



# LA SALUTE IN CARCERE

## Il diritto negato: viaggio nella salute (impossibile) dietro le sbarre

STEFANO MENNA

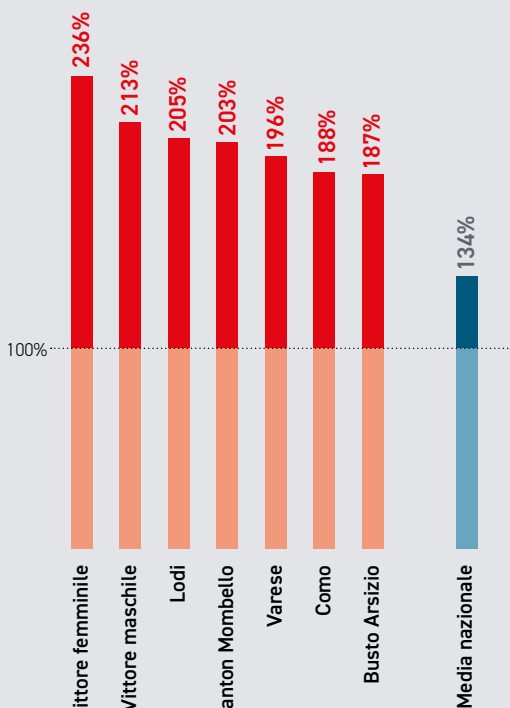
Quello alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", per le oltre 63.000 persone detenute negli istituti penitenziari italiani si rivela una sfida quotidiana, spesso una chimera. La realtà dietro le mura carcerarie disegna un quadro sociosanitario di estrema vulnerabilità, dove l'ambiente detentivo moltiplica i fattori di rischio preesistenti e trasforma il carcere stesso in un luogo patogeno. Soprattutto per i più fragili: donne, minori o stranieri. Le carenze strutturali – come il sovraffollamento, la scarsa organizzazione e l'inadeguata formazione del personale – esasperano fragilità, patologie e bisogni assistenziali. La salute nelle carceri non è solo un'annosa questione interna al mondo penitenziario, ma un'emergenza di sanità pubblica che interpella il sistema Paese nel suo complesso



## Il sovraffollamento delle carceri

La capienza regolamentare del sistema penitenziario è di 51.249 posti, ma da questi vanno sottratti i circa 4.500 posti non disponibili per inagibilità o ristrutturazioni. Di conseguenza il tasso di affollamento nazionale reale è al 134,3%. Sono solo 31 su 190 gli istituti non sovraffollati in Italia. In 62 carceri il tasso è oltre il 150%, in 8 supera addirittura il 190%.

### I numeri della Lombardia



FONTE: ASSOCIAZIONE ANTIGONE, 2025.

**FRAGILITÀ** fisiche, vulnerabilità psichiche, dipendenze, povertà educative, disagio sociale: condizioni che la società tende a rimuovere, ma che riemergono con forza in un sistema chiuso come quello carcerario. Nel 2020, il tasso di reclusi in Italia era di 91 per 100.000 abitanti: un'esiguità a confronto di quello degli Stati Uniti (il più alto nel mondo) con 629 prigionieri ogni 100.000 abitanti.<sup>1</sup> Ciononostante, gli istituti penitenziari italiani non hanno spazio a sufficienza. Al 31 ottobre 2025, le persone detenute nel nostro Paese erano 63.493. La componente è prevalentemente maschile (2.777 donne), quasi uno su tre è straniero (20.099 persone).<sup>2</sup> Al netto dei luoghi non disponibili per inagibilità o manutenzioni, il tasso di affollamento effettivo medio supera il 134%, ma in molti istituti la pressione reale è ancora più alta (vedi infografica). Non solo: nel 30% dei casi, le celle non garantiscono i tre metri quadri calpestabili per ogni persona detenuta. Scadenti le condizioni igienico-sanitarie: presenza di pulci e cimici, scarsa pulizia, inadeguata areazione dei locali, celle senza doccia e docce comuni con muffe; in alcuni istituti non c'è riscaldamento e il wc non è in un ambiente separato, ma in un angolo della cella.<sup>3</sup>

