterio di 9 metri quadri per ogni detenuto, più favorevole rispetto ai 6 metri quadri stabiliti dal **Comitato europeo per la prevenzione della tortura**. Tuttavia, il sovraffollamento rimane un'enorme preoccupazione nelle carceri italiane, con un tasso del **119,8%**, il più alto nell'area dell'UE, seguito da quello in Ungheria e Francia. Se l'andamento dovesse mantenere questo incremento , in quattro anni l'Italia potrebbe ritrovarsi nella stessa situazione che produsse la condanna da parte della Corte Europea dei Diritti Umani nel 2009 (*caso Sulejmanović*) e nel 2013 (*caso Torreggiani*)<sup>10</sup> dove appare chiara la violazione dell'Art. 3 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo che, come evidenziato dal *Committee for Prevention of Torture* del Consiglio d'Europa , sancisce come trattamento inumano o denigrante lo spazio personale inferiore a 3 mq concesso ad un detenuto in cella collettiva.

I Giudici di Strasburgo hanno preso in considerazione altri elementi concorrenti all'assenza di spazi adeguati, per valutare se il trattamento è in concreto inumano o degradante. Ad esempio, parametri concorrenti sono un accesso insufficiente alla luce e all'aria naturali, le condizioni igieniche precarie, il calore eccessivo associato a mancanza di ventilazione, il rischio concreto di propagazione di malattie, l'assenza di acqua potabile o corrente, la condivisione dei letti da parte dei detenuti, il fatto che i servizi igienici si trovino nella cella e quindi visibili e l'assenza di cure adeguate per le patologie croniche.

---

<sup>10</sup> Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 16 luglio 2009 – Sulejmanovic c. Italia e Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo dell'8 gennaio 2013 – Torreggiani e altri c. Italia

Negli ultimi anni sono stati compiuti notevoli progressi circa il rispetto dei diritti umani e della dignità (legge 199/2010 applicata entro maggio 2017)<sup>11</sup> come, ad esempio, il consentire ai detenuti di trascorrere l'ultimo anno o metà della pena presso il proprio domicilio o aumentando il numero di alloggi negli istituti penitenziari.

### **2.3 Suicidio e Autolesionismo**

*“Il carcere rappresenta il luogo della non-comunicazione, caratterizzato da ambienti disumanizzati in cui la parola, che contraddistingue le relazioni umane, viene espunta o screditata”*

(Gonin, 1994)<sup>12</sup>

È tristemente nota la connessione tra la messa in atto di azioni autolesive e la condizione di sovraffollamento presente negli istituti di pena; gli spazi ristretti, il deterioramento delle condizioni igieniche nonché le relazioni spesso complesse con lo staff e con i compagni di cella, una maggior difficoltà di accesso alle opportunità ricreative, formative e lavorative sembrerebbero esacerbare i fenomeni in questione.

Gli istituti di pena sono luoghi dove si concentrano gruppi vulnerabili, tradizionalmente tra quelli più a rischio, come i giovani maschi violenti, i soggetti con disturbi mentali, le persone interdette e socialmente isolate, con problemi di abuso di sostanze e con storie di precedenti tentativi di suicidio.

Inoltre, l'impatto psicologico dell'arresto e dell'incarcerazione, le crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza di una condanna lunga e lo stress quotidiano della vita in carcere possono superare la soglia di resistenza del

---

<sup>11</sup> Legge 26 Novembre 2010 , n.199 “Disposizioni relative all’esecuzione presso il domicilio delle pene detentive non superiori ad un anno”

<sup>12</sup> “Il corpo incarcerato” -Gonin Daniel – 1994.



detenuto medio e a maggior ragione, di quello a rischio elevato. L'ingresso in carcere costituisce sicuramente un momento di smarrimento, confusione e inquietudine che viene generalmente descritto negli studi come "*trauma da ingresso*" che si manifesta attraverso una serie di disturbi psico-fisici quale ansia, paura, senso di frustrazione e depressione.

È interessante notare come alcuni soggetti detenuti si infliggano auto-aggressioni al fine di invocare un'interazione con il personale sanitario o penitenziario. Se da un lato le condizioni di malessere possono riguardare un singolo individuo, come nel caso del carcere di Terni in cui, nel corso dell'ultimo anno, si sono verificati circa 500 atti autolesivi, 200 dei quali commessi da una stessa persona, dall'altro gli scioperi della fame rappresentano forme collettive di disagio che coinvolgono anche istituti interi, non ultimo lo sciopero della fame che ha visto protagonista la Casa Circondariale "Pagliarelli" nella seconda metà di Giugno 2019.

Va sottolineato, però, che l'utilizzo del corpo a scopo dimostrativo non sempre si palesa in violenze auto-inferte; l'autolesionismo può, infatti, essere messo in atto anche attraverso il rifiuto delle terapie.

Il rifiuto, ad esempio, della somministrazione di insulina o delle terapie anti-retrovirali diventa strumento di resistenza alle dinamiche della prigione. Il detenuto, oltre ad aggravare in questo modo il proprio status clinico-patologico, trasforma il proprio corpo in un potenziale veicolo di contagio di malattie infettive, mettendo a repentaglio anche la salute dei compagni di cella.

È nella prima fase della carcerazione il più alto numero di gesti autolesivi.

Paradossalmente, anche il fine pena rappresenta un momento altrettanto delicato, con condotte, talvolta, auto-aggressive e suicidarie.

Il problema dei suicidi e dei tentati suicidi all'interno delle carceri è divenuto ormai una vera emergenza sociale e di salute e la predisposizione di misure preventive idonee rappresenta una priorità assoluta.

Negli ultimi anni si registra un certo attivismo nella stipula di protocolli di prevenzione del rischio di suicidio all'interno dei singoli istituti penitenziari. Tali protocolli sono espressamente indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come strumento di prevenzione del fenomeno, al fine di rendere uniforme le pratiche sull'intero territorio nazionale. Tale esigenza, inoltre, è stata confermata

dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, il quale ha sollecitato la stipula di protocolli operativi fra tale amministrazione e il servizio sanitario.

In generale, nelle carceri d'Europa avvengono in media più suicidi rispetto a quelli che si registrano nelle carceri italiane. Tuttavia, per un confronto efficace tra i dati dei vari Paesi è fondamentale fare un confronto anche con la frequenza dei suicidi nella popolazione libera, perché ogni sistema penitenziario deve essere necessariamente contestualizzato nella comunità di riferimento.

Tra i diversi Paesi considerati, l'Italia è quello in cui è più evidente lo scarto dei suicidi tra la popolazione libera e la popolazione detenuta (**Tab.1**); in carcere i suicidi sono circa 9 volte più frequenti e tale stima rappresenta l'indicatore del tasso d'invivibilità del nostro sistema penitenziario.

**Tab.1 Confronto del tasso di suicidio in carcere e nella popolazione libera in alcuni Paesi europei<sup>13</sup>**

	<b>Italia</b>	<b>Francia</b>	<b>Germania</b>	<b>Gran Bretagna</b>	<b>Belgio</b>	<b>Finlandia</b>
	N. suicidi su 10.000 detenuti	N. suicidi su 10.000 detenuti	N. suicidi su 10.000 detenuti	N. suicidi su 10.000 detenuti	N. suicidi su 10.000 detenuti	N. suicidi su 10.000 detenuti
Popolazione libera	1,2	3,2	2,5	1,6	3,2	3,8
Detenuti	9,9	7,1	5,5	8,8	4,8	4,1

<sup>13</sup> Psicofisiopatologia del suicidio in carcere: un contributo in termini di prevenzione.

#### **2.4 Patologie della reclusione**

Le osservazioni, di cui si è riferito nei paragrafi precedenti, evidenziano come la salute della popolazione detenuta ha esigenze complesse essendo il risultato di un insieme di fattori.

Criticità specifica del contesto penitenziario è la capacità di distinguere in modo netto due aspetti e cioè in che misura il carcere come struttura in sé produca patologie e in che misura tale istituzione sia in grado di curare adeguatamente.

Da uno studio multicentrico del 2015 sulla salute dei detenuti in Italia è emerso come le patologie psichiatriche incidano profondamente sullo stato di salute del detenuto; complessivamente, tutte le psicopatologie, dalle psicosi ai disturbi della personalità e fino alla depressione, sono mediamente più rappresentate in carcere che nella popolazione libera. **(Fig.1)**

Le malattie dell'apparato gastrointestinale si collocano al secondo posto per numero di diagnosi riscontrate. Circa il 40% dei disturbi di questo grande gruppo di malattie è costituito dalle patologie dei denti e del cavo orale, storicamente estremamente diffuse all'interno delle strutture penitenziarie a causa della scarsa attenzione rivolta all'igiene orale da parte dei detenuti e a stili di vita non corretti (assunzione di sostanze stupefacenti e abitudine a fumo e alcol).

La prevalenza del fumo di tabacco tra i detenuti è superiore al 70% (contro il 23% della media della popolazione generale) e il numero medio di sigarette fumate al giorno è di circa 18.

Il 37,5% è rappresentato da esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali, spesso legate allo stress, ad una dieta non equilibrata, al fumo, all'alcol e anche all'utilizzo eccessivo di alcuni farmaci, come gli anti-infiammatori non steroidei.

Ma l'effetto "patogeno" della reclusione si concretizza attraverso altri fattori di rischio: la sedentarietà, e la promiscuità.

Le malattie infettive e parassitarie si confermano essere un gruppo di patologie ad alta prevalenza nella popolazione detenuta.

In particolare, l'epatite C costituisce la malattia infettiva più diffusa, seguita da epatite B e AIDS patologie legate anche alla tossicodipendenza. Tubercolosi e sifilide, pur non rilevando percentuali allarmanti, rimangono sempre più incisive che nella popolazione normale.

Tra i fattori che contribuiscono principalmente alla trasmissione di queste malattie infettive ci sono ritardi nella diagnosi, accesso limitato all'acqua, sapone o bucato pulito e mancanza di implementazione di misure preventive, come preservativi o siringhe sterili.

**Fig. 1<sup>14</sup>** Prevalenza delle malattie nella popolazione in studio – Italia – 2014

Study population	N	%
Psychiatric disorders	6.504	41.3
Diseases of the digestive system	2.286	14.5
Infectious and parasitic diseases	1.812	11.5
Diseases of the circulatory system	1.788	11.4
Endocrine, nutritional and metabolic diseases, and immunity disorders	1.348	8.6
Diseases of the respiratory system	854	5.4
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	791	5.0
Symptoms, signs, and ill-defined conditions	809	5.1
Diseases of the nervous system	626	4.0
Diseases of the genitourinary system	452	2.9
Injury and poisoning	344	2.2
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	282	1.8
Neoplasms	135	0.9
Congenital anomalies	103	0.7
Diseases of the blood and blood-forming organs	81	0.5
Certain conditions originating in the perinatal period	7	0.0
Complications of pregnancy, childbirth, and the puerperium	4	0.0

Per quanto riguarda la patologia tumorale, l'analisi dei singoli tumori, ha evidenziato come in carcere la probabilità per gli uomini di morire per un tumore testa-collo o del fegato è tre volte superiore alla media, mentre per le donne è la probabilità di morire per un tumore della cervice uterina ad essere 3 volte superiore alla media. L'incremento della mortalità per tumore rispetto alla

<sup>14</sup> Health conditions of inmates in Italy.

popolazione generale può correlarsi, oltre alla condizione di stress cronico cui è sottoposto il detenuto, con conseguente riduzione delle difese immunitarie, anche alle maggiori difficoltà diagnostiche dovute a procedure non sempre rapide ed efficaci nonché alla sottovalutazione dei sintomi da parte dei sanitari in soggetti tradizionalmente oggetto di pregiudizi, per la loro supposta tendenza ad ingigantire i disturbi al fine di eventuali vantaggi legali e giudiziari.

