

Educazione sanitaria in carcere

Dott. Alessandro Frigerio (medico in casa circondariale Como), dott. Massimo Agnesina (medico coordinatore sanitario), dottoressa Teresa Somma (coordinatrice servizio educativo-trattamentale). dottoressa Carmela Rusciano (responsabile mediatrice culturale)

Riassunto. Mentre lavorava in carcere come medico, uno degli autori constatava la necessità di aiutare i detenuti a porre attenzione alla loro salute, non solo con visite mediche individuali, ma anche con percorsi di educazione sanitaria rivolti ai detenuti stessi. Dopo una revisione bibliografia e il confronto con il servizio sanitario e quello educativo del carcere, si predisponeva un ciclo di incontri per i carcerati che veniva approvato dalla direzione del carcere (casa circondariale Como) e dalla ASST Lariana. Nell'articolo l'autore descrive le tematiche affrontate in questo percorso di educazione sanitaria, le difficoltà incontrate e i risultati ottenuti.

Abstract. While working as a prison doctor, the author observed the need to promote health awareness among inmates, not only through individual medical consultations but also by implementing structured health education programs. Following a review of the relevant literature and discussions with both the prison's healthcare and educational services, a cycle of educational sessions for inmates was developed and subsequently approved by the prison administration (Como District Prison) and the ASST Lariana Health Authority. This article describes the topics addressed during the program, the challenges encountered, and the outcomes achieved.

INTRODUZIONE

Si sente spesso parlare della necessità di fare educazione sanitaria, ma in pratica questo avviene molto raramente, per i più disparati motivi. Non mi risulta che nelle scuole italiane esistano corsi su questo argomento e neppure che il SSN si preoccupi in modo strutturato del tema dell'educazione sanitaria della popolazione in generale. Per quanto riguarda l'educazione sanitaria nelle carceri, il decreto legislativo (22/06/1999) sul riordino della medicina penitenziaria, emanato in attuazione dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419, trasferisce le competenze sanitarie dal ministero della giustizia al ministero della salute. In particolare, nell'articolo 1 si legge:

“il SSN assicura ai detenuti (...) azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute (...)”.

In diverse pubblicazioni si ribadisce la necessità di tale educazione in carcere (1-2-3) sia per le detenzioni lunghe sia per quelle brevi. Alcuni lavori riportano che nel periodo successivo alla scarcerazione è stato registrato un aumento di suicidi e di altri episodi di grave disadattamento, dovuti in buona parte a problemi sanitari che gli ex detenuti non erano più in grado di affrontare autonomamente dopo che in carcere c'era chi se ne faceva carico per loro (1). Poche però sono state le pubblicazioni da noi trovate che riportino percorsi di educazione sanitaria nelle carceri italiane. Le poche esperienze che abbiamo trovato in letteratura riguardano: corsi di tatuaggio (3) o di ballo (8) tramite i quali si è riflettuto su problematiche sanitarie e percorsi per operatori non sanitari per prepararli ad intervenire in caso di necessità mediche in carcere (7). Sono anche riportati altri progetti molto ben studiati ed articolati, dei quali però non si conoscono i risultati (9). Queste esperienze trovate in letteratura, pur avendo i nostri stessi obiettivi, non erano applicabili alla nostra realtà, per diversità logistiche e di risorse.

Il nostro proposito nel programmare un intervento di educazione sanitaria in carcere era quello di:

1. dare ai detenuti la possibilità di esprimere i loro bisogni sanitari, per ridurre le loro ansie e poter instaurare con il personale sanitario un rapporto meno conflittuale. Abbiamo pensato di raggiungere questo primo obiettivo con una selezione dei partecipanti in piccoli gruppi il più omogenei possibili, costituiti da non più di 10 persone;
2. predisporre un percorso ripetibile e che non necessitasse di un elevato numero di operatori;
3. accrescere le conoscenze dei detenuti in modo concreto e legato ad avvenimenti che di volta in volta possono capitare nella vita carceraria.