### DETERMINANTI SOCIALI E DISEGUAGLIANZE ESASPERATE

Questi dati non sono neutri: la sovrappopolazione compromette l'igiene, la *privacy*, la possibilità di accedere alle cure e persino l'efficacia delle misure di prevenzione. A livello globale, ogni anno circa 11 milioni di persone vivono in carcere e più di 30 milioni di persone si spostano tra le loro comunità e le carceri. Il profilo sanitario dei detenuti è caratterizzato da cattive condizioni di salute fisica e mentale su uno sfondo di svantaggio sociale radicato e intergenerazionale. Ai classici determinanti di cattiva salute – basso reddito, scarsa istruzione, disoccupazione, insicurezza alimentare, esposizione ad ambienti malsani – si sovrappongono i fattori di rischio tipici dell'incarcerazione, primo fra tutti il sovraffollamento, che favorisce la diffusione di malattie infettive e l'elevata prevalenza di diagnosi psichiatriche.<sup>4</sup> Del resto c'è un'associazione diretta tra gerarchia sociale e stato di salute: più bassa è la posizione sociale, peggiore è la salute. Una condizione esasperata per la popolazione detenuta, la cui esclusione sociale è completa.<sup>5</sup>

### DIPENDENZE E ABUSO DI FARMACI

Ma quali sono le condizioni patologiche più frequenti tra i carcerati? Purtroppo in ambito penitenziario non ci sono studi epidemiologici né sistemi informativi dedicati alla salute. Persino negli Stati Uniti i dati sull'accesso alle cure in carcere vengono raccolti raramente. Una fonte di riferimento è una revisione a ombrello di 17 metanalisi pubblicata nel 2024:<sup>6</sup> tra le persone in carcere la prevalenza della depressione maggiore è dell'11%, del disturbo post traumatico da stress del 10%, delle malattie psicotiche del 4%. Molto diffuse le dipendenze da alcol (24%) e droghe (39%). Nelle carceri italiane viene riferita una media di 12,3 diagnosi psichiatriche gravi ogni 100 detenuti. Anche in assenza di diagnosi definite, al 20% delle persone detenute (oltre 15.000)

# 40%

Le persone detenute in Italia che ricevono farmaci psichiatrici

# 50%

il tasso di tubercolosi latente tra gli stranieri nelle carceri italiane

# 72

i casi di suicidio in carcere tra gennaio e ottobre 2025 in Italia

sono regolarmente somministrati stabilizzanti dell'umore, antipsicotici e antidepressivi e al 40% (30.000 persone) sedativi o ipnotici.<sup>7</sup> Un'indagine di Altraeconomia ha rivelato inoltre che nel 2023 l'utilizzo di psicofarmaci nelle carceri italiane era cinque volte superiore rispetto alla popolazione generale, per una spesa di oltre due milioni di euro.<sup>8</sup>

## MALATTIE INFETTIVE E CRONICITÀ

Elevata è la prevalenza di malattie infettive: ne è affetta una persona su sei, un valore doppio rispetto alla media generale. L'infezione più comune tra i detenuti è l'epatite C, ma sempre più istituti di pena si stanno attenendo alle indicazioni ministeriali per raggiungere l'obiettivo dell'assenza di nuove infezioni da HCV entro il 2030. Per l'infezione da HIV, l'assunzione dei farmaci antiretrovirali ha ridotto la trasmissione del virus – la prevalenza è scesa dall'8% del 2003 al 2% di oggi – nonostante i comportamenti a rischio non siano affatto diminuiti. Molto più alti (25-30%) rispetto alla popolazione generale (in Italia 1-2%) i tassi di tubercolosi latente; se si considera solo la popolazione straniera, la percentuale supera il 50%.