La questione salute si intreccia anche con i limiti dell'edilizia penitenziaria, quali quelli strutturali che impediscono una corretta attività fisica a cui si aggiunge la carenza di personale o semplicemente non si ritiene l'attività fisica una prerogativa della detenzione con conseguente incremento di sovrappeso e obesità.

### Capitolo 3: Il carcere in Europa

Per la maggior parte del XX secolo, i servizi sanitari penitenziari in Europa sono stati deficitari, senza comunicazione tra le istituzioni locali e la sanità pubblica. È importante ricordare due grandi eventi degli anni '80 che hanno segnato la storia politica e socio-culturale non soltanto in Europa ma nel Mondo. Di questi, la dissoluzione dell'Unione Sovietica con conseguente nascita di nuovi stati indipendenti nell'Europa Orientale, che hanno dovuto affrontare problemi sociali, economici e governativi urgenti, tra cui la revisione dei loro sistemi di giustizia penale e la riorganizzazione delle loro prigioni. L'altro evento è legato alla rapida insorgenza dell'epidemia di HIV / AIDS e alla ricomparsa di malattie trasmissibili come la tubercolosi (TBC).

Si è andata sempre più delineando una situazione di emergenza, legata anche alla maggiore rappresentazione di tali patologie nella popolazione carceraria.

Così nel 1991 il Consiglio d'Europa, spinto da queste nuove e incalzanti problematiche, organizzò in Finlandia il primo seminario sulla salute nelle carceri; a causa della scarsità di informazioni disponibili, fu necessario indire una ricerca sul campo per fornire materiale di base per le future riunioni; ciò nonostante, il seminario produsse i suoi frutti e venne pubblicato il libro *“Prison Health: International Standards and National Practices in Europe<sup>15</sup>”*, dove si ponevano le basi per un possibile Codice europeo consultivo sulla salute delle carceri.

L'OMS ha utilizzato il consenso raggiunto durante tale incontro per lanciare il suo progetto *“Health in Prisons”* (HIPP)<sup>16</sup> che ad oggi coinvolge quasi 30 Paesi e che intrattiene forti reti comunicative con enti governativi e non.

---

15 K. Tomaševski *Prison Health: International Standards and National Practices in Europe* Helsinki Institute for Crime Prevention and Control, 1992.

16 Programma dell'OMS sulla salute nelle carceri – 1995- (HIPP).

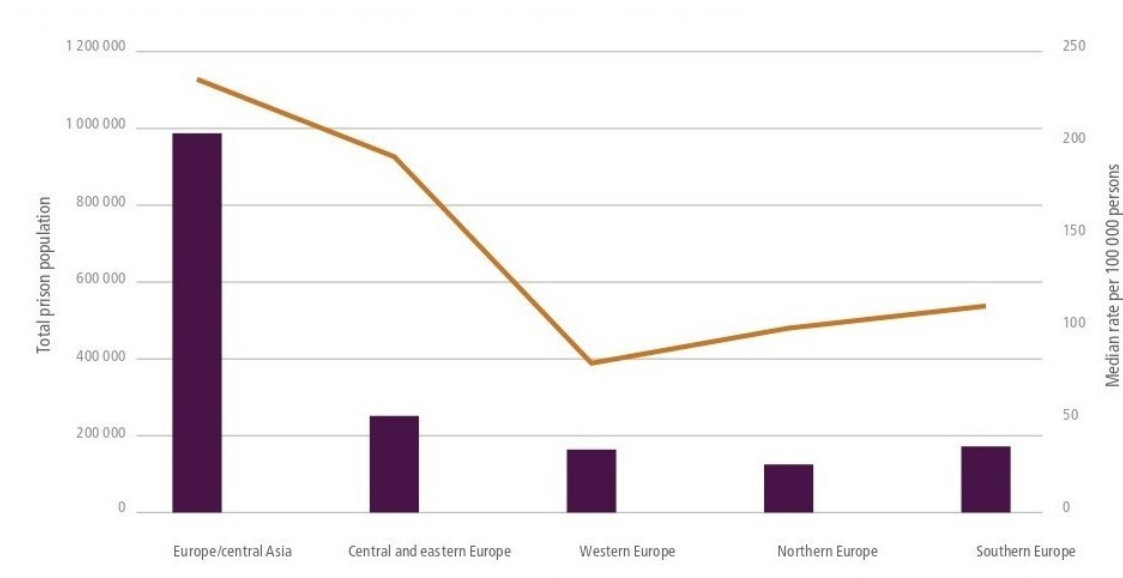
### 3.1 Numeri a confronto

Il tasso di detenzione in Italia, ovvero il numero di detenuti rispetto al numero dei residenti è pari più o meno a 100, ossia 100 detenuti ogni 100 mila persone residenti.

Siamo più o meno a metà classifica in Europa.

Al vertice si pone la Russia con 377 detenuti ogni 100 mila abitanti, seguita da Bielorussia e Turchia. I Paesi scandinavi sono quelli che hanno il tasso di detenzione minore. La Finlandia ha un tasso di detenzione che è la metà di quello italiano. Tra i grandi Stati dell'Unione Europea, la Germania incarcera meno che l'Italia, la Francia di più. (Fig.2) La media europea è trascinata verso l'alto dai Paesi dell'est, con tassi di detenzione tripli rispetto alle democrazie del nord Europa. L'alto tasso di popolazione carceraria in Lettonia e Polonia può essere spiegato dalla loro storia recente, in particolare dalla loro appartenenza al blocco sovietico fino alla fine degli anni ottanta.

**Fig.2 Tassi di incarcerazione e dimensioni della popolazione carceraria in Europa, 2018<sup>17</sup>**



<sup>17</sup> Status report on prison health in Europe

### **3.2 The European Prison Rules<sup>18</sup>**

*“Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation”<sup>19</sup>*

Le “Regole Penitenziarie Europee”, elaborate dal *Consiglio d’Europa*, sono precetti atti a fornire norme, non giuridicamente vincolanti, sui buoni principi e prassi circa il trattamento dei detenuti e per ciò che concerne la gestione delle strutture di detenzione.

Tali regole, adottate dal *Comitato dei Ministri* nel 1973, sono state riformulate nel 1987.

Ma soltanto nel 2006 le suddette regole sono state riviste e aggiornate con una sezione notevolmente ampliata e dedicata all'assistenza sanitaria in ambito carcerario. Per la prima volta ci si riferiva specificamente all'obbligo delle autorità carcerarie di salvaguardare la salute di tutti i detenuti (**punto 39**) e alla necessità di organizzare servizi medici penitenziari in stretta relazione con le risorse della sanità pubblica (**punto 40**).

A partire dalla presa in carico presso l’istituto di detenzione, le Regole Penitenziarie Europee prevedono la registrazione di “eventuali lesioni visibili e lamentele per precedenti maltrattamenti; e qualsiasi informazione sulla salute del prigioniero che possa essere rilevante per il benessere fisico e mentale del prigioniero o altri” (**punto 15.1 e – f**).

Inoltre si afferma: “appena possibile, dopo o al momento stesso dell'ammissione, le informazioni sulla salute del prigioniero devono essere integrate da una visita medica”

In molti casi, tuttavia, i rapporti riferiscono che gli infortuni osservati all'arrivo o subiti in carcere, spesso non vengono affatto registrati o la registrazione non avviene correttamente.

Per quanto riguarda l'assegnazione alle celle, le Regole prescrivono l’idoneità degli spazi (contenuto cubico di aria, illuminazione, riscaldamento e ventilazione) e per quanto possibile, i requisiti di salute e igiene, il tutto al fine di garantire e rispettare la dignità umana.

<sup>18</sup> European Prison Rules : Council of Europe.

<sup>19</sup> Basic Principles for the Treatment of Prisoners



Tra l'altro, le norme penitenziarie sottolineano che “devono essere previste disposizioni speciali per i bisogni sanitari delle donne” (*punto 19.7*) ma in pratica, spesso tali bisogni non sono sempre ricordati o rispettati.

L'organizzazione dell'assistenza sanitaria penitenziaria, così come sancito dalle suddette regole, ha come obiettivo quello di rendere i servizi sanitari della prigione quanto più simili possibile a quelli esterni (*punto 40.3*).

Solo in Francia, nel Regno Unito e in Italia la responsabilità di fornire assistenza sanitaria in carcere è gestita dal Ministero della Salute. Negli altri paesi, i servizi medici penitenziari sono erogati dalla struttura amministrativa della prigione stessa e spesso, come in Portogallo, il rapporto tra i due sistemi è debole o inesistente.

Quasi ovunque si riscontrano unità mediche non sufficientemente attrezzate e l'inefficienza riguarda anche il personale medico – non specialistico. In Grecia, accade che le funzioni infermieristiche vengano svolte da membri non addestrati della prigione, spesso si tratta di detenuti a cui viene assegnata tale mansione, a causa della mancanza di infermieri professionisti. In Polonia, una pratica comune del servizio penitenziario è delegare ai compagni di cella la responsabilità di prendersi cura dei prigionieri disabili.

Pertanto, si può affermare che il *punto 40.5* “ tutto il necessario medico, chirurgico e i servizi psichiatrici, inclusi quelli disponibili nella comunità devono essere forniti al prigioniero” è ancora alquanto ignorato dai sistemi penitenziari europei osservati.

Insieme alla malattia mentale, la tossicodipendenza è uno dei problemi di salute più diffusi e gravi all'interno delle carceri europee; anche in questo caso, le Regole prevedono che “quando si esamina un prigioniero, il medico o un'infermiera qualificata deve prestare particolare attenzione ai sintomi di astinenza derivanti dall'uso di droghe, farmaci o alcool”.

Dal 2017 in tutte le carceri d' Inghilterra e Galles vi è il divieto di fumare, ciò nonostante una piaga dilagante all'interno delle carceri e che sembra colpire maggiormente proprio l'UK, è la circolazione delle NPS “nuove sostanze psicoattive” o “Designer drugs”, sostanze chimiche di nuova ideazione che mimano l'effetto delle droghe proibite. Tali sostanze vengono anche definite

“Legal Highs” (sostanze psicoattive legali) poiché inserite nelle tabelle delle Convenzioni internazionali e in quelle delle leggi nazionali.

Infine, in tutta Europa, le aree sanitarie a cui vengono assegnate priorità sono quelle riguardanti le malattie infettive, le malattie mentali, la patologia autolesionistica e le malattie croniche.

### **3.3 Halden: il modello Norvegese**

*“Tutto dipende dalle circostanze e dall’ambiente in cui si trova l’uomo” [cfr.]<sup>20</sup>*

Nel realizzare il carcere di Halden<sup>21</sup> (2010), situato nell'omonimo comune norvegese, è stato definito dalla stampa internazionale in maniera alquanto approssimativa una “prigione a cinque stelle” perché le sue celle hanno la tv e il frigorifero, percorsi da jogging, una cucina comune, un muro di cinta confuso tra gli alberi e una foresteria per i parenti che si fermano in visita ai detenuti. Il Governo Norvegese ha seguito il principio secondo cui il carcere, inteso come punizione, non sia efficace in termini di “rieducazione”. Pertanto, è più opportuno che i detenuti siano trattati dignitosamente, affinché abbiano maggiori possibilità di reinserimento nella società e minori incentivi a compiere nuovi reati. Solo il 20% dei detenuti in Norvegia vengono arrestati nuovamente nei 2 anni successivi alla scarcerazione contro il con il 50% / 60% in UK e USA.

Questo approccio prettamente “umanitario” tuttavia, non viene applicato a tutte le categorie di detenuti. Infatti, non esistono istituti per detenute madri perché il criterio direttivo prevede che il bambino non debba mai entrare in carcere; se la pena è di lunga durata, la madre non vedrà il proprio figlio ma se quest’ultimo è molto piccolo la pena viene sospesa.

In Norvegia non sono ammessi la pena di morte e l’ergastolo, aboliti rispettivamente nel 1902 e nel 1981; la pena massima per qualsiasi crimine è di 21 anni di detenzione. Fino al 1998 le prigioni norvegesi hanno funzionato in maniera simile a quelle degli altri paesi democratici.