Abbiamo cercato di contattare telefonicamente o via mail alcune realtà che riportavano esperienze in proposito, ma i nostri tentativi sono caduti nel vuoto.

Infine, poiché diversi lavori in letteratura parlano di progetti verticali, (5-6-10) cioè di prevenzione di malattie specifiche, abbiamo tenuto alcuni incontri sulla prevenzione e cura del diabete invitando relatori esterni e i diabetici presenti tra i ristretti, ma, avendo avuto una scarsa risposta da parte dei detenuti, non li abbiamo più ripetuti.

Si è riflettuto su come raggiungere i seguenti obiettivi:

Ottenere un coinvolgimento personale dei partecipanti che permettesse loro di esprimere le proprie idee sulla loro salute fisica e psicologica. Abbiamo pensato di raggiungere questo primo obiettivo con una selezione dei partecipanti in piccoli gruppi il più omogenei possibili, costituiti da non più di 10 persone

Fare in modo che l'esperienza fosse ripetibile nel tempo e con operatori intercambiabili. Tutti coloro che hanno lavorato nelle carceri sanno quanto spesso un programma debba venire improvvisamente modificato per imprevisti dell'ultima ora, quali restrizioni dei movimenti in carcere, trasferimenti, colloqui con avvocati e parenti ecc. Per questo abbiamo ritenuto che le attività dovessero essere semplici, di volta in volta non coinvolgere un alto numero di soggetti e che gli incontri fossero monotematici, così da non compromettere il percorso in caso di assenze.

Raggiungere, seppur indirettamente, tutta la popolazione dei ristretti. Non tutti i detenuti, infatti, per motivi culturali, linguistici ecc. hanno potuto partecipare a questo percorso. Abbiamo iniziato questo lavoro con gruppi il più omogenei possibile, rimandando per ora l'approccio a persone con culture diverse, che necessitano della presenza non solo di un traduttore, ma anche di un mediatore culturale. Abbiamo adottato questo sistema sperando in un apprendimento "peer to peer" (4), spontaneo, che possa diventare utile per tutti i ristretti

Visto l'argomento in oggetto, abbiamo cercato la collaborazione dei diversi operatori del servizio sanitario, per definire i temi il più aderenti possibile alle patologie presenti nel carcere e del servizio educativo per la selezione dei candidati, per individuare gli spazi necessari e per trovare eventualmente il supporto di mediatori culturali.

Abbiamo poi avuto un confronto con i responsabili della ASST e con la direzione carceraria della casa circondariale; ciascuno per le proprie competenze ha approvato il programma proposto.

Tutto il lavoro di programmazione, con la condivisione tra operatori, dirigenti e volontari, ha richiesto un periodo di circa 8 mesi. Tale tempistica è simile a quella che abbiamo riscontrato in letteratura, nei pochi lavori che riportino un cronogramma completo.

MATERIALI E METODI

Questi incontri di educazione/istruzione si sono svolti presso la “Casa Circondariale di Como”, sita in una zona molto periferica della città, presso una piccola riserva naturale chiamata “il Bassone”, perché idrogeologicamente è la zona più bassa del circondario. Per questo anche il carcere è chiamato “Bassone”. Il carcere, costruito negli anni '70, ha attualmente funzionanti 6 sezioni maschili, una femminile, una sezione speciale per transgender e una per “semiliberi”, per un totale di circa 450 detenuti. Viste le dimensioni ha un servizio medico generico continuo e uno infermieristico 18/24 ore e 7/7 giorni. È presente un servizio odontoiatrico per 9 ore alla settimana, uno infettivo e uno ginecologico per 8 ore mensili ciascuno. Inoltre, è presente un servizio psicologico interno dipendente da ASST, uno scolastico interno con 5 aule e biblioteca, un servizio educativo. Circa il 60% dei ristretti è costituito da stranieri. Riportiamo questi dati in quanto un lavoro simile non può prescindere dalla situazione reale del carcere interessato.