Carenti sono le stime sulle patologie croniche: secondo studi realizzati tra Stati Uniti e Canada, la prevalenza di malattie cardiovascolari e di diabete è tre volte maggiore nei detenuti rispetto alla popolazione generale, quella delle malattie respiratorie da tre a sei volte più alta. Per quanto riguarda i tumori, le persone detenute hanno un rischio da 1,4 a 1,6 volte maggiore di morire di cancro (in particolare di testa e collo, fegato e polmone) rispetto a chi vive in libertà.<sup>9,10</sup> Il progressivo aumento dell'età media delle persone in carcere accentua comunque l'incidenza di malattie degenerative e la domanda di cure complesse. Una maggiore disponibilità di dati sugli adulti – gli *over 45* nel 2010 erano il 26% dei carcerati, alla fine del 2024 il 42% – offrirebbe informazioni utili sull'invecchiamento accelerato dei detenuti.<sup>11</sup>

## UNA PROPOSTA DI RIFORMA

La Società italiana di medicina e sanità penitenziaria (SIMPSE) ha presentato un progetto organico di riforma della sanità penitenziaria.<sup>12</sup> L'obiettivo è garantire l'omogeneità delle prestazioni sanitarie a tutti i detenuti in Italia, superando le attuali disparità tra le diverse strutture carcerarie. In particolare, la SIMPSE sottolinea l'importanza di assicurare le cure odontoiatriche, la prevenzione primaria e secondaria, con *screening* sistematici per le patologie croniche e infettive. Perché tutelare il diritto alla salute negli istituti penitenziari significa, oltre che garantire un diritto costituzionale, proteggere la salute pubblica. ■

## La piaga dei suicidi in cella

Il carcere non è solo privazione della libertà, ma anche una prova psicologica estrema. L'isolamento, la mancanza di prospettive, l'interruzione dei legami familiari e la percezione di ingiustizia possono generare un senso di disperazione profonda. Negli ultimi anni si è registrato un significativo incremento dei suicidi in custodia, la punta più visibile di criticità culturali, organizzative, assistenziali. Molti episodi avvengono in fasi critiche (per esempio all'ingresso in istituto o a fine pena) e sono spesso associati a condizioni di sovraffollamento, scarsa sorveglianza sanitaria, problemi di salute mentale o di dipendenze non riconosciuti né trattati tempestivamente. Nel 2024 sono stati almeno 91 i casi di suicidi commessi da persone private della libertà, il dato più alto di sempre. Tra gennaio e ottobre 2025, ci sono stati almeno altri 72 casi. "Almeno" perché sono numerosi i decessi con cause ancora da accertare, tra i quali potrebbero celarsi altri casi di suicidio.<sup>1</sup> Oltre la metà di questi eventi si verifica nei primi sei mesi di detenzione. In crescita sono anche gli atti di autolesionismo, i tentati suicidi, le aggressioni al personale e ad altri detenuti. Secondo l'OMS, il numero di suicidi in carcere è 18 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.<sup>2</sup> Il dato dell'Italia (10,6 casi ogni 10.000 detenuti) si colloca al di sopra della media europea (9,4).<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ristretti orizzonti. 2025.

<sup>2</sup> OMS. 2021.

<sup>3</sup> Mundt A, et al. *Lancet Psychiatry* 2024;7:536-44.

## Bibliografia

<sup>1</sup> [World prison population list](#).

<sup>2</sup> [Ministero della giustizia. 2025](#).

<sup>3</sup> [Associazione Antigone. 2025](#).

<sup>4</sup> [OMS Europa](#).

<sup>5</sup> Marmot M. *Lancet* 2018;10117:186-8.

<sup>6</sup> Favril L, et al. *Lancet Publ Health* 2024;4:e250-60.

<sup>7</sup> [Associazione Antigone. 2024](#).

<sup>8</sup> [Altraeconomia. 2023](#).

<sup>9</sup> Munday D, et al. *Age Ageing* 2019;2:204-12.

<sup>10</sup> Binswanger I, et al. *J Epidemiol Community Health* 2009;11.

<sup>11</sup> Miller K, et al. *JAMA Netw Open* 2024;7:e2452334.