---

<sup>20</sup> Fedor M. Dostoevskij

<sup>21</sup> Carcere di Halden

In quell'anno il Ministero della Giustizia, riformando i metodi e gli obiettivi del sistema penitenziario nazionale, dava esplicita priorità alla riabilitazione dei prigionieri attraverso l'educazione e la terapia di cui la formazione lavorativa era *conditio sine qua non*.

Le due responsabilità principali del sistema penitenziario – detenzione e riabilitazione – si relazionano nella “*sicurezza dinamica*”, metodo che vede le relazioni interpersonali tra polizia penitenziaria e i detenuti come il fattore fondamentale per garantire la sicurezza all'interno del carcere; tale sistema si contrappone al modello di tipo “*statico*” incentrato su di un ambiente restio alle relazioni umane e progettato per prevenire i comportamenti pericolosi.

Il sistema carcerario norvegese e il carcere di Halden nello specifico, si sono dimostrati così efficaci e i risultati ottenuti così ammirevoli da esser stati notati oltre oceano dagli Stati Uniti d'America, tristemente nota per ospitare le prigioni più dure al Mondo.

“*The Challenge of Crime in a Free Society*<sup>22</sup>”, sosteneva che molti penitenziari statunitensi fossero dannosi per la riabilitazione: “La vita in molte carceri è nella migliore delle ipotesi sterile e futile; nella peggiore, indicibilmente brutale e degradante. [...] Le condizioni in cui vivono i detenuti sono la peggiore preparazione possibile alla riuscita del loro reinserimento nella società e spesso semplicemente rinforzano in loro un modello di manipolazione e distruttività”

Le carceri norvegesi hanno uno staff che si alterna con turnazioni per fornire servizi medici, educativi, di lavoro, di segreteria o di biblioteca. Questi sono importati continuamente dalla comunità con vantaggi quali, una migliore continuità nell'erogazione dei servizi, la possibilità da parte dell'autore del reato di stabilire diversi contatti durante il suo periodo di detenzione ma, soprattutto, il coinvolgimento da parte della comunità nel sistema carcerario.

---

22 The challenge of crime in a free society :looking back looking forward – 1997 Washington DC.

## Capitolo 4: La detenzione femminile

### 4.1 Cenni storici

La storia dell'istituzionalizzazione femminile è intrinsecamente correlata alle vicende storiche e sociali che da sempre hanno visto l'uomo non solo come unico protagonista della "*res publica*" ma anche unico garante dello *status quo* femminile.

Infatti fino al XX sec. il concetto di detenzione, così come oggi lo conosciamo, mal si applicava alla donna.

La difficoltà culturale nell'affrontare tale problematica risiedeva nel fatto che storicamente la donna deviata, che contravveniva alle regole della società vigente, e ancor di più in ragione della "sua inferiorità biologica e psichica", non veniva vista come un essere cosciente dei propri atti degeneri, ma una dallo spirito impuro "posseduto" (ad esempio strega) o una deviata a causa di patologie psichiatriche (ricordiamo l'etimologia del termine *isteria*).

Già Cesare Lombroso scriveva nel suo testo intitolato "*La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*"<sup>23</sup>: "se la criminalità femminile è molto meno diffusa di quella maschile, dipende dal fatto che le donne sono più deboli e stupide degli uomini" [...] Ora, se nonostante tali ostacoli una donna commette delitti è segno che la sua malvagità è enorme, perché è riuscita a rovesciar tutti quegli impedimenti" (cfr). La donna che commette reato quindi non va solo contro la legge scritta ma anche contro quella di natura.

Doppia era la pena dovendo subire l'emarginazione sia in quanto delinquente sia in quanto donna.

Le "meritevoli" di subire una istituzionalizzazione non erano solo le fuorilegge come meretrici, vagabonde e traviate ma anche giovani oneste, povere o ricche, orfane e ragazze madri, che andavano incontro alla reclusione per propria volontà o su imposizione dei genitori, del marito o del parroco. Si deduce quindi che per quest'ultima categoria non era necessaria una infrazione delle regole morali e sociali, bastava basarsi sulla "regola del sospetto" ed agire a scopo di tutela preventiva.

---

<sup>23</sup> La donna delinquente, la prostituta e la donna normale 1893

Le delinquenti, recluse senza processo e senza sentenza, dovevano rimanere in carcere a tempo indeterminato, “finché non si hanno per emendate”.

La conseguenza più immediata fu l'arretratezza dei riformatori femminili rispetto ai maschili, e l'ambiguità sia per la popolazione così eterogenea sia per le finalità.

Tali strutture, anche su ordine governativo, venivano affidate alle istituzioni religiose gestite da suore che, sul dictat *ora et labora*, impostavano un regolamento basato sulla purificazione e redenzione dell'errore commesso, passando dalla preghiera ai lavori domestici e alle attività prettamente muliebri.

Spesso, il rapporto tra queste donne e le suore comportava un coinvolgimento affettivo, per la prima volta molte si sentivano finalmente accudite e in qualche modo protette proprio perché la maggior parte delle recluse proveniva da situazioni di abbandono e violenza.

Le donne che vivevano la reclusione venivano corrette nella loro personalità più che punite e questa correzione si basava su due aspetti della vita, quello sessuale e quello lavorativo. Ciò le metteva in condizioni di sposarsi e/o di poter svolgere il lavoro di domestica presso case altrui, in modo tale che dalla reclusione passassero direttamente alla supervisione di un nuovo tutore cioè il marito/padrone.

Tra il seicento e settecento, per affrontare i problemi della cosiddetta povertà “pericolosa”, fatta da infermi, vagabondi, senza tetto e orfani di entrambi i sessi, fecero la loro comparsa, un po' ovunque in Europa, strutture di internamento note come “alberghi dei poveri” dove erano accolte anche le “zitelle”; queste ultime venivano considerate una categoria particolarmente a rischio poiché, oltre ad essere donne povere, non erano nemmeno sposate, perciò prive di una tutela maschile in grado di preservarle da comportamenti “pericolosi”.

Da notare quindi come le donne, anche solo idealmente “problematiche”, fossero una sotto-categoria dei bisognosi, una fascia di deboli tra i deboli.

Anche la città di Palermo racconta una storia simile con la fondazione nel 1733 del Reale Albergo dei Poveri, che fu misto fino al 1898 quando tutti gli uomini furono trasferiti presso altro ricovero, lasciando l'occupazione della struttura alle sole donne e rendendolo ancora oggi noto come Albergo delle Povere.

Tale tipo di gestione affidata ad ordini clericali o a benefattrici dell'alta borghesia, nonostante la nascita a fine '800 delle prime case penali femminili della Giudecca

a Venezia, di Perugia e di Trani a Bari, è perdurata sino alla istituzione del corpo di polizia penitenziaria nel 1990<sup>24</sup>, dove fu affidato alla Polizia Penitenziaria, oltre ai tradizionali compiti di assicurare la sicurezza all'interno degli istituti penitenziari, anche la partecipazione al trattamento rieducativo. A partire da tale Riforma, le donne entrano a far parte del Corpo con pari dignità e professionalità. Ma la necessità di un mutamento, di una modernizzazione delle case di reclusione trovò le sue radici nella riforma penitenziaria del 1975<sup>25</sup>.

L'attuazione della riforma, determinò dei cambiamenti anche all'interno delle carceri femminili. Le suore, pur continuando le loro opere di carità e volontariato, vengono sostituite dalle vigilatrici dipendenti dello Stato a cui spetta la funzione di sorveglianza e custodia.

Il delicato compito della rieducazione venne affidato ad educatori, assistenti sociali, psicologi, affermando così nuove professionalità in ambito psico-sociale.

Grazie anche alla travolgente ondata femminista dell'epoca, il nuovo modello di realizzazione e affermazione delle detenute, cominciò ad essere di stampo emancipatorio e basato sull'istruzione e sul lavoro.

#### **4.2 La "Quota rosa"**

Dal breve excursus storico del paragrafo precedente, si evincono nette differenze e contraddizioni per quel che concerne la detenzione femminile rispetto a quella maschile, ma duole affermare che, nonostante il susseguirsi delle varie riforme penitenziarie del nostro Stato e i vari provvedimenti proposti dal Parlamento Europeo, la situazione ad oggi appare ancora molto critica.

L'organizzazione carceraria, dal punto di vista comportamentale, sembra essere il frutto di una *forma mentis* culturale declinata al maschile; oggi il carcere, per com'è strutturato, "rappresenta un'istituzione totalmente maschile, come ad esempio la caserma, con regole rigide e predeterminate tese a contenere

---

<sup>24</sup> Legge 15 dicembre 1990, n. 395 Ordinamento del Corpo di polizia penitenziaria

<sup>25</sup> Dlg. del 26 Luglio 1975 n 354 "Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative della libertà".

aggressività e violenza, in cui vi è scarso spazio per l'ambito emozionale che fa tipicamente parte dell'esperienza comunicazionale di ogni donna.”<sup>26</sup>

La marginalità con cui viene affrontata la detenzione femminile è sicuramente da attribuire allo scarso numero di detenute (se confrontato con quello dei detenuti maschi), dalle strutture e dai fondi ad esse dedicate.

Secondo il Ministero della Giustizia, al 31 agosto 2019 il numero totale di donne detenute, italiane e straniere, è di 2666 su un totale di 60.741 detenuti, pari a circa il 4,32% della popolazione detenuta, mantenendo un trend costante nel tempo e rispettando una percentuale che dal 1990 ad oggi oscilla tra il 4 e il 5 per cento della popolazione.

Tale stima si mantiene in linea con quella che è la media europea: secondo i dati forniti dal **World Prison Brief**<sup>27</sup>, la percentuale media si attesta al 5%, con Spagna e Portogallo che registrano le percentuali più alte (rispettivamente 8% e 10%) a differenza dell'Albania che registra il numero più basso di presenze (1,6%).

Nel frattempo, complice anche le varie ondate immigratorie che si sono avvicinate, la comunità carceraria femminile è stata modificata dalla presenza sempre più numerosa di donne straniere. Sono prevalentemente donne giovani, di diversa composizione sociale e di diverso livello culturale.

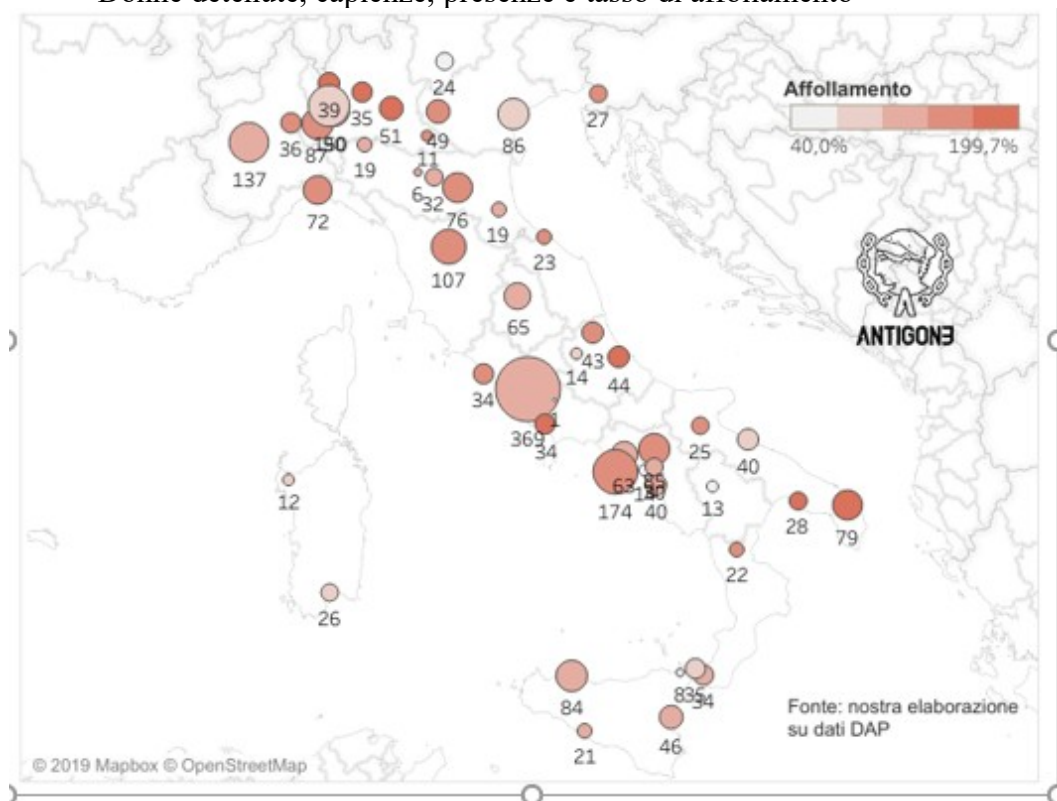
---

<sup>26</sup> Cfr. M.L.Fadda, “La detenzione femminile: questioni e prospettive.”