La proposta di questi corsi è sorta nel febbraio 2022 tra alcuni membri del team sanitario, con un tentativo di coinvolgimento del team educativo il quale però, per la scarsità e la mobilità del personale allora presente, in questa prima fase non ha potuto dare un apporto fattivo, ma solo di consulenza.

Nel maggio 2022 si è scritto il primo progetto che, dopo l'approvazione dei responsabili ASST, è stato inviato nel luglio dello stesso anno alla direzione carceraria locale, che ha approvato.

Era stata programmata l'esecuzione di 10 corsi nell'arco di un anno, con 7 incontri di 2 ore ciascuno e 10 partecipanti per ogni corso. Una prima proposta di realizzare tutti gli incontri nello spazio di una settimana non ha retto ai problemi organizzativi del carcere; abbiamo pertanto tenuto gli incontri a cadenza settimanale, ma questo ha portato non solo a un allungamento dei tempi, ma anche alla perdita di diversi partecipanti, per trasferimenti o scarcerazioni.

Essendoci resi conto che 7 incontri erano eccessivi e forse prolissi, li abbiamo accorpati a 4. Rispondendo poi alle richieste degli stessi carcerati di affrontare altri temi, a partire dal terzo corso ci siamo stabilizzati su 6 incontri. Al termine, a coloro che avevano presenziato almeno a 4 incontri, abbiamo proposto un test finale con quiz a risposte multiple; a chi avesse risposto esattamente al 75% delle domande veniva consegnato un attestato di partecipazione, poi registrato nel fascicolo personale di ogni detenuto.

Come già detto, tutti i gruppi sono stati formati su base volontaria, facendo in modo che fossero il più omogenei possibile. Ha fatto eccezione solo un gruppo costituito da coloro che già partecipavano ad un'attività giornaliera organizzata dal CSV (Centro di Servizio per il Volontariato di Como).

Nella strutturazione degli incontri abbiamo evitato esposizioni cattedratiche, ma abbiamo sempre cercato di prendere spunto da situazioni concrete per affrontare i diversi problemi nella loro complessità e cercare insieme le risposte (2). In pratica quello che aveva sperimentato don Milani nella sua esperienza di Barbiana.

Questi sono gli argomenti trattati nei 6 incontri:

1. Servizio sanitario nazionale e penitenziario
2. Quando mi curo da solo o vado in farmacia, o mi rivolgo a un medico o vado in Pronto Soccorso
3. Malattie infettive di particolare interesse in luoghi ristretti: scabbia, tubercolosi, epatite c
4. Uso e abuso di farmaci
5. Curare l'ansia senza farmaci
6. Primo soccorso e test finale

Per tutti gli incontri si è fatto ricorso ad un supporto di PPTX (Power Point) tranne che per il quinto, dove è stata fondamentale la presenza di una psicologa.

Primo incontro

Partendo dalla constatazione di alcune disfunzioni del nostro SSN, ci siamo confrontati sulla vignetta n1 per far notare che

Fig 1: vedi testo



aiutare chi è ammalato a guarire è interesse non solo del singolo ma di tutti, perché vivere in una società piena di persone malate porta ad una società più povera, dove tutti saremo più disagiati. Questa affermazione è sostenuta dall'Islam e dal Cristianesimo, dall'ONU nella dichiarazione universale dei diritti umani (assemblea generale della nazioni unite, Parigi 10 dicembre 1948 art 25) nella Costituzione italiana (articolo 32) e concretizzata nei sistemi sanitari di ogni stato. Si descrive poi come è organizzato il SSN italiano, ponendo l'accento sul fatto che, essendo finanziato con la tassazione generale, ci rende economicamente solidali. Infine, parliamo del servizio sanitario lombardo e di quello penitenziario che dipende dal SSN. La presenza nel gruppo di persone di diversa provenienza, anche da paesi extraeuropei, ha portato alla constatazione che in Italia siamo

fortunati ad avere un Sistema Sanitario che, per quanto spesso criticabile e poco efficiente, comunque c'è.