<sup>12</sup> [Panorama della sanità. 2024](#).



# La sanità penitenziaria, medicina della complessità

SIMONETTA PAGLIANI

**In carcere il bilanciamento dei requisiti di sicurezza con il rispetto del diritto alla salute prefigura un equilibrio precario, sul quale le carenze strutturali croniche del sistema detentivo e la mancanza di adeguata formazione degli operatori gravano come un macigno**

**RAFFORZARE** il legame tra detenzione e reinserimento, attivare programmi contro le dipendenze e i suicidi, migliorare le condizioni igienico-sanitarie nelle carceri. Sono questi alcuni degli obiettivi prioritari della sanità penitenziaria: si tratta di una medicina della complessità, sia per il peculiare contesto sia per la natura e la varietà delle istanze dei pazienti e delle loro identità sociali, etniche e di genere.

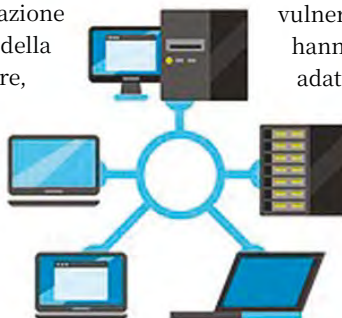
## CARENZA DI DIGITALIZZAZIONE E TELEMEDICINA

Ma come funziona la “macchina” della sanità penitenziaria e quali sono gli ostacoli principali al suo funzionamento? Oltre alla mediazione culturale e alla traduzione linguistica, chi opera nella sanità penitenziaria dovrebbe innanzitutto garantire ai detenuti la raccolta dei dati clinici e l’implementazione della ricetta digitale. Questo per contrastare la prescrizione di farmaci senza indicazione clinica o incompatibili con lo stato funzionale e cognitivo del paziente, oltre che per favorire una trasmissione trasparente dei farmaci tra prescrittore (medico) e somministratore (infermiere).<sup>1</sup> Per migliorare la condivisione delle informazioni sanitarie, complicata dall’ingente mobilità della popolazione carceraria, è essenziale disporre della cartella clinica elettronica. Eppure, essa è assente in 59 dei 95 istituti visitati dall’Associazione Antigone, istituti che si avvalgono di documenti cartacei che accompagnano

(o seguono, spesso con ritardo) il detenuto nei suoi spostamenti.<sup>2</sup> Così come sarebbero utili, ma latitano, i servizi di telemedicina: eliminerebbero la difficoltà e i costi del trasferimento dei detenuti o dei medici. Qualche passo avanti in questo senso è stato fatto con la pandemia, ma servono ancora investimenti per l’introduzione della banda larga e l’acquisto di apparecchiature adeguate.

## IL (DIFFICILE) RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

Dopo il passaggio al Servizio sanitario nazionale nel 2008 (vedi box a pagina 9), l’equiparazione dei servizi sanitari nelle prigioni a quelli nella comunità prevede di consultare i detenuti nella pianificazione dei loro trattamenti e di bilanciare i requisiti di sicurezza con il rispetto dei diritti umani. Eppure la medicina penitenziaria, posta all’intersezione dei sistemi giudiziario e del *welfare* (entrambi in crisi) è diventata il fanalino di coda della programmazione dei servizi in cui è stata ridistribuita: assistenza sanitaria di base e specialistica, dipartimenti di salute mentale, dipendenze e prevenzione. Una conseguenza, questa, sia della disomogeneità tra le regioni sia della mancata crescita professionale e della adeguata formazione dei suoi operatori. Sulla riduzione del loro numero incidono il trattamento economico poco vantaggioso, lo stress lavorativo e la complessità del rapporto tra medico e paziente che, in carcere, è caratterizzato dall’assenza di fiducia reciproca: gli operatori sanitari spesso si sentono oggetto di manipolazione per ottenere benefici; sono continuamente esposti al dolore fisico e mentale dei detenuti e alla loro vulnerabilità; infine, i professionisti di lungo corso hanno spesso subito un processo di progressivo adattamento al contesto, un fenomeno che si riverbera anche sul personale più giovane. E così lo sforzo di adeguare le reazioni emotive all’ambiente comporta un rischio di *burn out* maggiore che in altre realtà lavorative.<sup>3</sup>