<sup>27</sup> WPB database online

Le detenute si trovano sparse tra i quattro istituti di pena femminili presenti in Italia - a Roma (“G. Stefanini” Rebibbia Femminile), Pozzuoli, Trani, Venezia (“Giudecca”) – e le 44 sezioni femminili all’interno di carceri maschili: 519 le detenute ristrette nei primi, 1.705 nelle seconde<sup>28</sup>. ( Dati aggiornati al 30 Aprile 2020 )

**Fig.3 LA DETENZIONE FEMMINILE**  
 Donne detenute, capienze, presenze e tasso di affollamento



Fonte: XV rapporto Antigone<sup>29</sup>

<sup>28</sup> XVI rapporto Antigone

<sup>29</sup> XV rapporto Antigone



Secondo il **XIV rapporto**<sup>30</sup> sulle condizioni di detenzioni a cura dell'Associazione Antigone (**Tab.2**): “Su un totale di 19.811 detenuti stranieri, le donne sono 904 e se le popolazioni di origine straniera maggiormente rappresentate nelle carceri italiane, nel loro complesso, sono quella albanese (13%), marocchina (18,6%), romena (13,1%) e tunisina (10,8%), le donne detenute provengono invece per lo più da paesi come Romania (25%) e Nigeria (21%), seguiti a grande distanza da Bosnia (5%), Marocco (4%), Brasile e Bulgaria (3%).”

**Tab.2 Distribuzione dei Paesi di provenienza rispetto ai detenuti**

<b>Donne</b>	<b>%</b>	<b>Uomini</b>	<b>%</b>
Romania	25,6%	Romania	12,5 %
Nigeria	21,0%	Nigeria	5,5%
Bosnia e Erzegovina	5,0%	Tunisia	11,2%
Marocco	4,0%	Marocco	19,3%
Bulgaria	3,3%	Albania	13,6%
Brasile	3,1%	Egitto	3,4%
Altri	37,6%	Altri	34,5%

Anche per quel che riguarda la trasgressione (e di conseguenza la pena) esistono delle differenze; infatti, “I reati per cui le donne finiscono maggiormente in carcere sono quelli contro il patrimonio e la detenzione impropria di stupefacenti, seguiti da quelli contro l’amministrazione della giustizia, la fede pubblica e la pubblica amministrazione.”

Non mancano le pene per associazione di stampo mafioso, mentre per quel che riguarda i reati di prostituzione, la maggior parte riguardano donne straniere.

Leggermente in aumento anche i reati contro la persona.

Il provvedimento di custodia cautelare, oltre al compito di sanzionare la gravità del reato, in molti casi svolge una importante funzione dissuasiva per evitare l’alta probabilità di recidiva, il cui rischio è alto a causa delle condizioni di marginalità, fatta di scarsi riferimenti esterni (abitazione, famiglia) che potrebbero consentire la concessione degli arresti domiciliari. La custodia cautelare in questo caso svolge quindi una funzione preventiva e di difesa sociale.

<sup>30</sup> XIV rapporto Antigone

Gli istituti di pena interamente femminili in Italia sono 4 : il più grande è la Casa Circondariale femminile “G. Stefanini” – Rebibbia a Roma che , al 04 Marzo 2020, ospitava 387 detenute (con capienza regolamentare di 268) ; la C.C.F di Pozzuoli , seconda per capienza (156 ) ; Venezia “Giudecca” che non trovandosi in una posizione facilmente raggiungibile, vive delle situazioni di disagio data da carenza di personale; e infine Trani che, tra tutte, risulta essere la più malmessa dal punto di vista strutturale ( edificio oltremodo vecchio, mancanza di spazi e strutture per favorire lo svago e il movimento) nonché organizzativo, con scarse attività ricreative, scolastiche e rieducative. Le restanti detenute sono accolte in apposite sezioni ricavate dalle carceri maschili come avviene, ad esempio presso la Casa Circondariale “Pagliarelli” di Palermo che, come si evince dalla **Tab.3**, pur nascendo come penitenziario maschile ad oggi risulta essere un carcere misto.

**Tab.3 Detenuti presenti e capienza regolamentare degli istituti penitenziari: situazione al 31 luglio 2019**

Regione di detenzione	Sigla Provincia	Istituto	Tipo Istituto	Capienza regolamentare	Detenuti presenti	Di cui donne
SICILIA	PA	Palermo Antonio Lorusso “Pagliarelli”	CC	1,182	1.382	83

Fonte: [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)

Altre sezioni femminili si trovano ad Agrigento (“Pasquale di Lorenzo”), a Catania (“Piazza Lanza”) e a Messina, per un totale di 203 detenute per la regione Sicilia.

### 4.3 Carcere e Maternità

Quando ci si rivolge ad una detenuta, non si può far a meno di ricordare l'esistenza di una condizione che non può essere fisiologicamente interrotta dall'incarcerazione e che è lo status di madre.

Preme sottolineare come fino al secolo scorso nelle prime case penali femminili non era permesso tenere bambini.

Dare alla luce un figlio in carcere significava affidarlo immediatamente ad un istituto. La madre aveva preclusa ogni possibilità di qualsiasi forma di contatto col proprio figlio.

Si trattava soprattutto di punire il genitore non ritenuto adatto a ricoprire tale ruolo, piuttosto che proteggere e aiutare i figli.

La nostra Costituzione (artt 29,30,31) considera la famiglia “*nucleo fondante della società stessa*”<sup>31</sup> attribuendo grande rilievo all'interazione affettiva tra genitori e figli ed inoltre stabilisce che “le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità (art. 27).

È quanto viene riproposto con la **legge 26 luglio 1975**<sup>32</sup>, che tra i tanti articoli prevede per la prima volta l'opportunità di ottenere un trattamento individualizzato, sempre finalizzato al reinserimento sociale e tenendo conto anche dei rapporti tra il detenuto con l'ambiente esterno, in primis, con la famiglia.

In tale contesto, grande importanza ha l'*art. 11 comma 9 dell'Ordinamento Penitenziario* (della suddetta legge), in quanto unica norma che, prendendo in considerazione la detenzione femminile, consente la possibilità per le detenute madri di figli di età inferiore a tre anni, di tenerli con sé in Istituto.

Ma il binomio “carcere e maternità” nasconde non pochi interrogativi. Vi è da un lato l'esigenza di tutelare il ruolo di madre attraverso la conoscenza dei propri

---

<sup>31</sup> Costituzione Italiana ( cfr:artt 29,30,31).

<sup>32</sup> Legge 26 luglio 1975,n.354 “norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà” (cfr. art 1 , 15 e 28).

figli, per instaurare quel legame tanto profondo quanto fondamentale che si viene a creare già fin dai primi anni di vita.

Al contempo, è fondamentale proteggere l'infanzia, il che vuol dire far crescere i bambini in ambienti adatti al loro sviluppo fisico cognitivo e comportamentale.

Nasce quindi spontanea la domanda su come un carcere possa consentire e agevolare tutto ciò, soprattutto in vista di una separazione traumatica una volta che il bambino avrà compiuto 3 anni.

La legge 10 ottobre 1986<sup>33</sup> conosciuta anche come *legge Gozzini*, introdusse tra i diversi provvedimenti in ambito penitenziario, la “detenzione domiciliare” cioè la possibilità di scontare la pena in casa propria o altrui, o in altro luogo di dimora, anche pubblico.

A tale beneficio poteva accedere anche “la donna incinta o che allattava la propria prole ovvero madre di prole di età inferiore a tre anni con lei convivente”

Ma è con la “**Legge 8 Marzo**”<sup>34</sup>2001 che si assiste a nuove misure alternative come il rinvio dell'esecuzione della pena, la “detenzione domiciliare speciale” che come la precedente normativa prevede la possibilità di scontare la pena presso il proprio o altro domicilio allo scopo di provvedere alla cura e all'assistenza dei figli.

Ovviamente, tale provvedimento ha delle forti restrizioni, non potendosi accedere le detenute alle quali è stata revocata la responsabilità genitoriale.

Tra l'altro, “per la condannata nei cui confronti è disposta la detenzione domiciliare speciale, nessun onere grava sull'amministrazione penitenziaria per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica”<sup>35</sup>.

E infine, “l'assistenza all'esterno dei figli minori” è concessa alle detenute i cui figli non superano i 10 anni di età; in tal modo viene garantita ai figli minori la presenza della madre quasi tutti i giorni, senza dover aspettare i pochi colloqui

---

33 Legge 10 Ottobre 1986,n.663 “Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà”.

34 Legge 8 Marzo 2001,n.40 “Misure alternative alla detenzione a tutela del rapporto tra detenute e figli minori”

35 Ordinamento penitenziario (legge 354/75) Articolo 47 quinquies (Detenzione domiciliare speciale)

mensili che non soddisfano il giusto continuum tra ruolo educativo della madre e bisogno di cure del figlio.

La permanenza in istituto deve quindi considerarsi eccezionale e deve essere giustificata da un giudizio inerente la pericolosità della persona condannata.

In **Tab.4** si può evidenziare la situazione presente in alcuni istituti penitenziari italiani al 31 agosto 2019, in riferimento a detenute madri italiane e straniere con figli al seguito.

**Tab. 4 Detenute madri con figli al seguito presenti negli istituti penitenziari italiani distinte per nazionalità. Situazione al 31 agosto 2019**

Regione di detenzione	Istituto di detenzione	Italiane		Straniere		Totale	
		Presenti	Figli al seguito	Presenti	Figli al seguito	Presenti	Figli al seguito
ABRUZZO	Teramo CC	-	-	1	1	1	1
CAMPANIA	Laura ICAM	6	6	2	2	8	8
EMILIA ROMAGNA	Forli CC	-	-	2	2	2	2
LAZIO	Roma "Germana Stefanini" Rebibbia femminile CCF	5	5	6	6	11	11
LOMBARDIA	Bollate "II C.R."	-	-	4	4	4	4
LOMBARDIA	Milano "Francesco Di Cataldo" San Vittore CCF	2	2	7	7	9	9
PIEMONTE	Torino "G. Lorusso L. Cutugno" Le Vallette CC	7	10	3	3	10	13
SICILIA	Messina CC	1	1	-	-	1	1
TOSCANA	Firenze "Sollicciano" CC	1	1	-	-	1	1
VENETO	Venezia "Giudecca" CRF	1	2	-	-	1	2
<b>Totale</b>		<b>23</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>48</b>	<b>52</b>

[www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)

L'ordinamento penitenziario prevede inoltre, per madri detenute con prole inferiore ai sei anni, il soggiorno in reparti particolari con regime di custodia meno duro rispetto al carcere vero e proprio, si tratta delle ICAM (**Istituti a Custodia Attenuata per Detenute Madri**), strutture costituite in via sperimentale nel 2006. I figli vengono affidati alle madri sotto loro precisa richiesta.