Secondo incontro

Partendo dalla necessità di trovare un aiuto in caso di malattia in ambiente extra carcerario (faccio da me, vado in farmacia, cerco un medico, vado al Pronto Soccorso...) abbiamo sottolineato quanto sia importante conoscere bene il proprio corpo e imparare ad osservare su sé stessi i parametri fisici più semplici, per poter valutare la gravità del problema. Abbiamo insegnato ai partecipanti come rilevare la frequenza cardiaca con la palpazione dell'arteria radiale e come distinguere un respiro regolare da uno affannoso; abbiamo fatto ascoltare i vari tipi di tosse e mostrato le reazioni cutanee più semplici e i vari tipi di gonfiore. Abbiamo anche sottolineato l'importanza di controllare le eventuali variazioni di peso e spiegato come valutare un dolore e quando questo non deve essere sottovalutato. Tutto questo per far sì che, in caso di malessere, sia più facile decidere come comportarsi e a chi eventualmente rivolgersi.

Terzo incontro

Dopo aver dato una definizione di malattia infettiva, insieme ai partecipanti abbiamo individuato le malattie infettive più frequenti in carcere: scabbia, tubercolosi e epatite c. Abbiamo quindi fatto una rapida descrizione di queste tre patologie e delle loro modalità di trasmissione. A questo punto, abbiamo portato l'attenzione su quali possono essere i comportamenti da tenere per evitare di contrarre queste malattie (tossire proteggendosi sempre la bocca, non scambiarsi lamette, aghi, rasoi, avere sempre rapporti protetti) arrivando alla conclusione che, se l'igiene personale è fondamentale, altrettanto importante è l'igiene dei luoghi comuni; da non sottovalutare i rischi connessi ad alcuni trattamenti cutanei frequenti (tatuaggi, piercing) eseguiti senza il rispetto delle norme igienico-sanitarie e dell'aftercare. Abbiamo convenuto che il rispetto di queste semplici norme comportamentali è protettivo anche nei confronti di tante altre malattie. Abbiamo infine sottolineato l'importanza di conoscere bene il proprio stato immunologico, attraverso l'esecuzione di semplici esami del sangue.

Quarto incontro

Sempre partendo dalle situazioni concrete vissute nel carcere, in questo incontro abbiamo velocemente passato in rassegna gli effetti secondari e le necessarie precauzioni sull'uso dei farmaci più utilizzati o richiesti dai detenuti, spiegando la differenza tra classe A, C e H, e illustrando quali siano i farmaci SOP (senza obbligo di prescrizione) e OTC (da banco). La maggior parte dell'incontro è stata usata per sottolineare la necessità e l'importanza di assumere gli psicofarmaci solo su prescrizione medica, all'ora e al dosaggio indicati, norme che tutti dovrebbero rispettare, ma che in carcere è illusorio pensare che vengano attuate. Si è cercato di sottolineare l'aumento del rischio di suicidio per alcuni di questi farmaci in caso di non corretta assunzione. Si è infine ribadito l'importanza di non assumere farmaci di altri detenuti, che anche se SOP e OTC.

Quinto incontro

Dopo aver sottolineato nell'incontro precedente la pericolosità di molti psicofarmaci, con uno psicologo abbiamo cercato di definire l'ansia, la rabbia e la depressione partendo dai vissuti personali di tali fenomeni psichici. Abbiamo chiesto di condividere i metodi che ognuno utilizza per gestire ansia, rabbia e depressione cercando di investigarne le cause: preoccupazione per la propria situazione personale, per i familiari, per la propria salute e chiedendo di cosa pensano di aver bisogno per stare meglio. Si è cercato di mostrare nel vivo dello svolgimento dell'incontro che anche l'ascolto reciproco può alleviare alcuni sintomi relativi all'ansia e si sono proposte alcune tecniche di rilassamento e di respirazione come alternative possibili all'uso degli psicofarmaci.

Sesto incontro

Con l'ausilio di PPTX abbiamo fatto un breve excursus sul primo soccorso in caso di arresto cardiaco, passando poi ad una esercitazione sul manichino. Mentre alcuni facevano l'esercitazione gli altri eseguivano il test finale di apprendimento.