## La giurisdizione della salute nelle carceri

La salute è stata considerata una variabile subordinata al prevalente mandato di custodia fino al Decreto legislativo del 1999,<sup>1</sup> che ha trasferito le competenze di assistenza sanitaria dal Ministero della giustizia al SSN. Il passaggio effettivo è avvenuto poi nel 2008, con la stesura delle linee di indirizzo per gli interventi sanitari a tutela della salute delle persone detenute.<sup>2</sup> Sulla carta, si tratta di una prospettiva molto avanzata dal punto di vista clinico, epidemiologico e dell'inclusione sociale. Per esempio, gli stranieri sono iscritti al SSN per tutto il periodo in cui sono in carcere, a prescindere dal regolare permesso di soggiorno. È loro riservata parità di trattamento e uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi: tutte le persone detenute hanno infatti diritto all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione – efficaci, tempestive e appropriate – sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute, e dei Livelli essenziali di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali. La collocazione del personale sanitario in carcere alle dipendenze della sanità pubblica, e non più dell'amministrazione penitenziaria, è a garanzia della sua autonomia e del dovere di porsi a presidio innanzi tutto del benessere del paziente.

<sup>1</sup> DL n. 230, 22 giugno 1999.

<sup>2</sup> Dpcm 1° aprile 2008.

### L'INFERMIERE PENITENZIARIO

In carcere svolge un ruolo cruciale l'infermiere penitenziario: assiste il medico di guardia nella visita d'ingresso dei nuovi detenuti; esegue prelievi di sangue e raccoglie i campioni di urine per i test tossicologici; medica eventuali ferite da taglio e lesioni cutanee, monitora la cronicità delle patologie non trasmissibili; distribuisce i farmaci e verifica che vengano effettivamente assunti; ascolta le persone detenute e raccoglie le loro richieste, rappresentando un ponte con l'esterno. Proprio per questo, però, è spesso oggetto di minacce, aggressioni o atteggiamenti manipolatori tesi a ottenere dosi maggiori di psicofarmaci o di altre sostanze utili per "il commercio" interno, o di materiali di cui l'infermiere è in possesso (oggetti taglienti, siringhe, aghi).

Le regole di sicurezza ostacolano una reale relazione di cura con la persona detenuta, che può dubitare dell'umanità del professionista. Ma il mediatore delle richieste di assistenza alla fine è sempre l'agente di polizia penitenziaria: una buona collaborazione con l'agente di custodia è quindi fondamentale nell'indurre quest'ultimo a far intervenire, quando necessario, il personale sanitario. ■

### Bibliografia

<sup>1</sup> Starnini G et al. *Bollettino Epidemiologico Nazionale* 2023.

<sup>2</sup> *Associazione Antigone*. 2025.

<sup>3</sup> Mancinelli R et al. *Notiziario ISS* 2020.

# Pena doppia per i più vulnerabili

Le persone fragili o svantaggiate tendono a soffrire di condizioni di salute peggiori rispetto agli altri detenuti. Particolari criticità per le donne e per i minori, la cui detenzione precoce è stata ampliata dalle recenti riforme

ANGELICA GIAMBELLUCA

"INUMANO e degradante". Questo il giudizio senza appello del Consiglio d'Europa sul fatto che ciascuna persona detenuta disponga di uno spazio personale inferiore a tre metri quadrati: una violazione che configura il reato di tortura.<sup>1</sup> A farne le spese sono soprattutto i più fragili: le donne, i minori, le persone omosessuali e transessuali, gli stranieri.