Secondo il report del *Garante Nazionale delle persone detenute o private della libertà personale* uscito a inizio 2019, sono solo cinque gli ICAM attualmente operativi in Italia:

- Lauro (Avellino)
- Milano “F. Di Cataldo”,
- Senorbì (Cagliari),
- Torino “G. Lorusso L. Cutugno”,
- Venezia “Giudecca”.

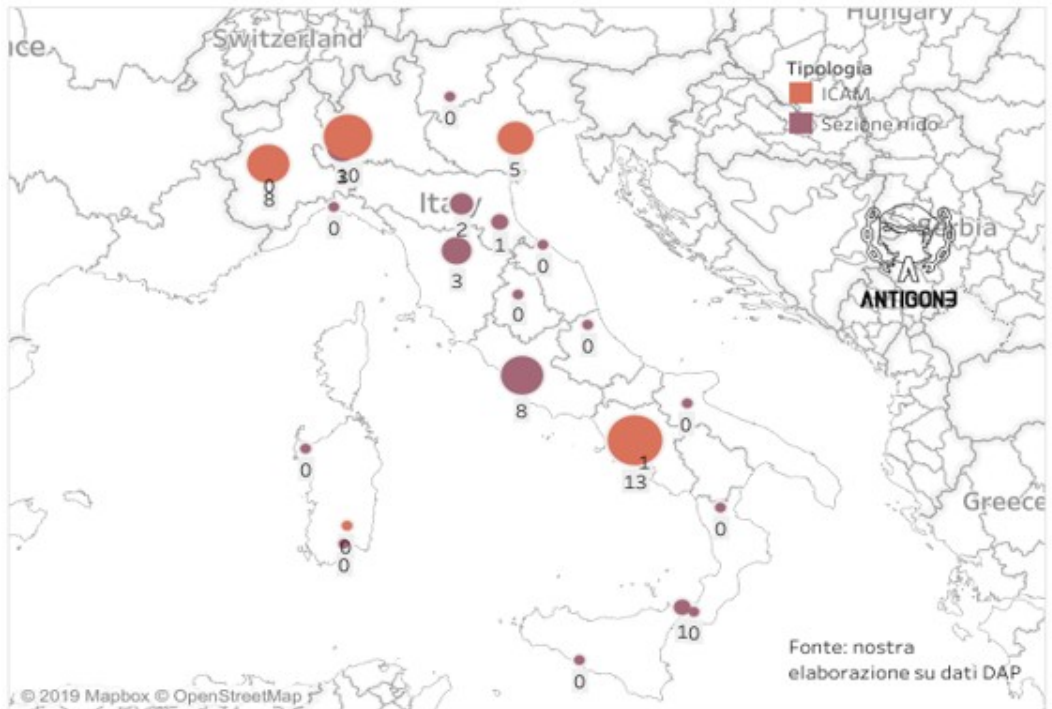
Gli ICAM sono pensati come luoghi a misura di bambino, carceri colorate e accoglienti, in cui le sbarre non sono visibili ai bambini e dove gli agenti non portano la divisa (eccellenza e apripista è Milano “F. Di Cataldo”, operativa già dal 2007). Nonostante la legge n. 62 del 21 aprile 2011 preveda la creazione di altri ICAM, le altre Regioni tardano ad adattarsi e come sempre i punti focali che determinano ritardi ed inadeguatezza sono da ricercarsi nella carenza di fondi e nel rimpallo delle responsabilità.

Altra organizzazione hanno invece le sezioni nido distribuite in 19 penitenziari ma di cui solo 17 effettivamente funzionanti e si trovano ad Agrigento “Pasquale Di Lorenzo”, ad Avellino “Antimo Graziano” Bellizzi, a Bologna “Rocco D’Amato”, a Cagliari “Ettore Scalas”, a Castrovillari “Rosa Sisca”, a Firenze, a Sollicciano, a Foggia, a Forlì, a Genova “Pontedecimo”, a Messina, a Milano “Bollate”, a Perugia “Capanne”, a Pesaro, a Reggio Calabria “Giuseppe Panzera”, a Roma Rebibbia “Germana Stefanini”, a Sassari “Giovanni Bacchiddu”, a Teramo, a Torino “G. Lorusso L. Cutugno”, a Trento “Spini di Gardolo”.

La **Fig.4** mostra il numero dei bambini presenti in ICAM e nelle sezioni nido (2019) nei vari istituti di pena italiani .

**Fig.4**

## **Bambini in carcere** **Presenze in Icam e nelle sezioni nido**



Fonte:www.antigone.it

Come accennato, le sezioni nido hanno poco a che vedere con gli ICAM; infatti, possono essere costituite da semplici stanze, dove i bambini imparano a camminare appoggiandosi alle sbarre, provviste di piastre per poter scaldare le vivande e di culle e dove il sonno è disturbato dal rumore delle chiavi che chiudono le celle, oppure possono consistere di reparti a se stanti. A tal proposito, un esempio è il carcere di Rebibbia in cui è presente un nido che consta di 4 stanze in ambiente separato rispetto al resto del carcere, “La casa di Leda” , una realtà divenuta tristemente nota nel 2018 a causa del duplice infanticidio avvenuto proprio tra quelle mura e perpetrato dalla loro stessa madre. L’unica sezione di asilo nido presente in Sicilia è a Messina, dove nel 2017 un bambino, figlio dell’unica detenuta- madre allora presente in struttura, ha ingerito del topicida e, fortunatamente, senza esiti fatali. Questo può accadere perché il carcere, anche

nelle situazioni migliori, resta comunque un luogo incompatibile con le esigenze di sviluppo psico-fisico del bambino con il rischio concreto di creare dei limiti che potrebbero incidere sulla loro crescita complessiva. I bambini in carcere soffrono di disturbi legati al sovraffollamento e alla mancanza di spazi idonei. Regole e ritmi del carcere creano inevitabilmente situazioni di stress e tensioni che si ripercuotono nel rapporto madre/figlio oltre tra le detenute stesse.

Nelle strutture sprovviste di sezioni nido, determinante è l'attività di volontariato volto a rendere quanto più piacevole, o meglio meno traumatico, l'incontro tra madri e figli durante le ore di colloquio.



## Capitolo 5: La medicina di genere

*“Women and man are different. Equal treatment of men and women does not result in equal outcomes”*<sup>36</sup>

L’OMS definisce il **genere** “come la sommatoria di indicatori sociali circa il comportamento, le azioni ed i ruoli attribuiti ad un sesso e parametro fondamentale per la promozione della salute”.

Si definisce quindi, la Medicina di Genere come lo studio integrato tra le divergenze biologiche (definite dal sesso) socio-economiche e culturali (definite dal genere) e su come queste influiscano sullo stato di salute e di malattia di ogni persona.

Si occupa di studiare le differenze tra uomo e donna dal punto di vista della frequenza e del modo in cui contraggono le malattie e, soprattutto, della risposta alle terapie. Il termine fu usato per la prima volta nel 1991 dalla cardiologa B. Healy, la quale pubblicò sul *New England Journal Medicine*<sup>37</sup> un articolo che descriveva la discriminazione delle donne nella gestione delle malattie cardiovascolari.

In Italia si cominciò ad utilizzare tale concetto nel 1998 con il progetto del Ministero Salute «Una salute a misura di donna»<sup>38</sup> ma è solo in periodi recenti che la medicina di genere è stata inserita nel piano socio sanitario. Infatti il 13 giugno 2019 è stato firmato, dall’allora ministro della Salute Giulia Grillo, il decreto con cui veniva adottato il *Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere*.<sup>39</sup> In ultima analisi, lo scopo della Medicina di Genere è concretizzare programmi di prevenzione, sviluppare metodologie diagnostiche e terapie su misura al fine di riconoscere e valorizzare le differenze tra i generi. Il vantaggio risiede nell’identificazione di screening di malattia appropriati per i due sessi e per fasce di età differenti, al fine di assicurare quanto più possibile equità di accesso e adeguata fruizione alle cure.

<sup>36</sup> “Women in Prison and the Children of Imprisoned Mothers” Quaker Council for European Affairs e Quaker United Nations Office del 2007.

<sup>37</sup> Sex Differences in the Management of Coronary Artery Disease .

<sup>38</sup> Una salute a misura di donna - La salute della donna. Un approccio di genere.

<sup>39</sup> Previsto dall’articolo 3 della Legge 3/2018, approvato in Conferenza Stato-Regioni lo scorso 30 maggio.

## Capitolo 6: La medicina genere-specifica in ambito penitenziario.

### 6.1 *Bisogno di salute nelle donne detenute*

*“Punishment should not be cruel and unusual, but, unfortunately, inhumane acts in prisons are cruel and not unusual.”<sup>40</sup>*

La condizione detentiva femminile si tinge di una carica emozionale e di una sofferenza diversa da quella maschile; lo stigma sociale, i sensi di colpa per aver subito e causato il distacco dai propri cari possono, come conseguenza, determinare la somatizzazione del disagio emotivo ma, paradossalmente, la difficoltà di vivere a pieno la propria femminilità in un contesto simile spinge a mettere in atto atteggiamenti di cura del sé e dell’ambiente, che contrastano una totale spersonalizzazione .

L’essere assegnate alle svariate sezioni femminili, ricavate dalle altrettante carceri prettamente maschili del nostro Paese, permette di garantire una certa territorialità e una certa vicinanza alla propria famiglia di origine. Ma è anche vero che, la destinazione in carceri interamente femminili garantisce il poter usufruire di una più adeguata organizzazione del servizio sanitario; ciò sarebbe auspicabile almeno per le detenute prive di stabili relazioni esterne, come la gran parte delle detenute straniere di cui ultimamente la popolazione carceraria femminile si è arricchita. Il poter accedere alla rete sanitaria territoriale è uno dei punti cardine del problema, poiché le donne detenute portano con sé molte più problematiche di natura sanitaria rispetto agli uomini.

Come già ribadito, il tempo di permanenza in carcere è molto più breve rispetto a quello dei maschi detenuti, ma il minor tempo di detenzione e/o i loro repentini spostamenti da una struttura all’altra, spesso portano a sottovalutare, se non addirittura ad ignorare, le suddette problematiche.

Diversi studi condotti oltreoceano confermano che il “link” tra tossicodipendenza, alcolismo, violenza domestica ed abusi di natura sessuale sia nettamente superiore nella popolazione femminile detenuta, costituendo circa l’80 % tra le carcerate. Purtroppo, il carcere non è esattamente il luogo più idoneo per un recupero tale da non indurle nuovamente a commettere un crimine, quest’ultimo senza alcun

---

<sup>40</sup> 2003 Cruel but Not Unusual Punishment: The Failure to Provide Adequate Medical Treatment to Female Prisoners in the United States Kendra Weatherhead

dubbio, direttamente correlato alla condizione psico-fisica dettata dalla dipendenza. Inoltre, donne che hanno nel loro background storie di violenza sono più predisposte alla depressione maggiore, al dolore cronico nella regione pelvica e a disturbi gastrointestinali.

Il fallimento del sistema giudiziario, nel non riconoscere questo e altri specifici bisogni, pone le basi per la violazione del loro diritto costituzionale ad un trattamento sanitario ad hoc e questo determina una sproporzione tra atto criminale e pena. Esiste, quindi, un binomio di criminalità e vittimizzazione che rende la situazione un po' più delicata e che richiede interventi mirati in grado di tenere maggiormente in considerazione le specificità femminili, al fine di ridurre la disparità tra donne e uomini.

### ***6.2 Prevenzione: malattie infettive, screening oncologici***

In correlazione con quanto riferito nel paragrafo precedente, le storie di violenze e di abusi si correlano drammaticamente con l'alto numero, in percentuale, di detenute affette da HIV/AIDS, da HCV e da altre patologie a trasmissione ematica e sessualmente trasmissibili. Il numero è superiore non soltanto rispetto alle donne non in stato di detenzione ma, in proporzione, anche rispetto ai maschi detenuti.