RISULTATI

Gli incontri, iniziati nell'ottobre 2022, sono proseguiti fino a giugno 2023 per un totale di 5 corsi. Per motivi di carenza di personale del servizio medico, il progetto è stato sospeso per riprendere nel 2024 con un corso sotto la responsabilità di un gruppo di volontariato (CSV) e poi nel gennaio 2025 sotto la responsabilità del servizio educativo del carcere.

Il progetto si è concluso nell'agosto 2025, con l'effettuazione dei dieci corsi programmati (8 nelle sezioni maschili, 1 al femminile e 1 al transgender); in totale sono stati coinvolti circa 100 persone, 75 delle quali hanno portato a termine il percorso e superato il test. Si è avuto una perdita dei partecipanti di circa il 20% fra il primo e il secondo incontro e un altro 20% non ha potuto proseguire causa trasferimenti o scarcerazioni. Il 60% ha trovato il corso piacevole e utile e ha espresso il desiderio di poter continuare. Diversa la situazione per quanto riguarda l'unico gruppo organizzato non su libera scelta, ma per il fatto di partecipare già ad un'altra attività (centro diurno gestito da CSV Como): in questo caso l'abbandono ha interessato oltre il 60% dei partecipanti.

Il test finale è molto semplice e tutti hanno superato la soglia minima prevista.

CONCLUSIONI.

Non esistono nella storia umana conosciuta popolazioni che non abbiano avuto prigionieri: purtroppo una società così è stata sognata da molti, ma mai realizzata. Ma è certo che i vari responsabili di queste civiltà hanno fatto delle prigionie un uso per quantità (12) e qualità molto diverso (11,13,14,15). Se lo scopo del capo di stato di turno è quello di eliminare socialmente un uomo che ritiene nocivo alla società stessa, va bene qualsiasi luogo purché sia ben chiuso e sicuro, lontano dalla vista degli altri cittadini, senza nessuna tutela, senza nessun piano rieducativo, nel quale il carcerato è solo in attesa di morte. Tale mentalità è alla base di una frase che molte volte si sente dire anche in Italia: "Chiudetelo e buttate via le chiavi". Ma se si vogliono reintegrare gli uomini e le donne incarcerate, come peraltro previsto dall'articolo 27 della nostra Costituzione, è necessario un adeguato piano educativo e sanitario e un coinvolgimento attivo del carcerato alla sua "rieducazione". A questo tendeva il nostro progetto.

Molto difficile valutare un risultato effettivo con i pochi "numeri" a nostra disposizione, ma considerato che altri abbiamo tentato progetti con obiettivi analoghi ai nostri, crediamo dimostri la necessità di continuare questo tipo di esperienze. Personalmente mi è rimasto il piacere di aver incontrato uomini e donne in un momento non facile della loro vita e di averli un po' aiutati a trovare più senso alle loro giornate.

Crediamo sia importante un confronto con altre realtà ed esperienze simili alla nostra, perché solo da esso possono scaturire nuove idee per migliorare e far sì che questo progetto possa avere un seguito e non resti la velleità di qualche volontario, destinata a svanire nel tempo.

Speriamo i poter continuare questa esperienza in modo più strutturale e riconosciuto con risorse dedicate e di poterlo estendere agli extracomunitari e alle persone apparentemente meno motivate ad un loro futuro reinserimento sociale.

Conclusioni area trattamentale (dottorressa Teresa Somma)

La proposta di un progetto che ponesse al centro dell'attenzione la prevenzione sanitaria in carcere è stata accolta positivamente da noi operatori dell'area trattamentale, in quanto oltre che presentarsi come un'attività che permette ai detenuti di impiegare il loro tempo, ha anche un notevole rilievo per la vita quotidiana. Conoscere in particolare le regole di primo soccorso per loro può rivelarsi essenziale, considerando che talvolta sono proprio i ristretti i primi ad intervenire in situazioni di urgenza. Il corso che si è tenuto presso il nostro Istituto ha acquisito sempre più consensi e saremo lieti di avviarlo nuovamente.