### LE DONNE E I LORO FIGLI

Al 31 marzo 2025, in Italia, le donne (di età tra i 25 e i 50 anni e straniere per il 28,3%) erano il 4,3% della popolazione reclusa.<sup>2</sup> Marginalità, violenza subita e prossimità con il mondo della droga si



WIKIMEDIA COMMONS - PRISONIMAGE



riflettono nei reati loro ascritti, per un terzo legati alla tossicodipendenza, per il 20% contro il patrimonio e per il 13% contro la persona.<sup>3</sup> Meno di un quarto delle donne detenute è recluso nei tre penitenziari esclusivamente femminili – casa circondariale per donne di Rebibbia a Roma, Venezia Giudecca e Trani in Puglia – mentre oltre l'80% di loro risiede nelle sezioni femminili di 46 carceri a prevalenza maschile. Sezioni tenute aperte nonostante il numero spesso esiguo delle reclusi, per evitare loro l'allontanamento dalle famiglie.

È alta la percentuale di misure alternative alla detenzione applicate alle donne (10%), per la minore gravità dei reati, per la presenza di figli minori e per la provata insofferenza al carcere delle donne che patiscono nel corpo le scadenze fisiologiche (mestruazioni, maternità, menopausa e invecchiamento) e nella psiche la separazione dai familiari e l'incuria riservata a pudore e dignità. Un esempio emblematico: nel 2024, in Inghilterra, più della metà delle donne detenute (rispetto a un quarto delle donne libere) ha rinunciato a visite ginecologiche programmate, perché, a causa della scarsità del personale, vi sarebbero state accompagnate da agenti penitenziari maschi.<sup>4</sup>

Critica poi la situazione legata alla maternità. Se la gestazione avviene in carcere, circa il 6% dei parti è pretermine e il 32% cesareo; inoltre, si producono effetti epigenetici sulla prole, che costituiscono un elemento di svantaggio prenatale.<sup>5</sup> In anticipo sulla raccomandazione della Commissione europea,<sup>6</sup> la legge italiana aveva innalzato il limite di età dei bambini per vivere in carcere con la mamma da tre a sei anni e creato gli Istituti a custodia attenuata per madri (ICAM) a Milano, Venezia, Lauro (in provincia di Avellino), Cagliari e Torino, in alternativa alle "sezioni nido" delle carceri femminili.<sup>7</sup> Al compimento dei sei anni, in assenza di parenti fuori dal carcere, il bambino viene affidato a una famiglia o a un istituto, ma la legge consente alle donne considerate non pericolose di continuare a vivere insieme in case famiglia protette. Nei 5 ICAM, nelle 24 sezioni nido di carceri ordinarie e nelle due case famiglia protette, al 31 marzo 2025 vivevano con i loro bambini 15 donne.

Nonostante ogni accorgimento arredativo per "mimetizzare" i luoghi dove vivono i bambini con le madri carcerate, gli psicologi descrivono una "sindrome da prigionia" che comporta ritardi nello sviluppo linguistico e motorio, oltre a difficoltà nel gestire le emozioni. Le cause sono: la ripetitività dei gesti, la ristrettezza degli spazi di gioco, la mancanza di stimoli e l'inevitabile "contagio" dell'afflizione materna. Il successivo distacco genererà senso di abbandono e, nel tempo, rabbia e ribellione.<sup>8</sup>

Nel resto d'Europa<sup>9</sup> se la passavano anche peggio (in Inghilterra, poche detenute potevano tenere con sé il figlio e fino a un anno e mezzo; in Portogallo e in Spagna fino ai tre anni, in Finlandia ai due, in Francia e in Lussemburgo mai sopra l'anno), finché il recente Decreto sicurezza<sup>10</sup> ha cancellato l'obbligo del rinvio dell'esecuzione della pena per le donne incinte o con prole di età inferiore a un anno. In questo caso la donna dovrà andare obbligatoriamente in un ICAM, mentre se il bambino ha tra uno e tre anni e se le ragioni di sicurezza lo richiedono, andrà in un carcere ordinario. Se la sua condotta non è adeguata, la donna ospitata in un ICAM può essere trasferita in un carcere ordinario senza il figlio.