**Tab.5 Prevalence of communicable diseases in prisons in Europe**

<b>Communicable disease</b>	<b>Prevalence in prisons in Europe</b>
<b>HIV</b>	Males: 0.03 – 5.4% Females: 0 – 4.7%
<b>Chlamydia</b>	Males: 0 – 24% Females: 0 – 30.7%
<b>Syphilis</b>	Males: 0- 1.8% Females: 0 – 0.76%

Fonte: Status report on prisons health in Europe

*“Anche per quel che riguarda l’infezione da papillomavirus umano (HPV), la possibilità di infettarsi appare elevata, in considerazione dei fattori di rischio a cui sono maggiormente esposte le detenute; risulta altresì elevato il riscontro di cancro della cervice uterina, da quattro a cinque volte superiore rispetto a quanto riscontrato nelle donne non detenute.<sup>41</sup> «Credo che sia un dovere, per chi si occupa di pianificazione dei servizi che possono contribuire a migliorare la salute della popolazione, offrire in maniera proattiva quelle prestazioni di diagnosi e terapia che le evidenze di efficacia mostrano essere necessarie. Gli screening fanno parte di questo gruppo di prestazioni. Non si parte con un programma di screening se non ci sono robuste evidenze scientifiche sulla sua efficacia nel consentire una diagnosi precoce, né lo si attiva se non si dispone di un test adeguatamente sensibile e specifico. Ma quando esistono questi due elementi, allora è opportuno, raccomandabile e perfino doveroso da parte di un Servizio sanitario universalistico offrire questa modalità di indagine a tutta la popolazione. E occorre farlo in maniera proattiva, senza aspettare che siano gli individui a richiedere la prestazione. E ancora non basta: serve una sollecitazione per recuperare i non rispondenti, in modo che tutti quelli che possono trarre beneficio da questo intervento siano messi in condizione di aderire»<sup>42</sup>*

È su questa logica che i programmi di screening devono essere offerti anche alla popolazione carceraria.

L’Azienda Asl Roma B, l’Associazione VIC Volontari In Carcere e l’Associazione Susan G. Komen Italia (per la lotta ai tumori del seno), insieme alla Direzione della Casa Circondariale Femminile Rebibbia sono riusciti a portare lo screening cervicale e quello mammografico all’interno del penitenziario.

La Casa Circondariale Femminile di Rebibbia è il carcere femminile più grande d’Italia e d’Europa, con oltre 300 donne detenute e con oltre 150 donne che vi lavorano. A tutte loro, nel 2015, è stata offerta la possibilità di effettuare lo screening per il tumore della mammella con l’esame ecografico per le donne sotto i 40 anni e con la mammografia per quelle con età superiore.

---

41 “La salute genere-specifica in ambito penitenziario” E.Rastrelli.

42 Mariella Martini, Direttore Generale Sanità e politiche sociali della Regione Emilia Romagna.

È necessario sottolineare che offrire uno screening alla popolazione carceraria non è così semplice, non soltanto dal punto organizzativo ma anche per la particolare popolazione target considerata. Infatti, le prime problematiche che gli organizzatori hanno dovuto affrontare sono state le diversità etniche ed epidemiologiche della popolazione carceraria, dove è alta la presenza di donne extracomunitarie che, da una parte iniziano l'attività sessuale in età precoce, dall'altra non hanno mai avuto un approccio alla prevenzione.

Pertanto, è stata scelta una linea di offerta del test leggermente diversa da quella tradizionale. Il Pap test è stato offerto alle donne con più di 18 anni, la mammografia a quelle con 40 anni o più.

Merita una breve riflessione anche l'influenza della comunicazione verso questa fetta di popolazione fragile.

La Asl Roma B ha potuto contare su un'unità di volontariato operativa nel penitenziario. Infatti, si è costruita una rete di sensibilizzazione che ha compreso la distribuzione di dépliant in varie lingue e l'organizzazione di incontri dentro la struttura sanitaria di Rebibbia. Alle donne in regimi particolari, come il 41 bis, che non potevano partecipare agli incontri è stato proposto il materiale cartaceo.

I test di screening sono stati eseguiti nell'ambulatorio del carcere. La risposta delle donne all'effettuazione dei test di screening è stata considerevole dato che si sono sottoposte al Pap test 109 donne su 122 e alla mammografia 71 su 72.<sup>43</sup>

Ma le difficoltà con la popolazione carceraria non finiscono con l'organizzazione e l'esecuzione dei test di screening; le case circondariali sono caratterizzate da un'ampia rotazione delle ospiti e, pertanto, sarebbe auspicabile potere disporre di informazioni che consentano di contattare le donne nel caso escano dal carcere, mediante ad esempio una cartella clinica informatizzata o tramite contatto con il loro avvocato.

Tuttavia, anche se le reti dei programmi di screening non riescono ancora a superare tale ostacolo, l'aver messo a punto questo servizio per la popolazione carceraria non sarà stato tempo sprecato.

---

<sup>43</sup> Progetto Francesco Marabotto per la salute in carcere

## **Capitolo 7: “*Status report on prison health in the WHO European Region*”**

Nello “*Status report on prison health in the WHO European Region*” del 2019 è presentata l’analisi dei dati ottenuti dal monitoraggio e dalla sorveglianza dello stato di salute nella popolazione carceraria dei sistemi sanitari di 39 Stati membri, in un periodo compreso tra il 2016 e il 2017.

L’obiettivo è stato quello di evidenziare le aree sanitarie degli istituti di pena che dovrebbero allinearsi al meglio a quello che è l’orientamento dell’OMS e cioè, nelle carceri, dovrebbero essere gestite le condizioni di salute preesistenti e promossi gli stili di vita corretti, con interventi sanitari adeguati.

“Gran parte delle persone in carcere rientrano nella comunità ogni anno, quindi vedere la prigione come uno scenario per la salute pubblica apre un’opportunità per azioni di salute pubblica e migliorare l’alfabetizzazione sanitaria per sostenere e proteggere le popolazioni vulnerabili”, afferma il Dott. Bente Mikkelsen direttore della divisione delle malattie non trasmissibili e della promozione della salute presso l’ufficio regionale dell’OMS per l’Europa.

Il Rapporto ha messo in evidenza come tali sistemi di sorveglianza siano carenti e come questi si ripercuotano negativamente sulle attività rivolte alle necessità dei soggetti detenuti.

Alla stessa stregua di quanto effettuato dall’OMS, in Italia è stato condotto lo studio “Il monitoraggio della salute dei detenuti nel carcere di Trento: l’indagine PASSI in carcere (2016)” pubblicato sul Bollettino Epidemiologico Nazionale nel febbraio 2018.

Tale studio è stato condotto avvalendosi di un questionario standardizzato e somministrato ad un campione rappresentativo di detenuti della casa circondariale di Trento. Nella nostra Isola, nonostante la Regione Sicilia si sia adeguata alla normativa nazionale attraverso il decreto del 15 dicembre 2015, il quale dispone che l’area sanitaria di ogni circuito penitenziario sia affidata alle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) secondo il Servizio Sanitario Regionale (SSR), sussiste ancora una certa discrepanza tra i servizi offerti al libero cittadino e al carcerato, soprattutto per quanto concerne la Prevenzione.

L'alto tasso di recidiva a cui segue un nuovo periodo di detenzione, crea un circolo "carcere-comunità" in cui l'assistenza sanitaria si mostra fallace e vulnerabile con implicazioni negative per la salute pubblica e mettendo in crisi la capacità di un Paese di affrontare le disparità.

Le carceri e altri luoghi di detenzione hanno l'opportunità di offrire interventi e trattamenti preventivi e di riduzione del rischio, sono contesti in cui gli interventi sanitari possono affrontare le condizioni di salute esistenti e contribuire a istruire i detenuti ad intraprendere stili di vita positivi e cambiamenti comportamentali.

## Materiali e Metodi

Il 5 luglio 2018, riuscendo ad inserire tale data nel calendario delle attività di screening dell'Asp 6, grazie alla valida collaborazione dei suoi operatori, attraverso l'utilizzo di camper adeguatamente attrezzati e muniti di tutto il necessario per effettuare i test di screening (mammografia e Pap-Test), si è dato il via a questa esperienza presso la CC Pagliarelli-Antonio Lorusso di Palermo.

Prima di effettuare i test di screening alle detenute di questo carcere, si è proceduto ad un incontro preliminare, di informazione sugli screening, al fine di sensibilizzare le stesse e di fornire le legittime delucidazioni. Le detenute presenti all'incontro sono state 35. Tale incontro preliminare è stato condotto tenendo conto della eterogeneità di età, del grado di scolarizzazione e della lingua delle detenute. Per le detenute straniere è stata utilizzata una brochure fornita dall'ASP 6.

Inoltre, è stato redatto un questionario (**AII.1**), come valido strumento di indagine, per mettere in atto un'analisi del bisogno di salute delle carcerate. Tale questionario, basato sul modello di sorveglianza epidemiologica PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è stato leggermente modificato con l'aggiunta di alcune sezioni di domande estrapolate da una evoluzione del suddetto, il questionario PASSI carcere<sup>44</sup> ; inoltre, l'ultima sezione del questionario dedicata al monitoraggio della salute mentale è stata ampliata utilizzando il **Patient Health Questionnaire-9**<sup>45</sup>, usato già negli Stati Uniti in ampi campioni della popolazione generale per la diagnosi e il monitoraggio della depressione e per stimarne la prevalenza.

La somministrazione del suddetto questionario è stata attuata circa 2 mesi dopo l'effettuazione degli screening (18/09/2018).

---

<sup>44</sup> Il monitoraggio della salute dei detenuti nel carcere di Trento. L'indagine PASSI in carcere (2016)

<sup>45</sup> (PHQ-9)



## **SEZIONI del questionario utilizzato:**

*Sezione1:* domande generali: dati anagrafici, istruzione, rapporti familiari.

*Sezione 2:* attività lavorativa e/o sportiva, alimentazione, percezione stato di salute.

*Sezione 3:* abitudini voluttuarie (fumo- alcool- stupefacenti)

*Sezione4:* rischio cardiovascolare.

*Sezione5:* ampia sezione dedicata agli screening (Pap test e Mammografia).

*Sezione6:* salute mentale.

## **RISULTATI**

La mammografia, eseguita su un totale di 16 detenute, ha dato esito negativo nel 100% dei casi.

A 7 detenute (43,75%) è stato consigliato di ripetere la mammografia dopo un anno.

Relativamente allo screening per il tumore della cervice uterina, si sono sottoposte volontariamente al Pap test solo 14 detenute. Secondo i referti dell'Asp 6 (basati sulla classificazione e nomenclatura secondo il sistema Bethesda 2001 modificata) due preparati (14,28%) sono risultati inadeguati per flogosi intensa.

È stata riscontrato uno status infiammatorio in 10 preparati (71,42%) e di questi, 1 (10%) è risultato positivo per Gardnerella Vaginalis e 2 (20%) per Trichomonas Vaginalis.

Il giudizio diagnostico è risultato positivo per LSIL (low-grade squamous intraepithelial lesion) e ASC-US (atypical squamous cells of undetermined significance) rispettivamente in due preparati (14,28%). Come azione conseguente, è stata consigliata a tre detenute la ripetizione del test dopo un anno, mentre a quattro è stato consigliato di ripetere il Pap test dopo aver eseguito una terapia antiflogistica.