Conclusioni servizio sanitario penitenziario (Dott Massimo Agnesina, coordinatore sanitario)

In qualità di Coordinatore Sanitario trovo fondamentale che la popolazione detenuta abbia la possibilità di prendere coscienza della opportunità che il nostro sistema sanitario mette loro a disposizione, proponendo livelli di cura pari rispetto ai liberi cittadini. Parimenti fondamentale è saper riconoscere i propri diritti sanitari e scoprirne le varie sfaccettature, compresi i pericoli e i danni legati alle assunzioni incongrue di terapia. Ciascun detenuto ha il diritto di essere curato. Ciascun detenuto ha il dovere di seguire le cure che gli vengono messe a disposizione. L'educazione sanitaria in carcere non può far altro che migliorare questo aspetto.

Ringraziamenti

Si ringrazia la direzione della “Casa Circondariale di Como” e della ASST lariana per la gentile attenzione concessa a questa iniziativa, il servizio sanitario ed educativo del carcere, per la attiva collaborazione prestata e per ultimo ma non meno importante, tutti gli agenti della polizia carceraria che con il loro lavoro hanno controllato gli spostamenti e permesso agli incontri di essere eseguiti in sicurezza.

Bibliografia

1. Bonato, P. P. Q., Ventura, C. A. A., & Cane, R. M. (2024). Health education initiatives for people who have experienced prison: A narrative review. *Healthcare*, 12, 274.
2. Ceraudo, P. (2011). *Progetto salute in carcere*. Azienda USL 2 Lucca. Disponibile su www.ristretti.it/pdf6
3. Zippati, M. (s.d.). *Area studio salute*. Disponibile su www.ristretti.it/areastudio/salute
4. ASL Bologna. (s.d.). *L'educazione tra pari. Percorso formativo sull'AIDS*. Disponibile su www.ristretti.it
5. Antigone. (2019, Agosto 13). *La salute in carcere: malattie infettive*. Disponibile su www.antigone.it
6. Dolan, K., Wirtz, A. L., Moazen, B., Ndeffo-Mbah, M., Galvani, A., Kinner, S. A., ... Altice, F. L. (2016). Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *The Lancet*, 388(10049), 1089–1102.
7. Regione Emilia Romagna. (2015). *Interventi di promozione della salute in carcere attraverso la presenza del promotore di salute. Piano formativo*. Servizio sanitario regionale.
8. ASST Mantova. (2019, Maggio 24). *Educazione sanitaria e biodanza in carcere*. Comunicato stampa.
9. Baybutt, M. (s.d.). *Promoting health in prisons: a setting approach*. University of Central Lancashire. Disponibile su <https://www.ntnu.edu/documents/1268773379/1281783839/IUHPE+Trondheim+Prisons+MB.pdf>
10. Minchon Hernando, A., Dominguez Zamoran, J. A., & Gil Delgado, Y. (2009). Health education in prisons: Assessment of experience with diabetics. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11, 73–79.
11. Il Faro sul Mondo. (s.d.). *Carceri private USA tra business e corruzione*. Disponibile su <https://ilfarosulmondo.it/carceri-private-usa-tra-business-corruzione-repressione/>
12. Walmsley, R. (2013). *World prison population list* (10^a ed.). International Centre for Prison Studies.
13. Martinelli, R. (2019, Marzo). USA: Carceri come hotel nel nome del profitto. *Polizia Penitenziaria*. Disponibile su www.poliziapenitenziaria.it
14. Burge, S. (2025, Febbraio 1). 10 worst prisons in the world. *Security Journal UK*.
15. ACLU Tennessee. (s.d.). *Who is CCA?* Disponibile su www.aclu-tn.org

Autore di riferimento. Dott Alessandro Frigerio

Viale rimembranze 1/b

22066 Mariano Comense

Cell 3332499672. Mail: famfritu@gmail.com