Come precedentemente descritto, strumento di indagine dei bisogni di salute delle detenute è stato il questionario adeguatamente redatto ma somministrato, purtroppo, solo a 15 detenute (su 18 che avevano precedentemente aderito e su un

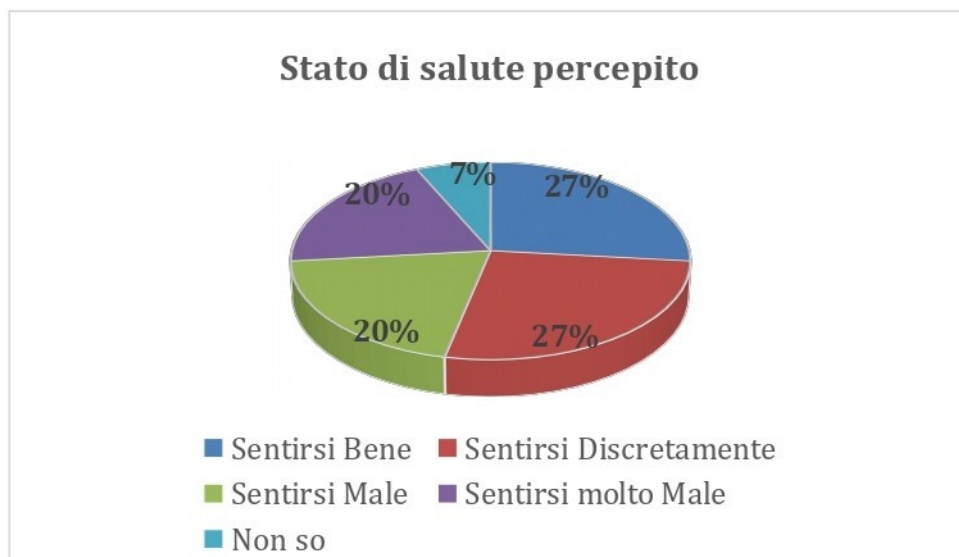
totale di circa 35 che avevano partecipato all'incontro preliminare). Ad esclusione di una sola detenuta con nazionalità Rumena, le restanti erano tutte di nazionalità italiana.

L'età media delle detenute era di 44,73 (range 32-67). Il 60% risultava coniugata, 13,33% convivente, 20% divorziata, 6,67% vedova. Per quanto riguarda il grado di istruzione, l'80% aveva un titolo di studio basso (40% licenza elementare, 40 % licenza media) e il 13,33% nessun titolo; solo il 6,67% ha dichiarato di possedere il diploma di scuola superiore.

Il tempo di permanenza in carcere era di 5,2 anni.

Relativamente allo stato di salute percepito, un discreto numero di detenute (40%) ha dichiarato di sentirsi male o molto male (Fig.5).

**Fig.5**



È stato chiesto alle detenute se la loro fosse un'alimentazione equilibrata (comprensiva di carboidrati, proteine, frutta e verdura) e dalle risposte (Fig.6) si è evidenziato come la maggior parte di loro (60%) ritiene di non avere un'alimentazione adeguata.

Il consumo di frutta e verdura è risultato alquanto carente dal momento che solo il 26,66% dichiara di consumare 3-4 porzioni giornaliere.

**Fig. 6**



Per ciò che riguarda l'attività fisica svolta negli ultimi 30 giorni, solo poco più del 30% ha dichiarato di svolgere attività fisica sufficiente o poco più che sufficiente.(Fig.7)

**Fig. 7**



Per quanto concerne le abitudini voluttuarie, (tab.6), il consumo contemporaneo di fumo, alcool, droga si è rilevato nel 20% delle detenute, con un consumo giornaliero di circa 19 sigarette.

**Tab. 6 Abitudini Voluttuarie**

	<b>FUMO</b>	<b>ALCOOL</b>	<b>DROGA</b>
<b>SI</b>	73,33%	26,67%	40,00%
<b>NO</b>	26,67%	73,33%	60,00%

Alla richiesta se le informazioni fornite durante l'incontro preliminare sui programmi di screening per la prevenzione del tumore della cervice e del tumore della mammella fossero state esaustive e comprensibili, hanno risposto positivamente solo 10 detenute su 15 che hanno partecipato alla somministrazione del questionario, cioè le stesse presenti il giorno dell'effettuazione degli screening e che avevano partecipato all'incontro preliminare. Le altre 5 detenute non hanno potuto rispondere in quanto non presenti il giorno in cui si è organizzato sia l'incontro per "l'informazione" che per l'effettuazione dei test di screening.

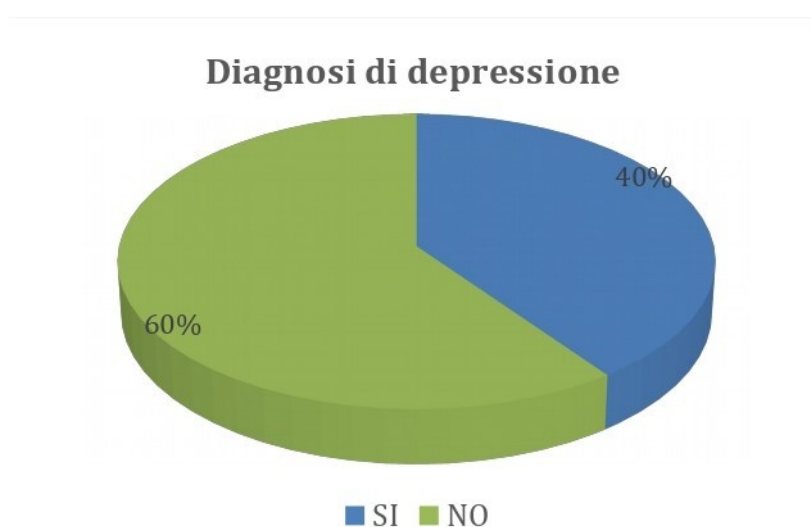
Si è chiesto, inoltre, se nel corso della loro vita avessero eseguito un Pap-test a scopo preventivo, in assenza cioè di sintomi o altri disturbi e solo il 6,67% ha risposto negativamente. (Tab.7)

**Tab.6 Esecuzione Pap-test in assenza di sintomi**

<b>Periodo di esecuzione</b>	<b>%</b>
Ultimi 12 mesi	33,33%
Più di 3 anni fa	33,33%
Tra 2-3 anni fa	20%
Tra 1-2 anni fa	6,67%
Mai eseguito	6,67%

Una ulteriore sezione del questionario è stata quella pertinente la salute mentale; alla domanda se mai avessero avuto una diagnosi di disturbo depressivo, una non trascurabile percentuale (40%) delle detenute ha risposto in modo affermativo e di queste, il 20% ha dichiarato di essere sotto terapia farmacologica specifica. (Fig.8) La media di giorni vissuta in cattiva salute mentale (nell'arco di 15 giorni) è stata di circa 8 giorni.

**Fig. 8**



Si è chiesto, infine, se nell'ultimo mese avessero fatto ricorso a visite mediche specialistiche; poco più della metà ha affermato di avere effettuato alcune visite specialistiche, soprattutto visite odontoiatriche ed oculistiche presso il penitenziario stesso, nonché esami ecografici.

## DISCUSSIONE

Nel corso di questa mia esperienza ho potuto constatare quanto il carcere sia un mondo poco conosciuto e molto poco indagato relativamente alla salute dei detenuti; ad oggi si conoscono pochi studi epidemiologici<sup>46</sup> pubblicati nel nostro Paese, di cui due sulla salute del personale di custodia. Le ragioni saranno di sicuro molteplici ma, proprio per questa mia, seppur limitata esperienza sul campo, penso di poter asserire che una delle motivazioni principali sia la difficoltà e la complessità di accedere a questo ambiente. Il carcere è un luogo distaccato dal resto della collettività, contraddistinto da direttive ferree e condizioni obbligate per “motivi di sicurezza”. Tornando alla mia personale esperienza, la difficoltà di accesso alla struttura carceraria Pagliarelli si è evidenziata fin dall’inizio. Infatti, proprio per motivi burocratici ed organizzativi, è stato programmato, al fine di sensibilizzare le detenute e di fornire le legittime delucidazioni, un unico incontro preliminare di informazione sugli screening, proprio nello stesso giorno in cui sono stati effettuati i test di screening. Oltre a dover rispettare i target anagrafici dettati dall’Asp 6 (50- 69 anni per la mammografia e 25- 69 anni per il Pap-test), l’aver potuto dedicare poco tempo alla “informazione” ha sicuramente influito negativamente sul numero delle adesioni agli screening.

In conseguenza dei risultati ottenuti dall’effettuazione del Pap-test, le quattro detenute affette da flogosi vaginale sono state sottoposte a trattamento farmacologico adeguato.

La realizzazione di questo mio lavoro è stato particolarmente difficile e faticoso soprattutto per problematiche burocratiche non indifferenti. Numerose le criticità evidenziate e alcune non facilmente gestibili. Infatti, l’aver somministrato il questionario a distanza di circa due mesi dall’incontro preliminare, per assecondare le tempistiche dettate dalle autorità penitenziarie, ha comportato una adesione ridotta (15 su 18 che avevano precedentemente aderito e su un totale di circa 35 che avevano partecipato all’incontro preliminare). La suddetta scarsa adesione potrebbe essere riconducibile anche alla decisione del magistrato competente di somministrare il questionario solo a detenute con pena definitiva, nonostante la valutazione positiva, da parte dello staff di educatori e psicologi del “Pagliarelli-Antonio Lorusso”, della formulazione del questionario.

---

<sup>46</sup> La salute dei detenuti in Italia : i risultati di uno studio multicentrico

Per quanto riguarda, invece, la ridotta adesione agli screening, una ulteriore motivazione, oltre a quella riconducibile a deficit di informazione, potrebbe essere ricercata nel fatto che il “Pagliarelli- Antonio Lorusso” è una Casa Circondariale e non Casa di Reclusione, per cui accoglie detenute sottoposte a continui trasferimenti verso e/o provenienti da altre strutture. Pertanto, parte delle detenute a cui è stato somministrato il questionario non ha potuto partecipare al programma di screening in quanto in quel periodo non presente nella struttura carceraria, ma ospite in altre strutture o in regime di arresto domiciliare.

Da non sottovalutare un'altra criticità, alla base della ridotta adesione al Pap-test, quale la concomitante presenza del ciclo mestruale, che ha di fatto impedito al 20% delle intervistate di sottoporsi al test.

In merito al vaccino HPV, la totalità delle intervistate ha dichiarato di non essersi mai sottoposta a tale vaccino a causa di una scarsa o assente comunicazione con il proprio medico curante/ginecologo.

Dalle risposte fornite dalle detenute alle domande circa le abitudini voluttuarie, si evince che la maggior parte (73%) fuma sigarette; da questo si può dedurre come il fumo sia, molto probabilmente, il mezzo per sopravvivere alle lunghe giornate passate tra le mura carcerarie. Le carenze strutturali non invogliano certo all'attività fisica, come si evince dall'alta percentuale (67%) di detenute che ha risposto di svolgere una attività fisica scarsa o insufficiente. Dedicare poco tempo all'attività fisica e/o lavorativa all'interno del carcere significa avere a disposizione maggior tempo dove tedio e malinconia diventano protagonisti; ciò potrebbe giustificare i dati relativi al cattivo stato di salute mentale (40% affetti da sindrome depressiva).

L'attività fisica potrebbe essere maggiormente promossa attraverso l'utilizzo di una palestra o degli spazi all'aperto della casa circondariale, con ripercussioni sicuramente positive sulla salute.

La cura della propria persona non traspare neanche dall'alimentazione che risulta essere disorganizzata e carente di nutrienti di origine vegetale. Una corretta alimentazione potrebbe essere promossa attraverso corsi di cucina per le detenute.

La scarsa attività motoria ed una alimentazione poco curata, in eccesso ma anche in difetto (una detenuta ha dichiarato di rifiutare il cibo) si ripercuotono

negativamente sulla forma fisica. Infatti, il BMI medio di 26,25, valore riscontrato dall'analisi del questionario, è indicativo di una chiara tendenza al sovrappeso.

Il rischio cardiovascolare, nonostante le cattive abitudini riscontrate, risulta trascurabile; il dato risulterebbe giustificato, molto probabilmente, dalla giovane età (in media) delle detenute.

## CONCLUSIONI

Il carcere, la pena detentiva ha l'onere di privare il detenuto della libertà ma non dovrebbe essere luogo di privazione del suo diritto alla salute.

L'assenza di un sistema di informatizzazione (Cartella Clinica Informatizzata) in numerose strutture detentive italiane, che per anni ha costretto il personale sanitario a svolgere il proprio lavoro in modo obsoleto, rende molto difficile il monitoraggio dello stato di salute e del trattamento dei reclusi.

La conseguenza più comune è che, in caso di trasferimento tra istituti oppure di scarcerazione, difficilmente quelle informazioni usciranno dall'archivio del penitenziario e non "seguiranno" la persona reclusa. Sarebbe auspicabile la regolare consegna della copia della cartella clinica alla persona che esce dall'istituto, eventualità che attualmente costituisce l'eccezione. L'attivazione in tutte le regioni di una rilevazione sistematica, riguardo lo stato di salute e i fattori di rischio individuali dei detenuti presenti negli istituti di pena del territorio di riferimento, trova molteplici difficoltà.

Al fine di definire le esigenze di salute della popolazione dei detenuti (e delle detenute nel caso specifico) e di superare eventuali diseguaglianze ed inadempienze dovute proprio alle carenze organizzative delle prestazioni sanitarie, potrebbe essere utile effettuare indagini sulla salute in carcere attraverso, per esempio, la somministrazione di un questionario standardizzato e, pertanto ripetibile, come già sperimentato nel carcere di Trento.

Dalla mia esperienza, ho potuto constatare quanto volere garantire lo screening dei tumori femminili in maniera sistematica in ambito carcerario, così come



prevista dalla normativa vigente, si scontri con le esigenze di sicurezza carceraria, con il risultato di scoraggiare ogni iniziativa in tal senso.

Il progetto da me proposto ha mostrato una certa velleità, forse anche molto ambizioso, ma senza alcuna pretesa di apostrofare il sistema. Nonostante i numeri molto piccoli, è stato messo in atto un grandissimo sforzo organizzativo per potere mettere in pratica ciò che prevede la normativa vigente e cioè che “il trattamento della popolazione carceraria deve essere equiparabile a quello della popolazione generale”. Pertanto, ritengo che questa iniziativa possa essere considerata come una piccola lente di ingrandimento nei confronti di una realtà difficile e ancora fin troppo trascurata.

## Fonti bibliografiche e sitografia

1. [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/05/30/08A03777/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/05/30/08A03777/sg)
2. <http://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/5ee050da96a72e6d311420e816e3921e.pdf>
3. [www.senato.it/documenti/repository/istituzione/costituzione.pdf](http://www.senato.it/documenti/repository/istituzione/costituzione.pdf)
4. [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1970/10/24/070U0740/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1970/10/24/070U0740/sg)
5. [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg)
6. [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/01/31/001G0040/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/01/31/001G0040/sg)
7. [www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1999-07-16&atto.codiceRedazionale=099G0305&elenco30giorni=false](http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1999-07-16&atto.codiceRedazionale=099G0305&elenco30giorni=false)
8. [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2016/01/21/16G00008/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2016/01/21/16G00008/sg)
9. [www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2005-08-13&atto.codiceRedazionale=005R0472](http://www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2005-08-13&atto.codiceRedazionale=005R0472)
10. [www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_1\\_20\\_1.wp?facetNode\\_1=1\\_2\(2013\)&facetNode\\_2=0\\_8\\_1\\_85&previousPage=mg\\_1\\_20&contentId=SDU810042](http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_20_1.wp?facetNode_1=1_2(2013)&facetNode_2=0_8_1_85&previousPage=mg_1_20&contentId=SDU810042)

11. [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2010/12/01/010G0224/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2010/12/01/010G0224/sg)
12. Gonin Daniel *“Il corpo incarcerato”* – 1994 Ed. Gruppo Abele
13. N. Anselmi., D. Alliani., F. Ghini., *“Psicofisiopatologia del suicidio in carcere: un contributo in termini di prevenzione”*. (Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma)
14. F. Voller., C. Silvestri., E. Fanti., G. Bazzera., F. Ferrari., M.S. Libianchi., A. M. Pagano., F. Scarpa., C. Stasi., T. Di Fiandra., *Health conditions of inmates in Italy*. 2016
15. K. Tomaševski., *“Prison Health: International Standards and National Practices in Europe”*. Helsinki Institute for Crime Prevention and Control, 1992.
16. Programma dell’OMS sulla salute nelle carceri – 1995- (HIPP)
17. [www.euro.who.int/en/publications/abstracts/status-report-on-prison-health-in-the-who-european-region-2019](http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/status-report-on-prison-health-in-the-who-european-region-2019)
18. Council of Europe, *European Prison Rules* June 2006
19. *“Basic Principles for the Treatment of Prisoners”*. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution. 14 December 1990
20. Fedor M. Dostoevskij., *Delitto e castigo* (1866)
21. Relazione sulla visita in Norvegia di una delegazione degli stati generali sull’esecuzione penale .Oslo 9-12 novembre 2015

22. N. deB Katzenbach., *“The challenge of crime in a free society- a report by the President’s commission on law enforcement and administration of justice”* United States Government Printing Office Washington, D.C. ' February 1967.
23. C.Lombroso., G.Ferrero., *“La donna delinquente, la prostituta e la donna normale”* 1893
24. [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/12/27/090G0421/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/12/27/090G0421/sg)
25. [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1975/08/09/075U0354/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1975/08/09/075U0354/sg)
26. M.L.Fadda. (Magistrato di Sorveglianza di Milano) *“La detenzione femminile: questioni e prospettive.*
27. [www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org)
28. [www.antigone.it/upload/ANTIGONE\\_2020\\_XVIRAPPORTO%202.pdf](http://www.antigone.it/upload/ANTIGONE_2020_XVIRAPPORTO%202.pdf)  
XVI Rapporto di Antigone sulle condizioni detentive: Il carcere al tempo del corona virus
29. [www.antigone.it/quindicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/donne-non-solo-numeri](http://www.antigone.it/quindicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/donne-non-solo-numeri) XV Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione: Il carcere secondo la Costituzione. 2019
30. [www.antigone.it/quattordicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/](http://www.antigone.it/quattordicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/)  
XIV Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione: Un anno in carcere. 2018
31. [www.senato.it/1025?articolo\\_numero\\_articolo=29&sezione=121](http://www.senato.it/1025?articolo_numero_articolo=29&sezione=121)

32. [www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1975-08-09&atto.codiceRedazionale=075U0354&elenco30giorni=false](http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1975-08-09&atto.codiceRedazionale=075U0354&elenco30giorni=false)
33. [www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1986-10-16&atto.codiceRedazionale=086U0663&elenco30giorni=false](http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1986-10-16&atto.codiceRedazionale=086U0663&elenco30giorni=false)
34. [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/03/08/001G0095/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/03/08/001G0095/sg)
35. [www.giurisprudenzapenale.com/2017/04/12/detenzione-domiciliare-speciale-art-47-quinquies-o-p-e-madri-condannate-per-i-delitti-di-cui-allart-4-bis-dichiarata-lillegittimita-parziale-della-norma](http://www.giurisprudenzapenale.com/2017/04/12/detenzione-domiciliare-speciale-art-47-quinquies-o-p-e-madri-condannate-per-i-delitti-di-cui-allart-4-bis-dichiarata-lillegittimita-parziale-della-norma)
36. M. Loffman., L. Scurfield., M. Weitsch., “*Women in Prison and the Children of Imprisoned Mothers*” Quaker Council for European Affairs e Quaker United Nations Office.2007
37. [R. M Steingart.](#), [M Packer.](#), [P Hamm.](#), [M E Coglianesi.](#), [B Gersh.](#), [E M Geltman.](#),[J Sollano.](#),[S Katz.](#),[L Moyé.](#), et al. “*Sex Differences in the Management of Coronary Artery Disease*”. 1991
38. F.Franconi “*La salute della donna. Un approccio di genere*”.15 ottobre 2010
39. [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg)
40. K. Weatherhead., “*Cruel but Not Unusual Punishment: The Failure to Provide Adequate Medical Treatment to Female Prisoners in the United States*” 2003
41. E.Rastrelli “*La salute genere-specifica in ambito penitenziario*” Ital J Gender-Specific Med 2016

- 42 [www.osservatorionazionalecreening.it/sites/default/files/allegati/screening\\_cervice\\_light.pdf](http://www.osservatorionazionalecreening.it/sites/default/files/allegati/screening_cervice_light.pdf)
43. [www.ristretti.it/commenti/2015/novembre/pdf5/progetto\\_roma.pdf](http://www.ristretti.it/commenti/2015/novembre/pdf5/progetto_roma.pdf)
44. P. Fateh-Moghadam., L. Battisti., S. Pancher., P. Anesin., C. Mazzetti., C. Ramponi., S. Fedrigotti., *“Il monitoraggio della salute dei detenuti nel carcere di Trento”*. L'indagine PASSI in carcere (2016)
45. [K. Kroenke.](#), [R.L Spitzer.](#), [J.B Williams.](#), The PHQ-9: *“Validity of a Brief Depression Severity Measure”* 2001.
46. G. Bazzlerla., E. Fanti., F. Ferrari., M. Grignani *“La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico”* 2015
47. A.Massarò ., *“La tutela della salute nei luoghi di detenzione: Un'indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR”*.
48. G.Camera ., *“Liberi, detenuti in carcere e ristretti in strutture dedicate: diverse prospettive del diritto alla salute”*.
49. [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/397915/Health\\_in\\_prisons\\_report\\_online.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/397915/Health_in_prisons_report_online.pdf)
50. [www.euro.who.int/en/publications/abstracts/status-report-on-prison-health-in-the-who-european-region-2019](http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/status-report-on-prison-health-in-the-who-european-region-2019)
51. Archivio di stato., *“Il Carcere e la Pena : brevi cenni di evoluzione storica”*

- 52.** [www.ncchc.org/womens-health-care](http://www.ncchc.org/womens-health-care) National Commission on Correctional Health Care: *“Women’s Health Care in Correctional Settings”*
- 53.** L. Møller., B. van den Bergh., *“Women’s health in prison Correcting gender inequity in prison health”*. 2009
- 54.** S. Enggist., L. Møller., G. Galea., C. Udesen., *“Prisons and Health”* (WHO 2014)
- 55.** A. Maculan., D. Ronco., F. Vianello., *“Prison in Europe: Overwies and Trends”*.Antigone Edizioni Rome, September 2013
- 56.** S. Marietti., *“Prison condition in Italy”*. Antigone Edizioni Rome, September 2013.
- 57.** G. Bazzera ., E. Fanti .,F. Ferrari., M. Grignani., *“La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico”*. 2015
- 58.** [www.archiviopenale.it/salute-e-carcere/articoli/15192](http://www.archiviopenale.it/salute-e-carcere/articoli/15192)  
A. Tibullo., *“Salute e carcere”* 2017
- 59.**[www.amministrazioneincammino.luiss.it](http://www.amministrazioneincammino.luiss.it)  
A.Salvati., *“La detenzione femminile”*
- 60.** [www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org).
- 61.**[www.ristretti.it/areestudio/cultura/libri/origini\\_carcere.pdf](http://www.ristretti.it/areestudio/cultura/libri/origini_carcere.pdf)  
T.Buracchi., *“Origini ed evoluzione del carcere moderno”*

**62.** salute.governo.it., *“Il genere come determinante di salute: lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura”*. Quaderni del Ministero della Salute n. 26, aprile 2016.

**63.** M. Panayotopoulos-Cassiotou., *“Relazione sulla particolare situazione delle donne detenute e l'impatto dell'incarcerazione dei genitori sulla vita sociale e familiare”*. Commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere. 2008