### LE "SEZIONI PROTETTE" PER PERSONE TRANS E OMOSEX

Gli ultimi dati sulla sorte delle persone LGBTQIA+ sono stati raccolti nel 2023 dal Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà. Le detenute transessuali (circa 70), se allocate in istituti maschili secondo il loro sesso biologico, si trovano in sezioni separate; nelle sezioni femminili, invece, stanno assieme alle altre detenute, non essendo rilevati rischi di violenza. Lo stesso vale per gli omosessuali: le donne lesbiche stanno con le altre donne, mentre gli uomini che dichiarano la propria omosessualità alloggiano in sezioni separate. Attualmente, vi sono sei sezioni "protette trans" e tre "protette omosex". Poiché l'assegnazione a queste ultime potrebbe comportare il trasferimento in carceri lontane dal territorio di riferimento, essa deve avvenire "previo consenso degli interessati i quali, in caso contrario, saranno assegnati a sezioni ordinarie".<sup>2</sup>

# 15

le madri detenute in Italia  
che al 31 marzo 2025  
vivevano con i propri bambini

# 31,6%

la percentuale di stranieri  
sulla popolazione adulta nelle  
carceri italiane

## STRANIERI SENZA PARACADUTE

Complessa, infine, anche la situazione degli stranieri che, al 30 aprile 2025, rappresentavano il 31,6% del totale dei detenuti adulti e lo 0,4% di tutti gli stranieri presenti in Italia. Stranieri che nel nostro Paese hanno ormai superato i cinque milioni (di cui l'8% irregolari), arrivando al 9% della popolazione complessiva: i ricongiungimenti familiari e il consolidamento delle seconde generazioni stanno via via facendo diminuire la propensione al crimine e il tasso di detenzione.<sup>2</sup> I minori non accompagnati, segnati da un viaggio difficile senza adulti di riferimento e da una scarsa accoglienza in Italia, costituiscono un gruppo particolarmente fragile, ad alto rischio psichiatrico e di devianze sociali. Pur essendo per loro vigente il divieto di espulsione, respingimento e trattenimento ed essendo prescritta l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale,<sup>11</sup> quasi la metà degli ingressi del 2023 nei Centri di prima accoglienza (dove vengono collocati i minori fermati in flagranza di reato) è rappresentato proprio da ragazzi stranieri. La maggioranza di questi giovani viene poi inviata in custodia cautelare negli istituti di pena minorile, anziché in comunità: l'assenza di una casa, di una famiglia e di un'assistenza



legale efficiente che prospetti le alternative al carcere, sfavorisce paradossalmente proprio coloro che avrebbero bisogno di maggiori garanzie, essendo privi di risorse e di reti sociali di protezione. ■

### Bibliografia

- <sup>1</sup> [The European Convention on Human Rights.](#)
- <sup>2</sup> [Associazione Antigone. 2025.](#)
- <sup>3</sup> [Rapporto Antigone. 2024.](#)
- <sup>4</sup> Mahase E. [Br Med J 2024;387:q2678.](#)
- <sup>5</sup> Bronson J, et al. [Public Health 2019;1.](#)
- <sup>6</sup> [Commissione europea. 2022.](#)
- <sup>7</sup> [Legge n. 62 del 21 aprile 2011.](#)
- <sup>8</sup> Van Hout M et al. [Lancet Child Adolesc Health 2024;5:317-9.](#)
- <sup>9</sup> [Council of Europe Annual Penal Statistics. 2021.](#)
- <sup>10</sup> [Legge n. 80 del 9 giugno 2025.](#)
- <sup>11</sup> [Camera dei Deputati. 2024.](#)

# A San Vittore il primo centro per le infezioni a trasmissione sessuale in carcere

**Roberto Ranieri, direttore della sanità penitenziaria regionale, racconta le innovazioni negli istituti lombardi: dalla gestione della salute mentale ai protocolli per il rischio suicidario. Ma non mancano le criticità, come il sovraffollamento e la ripartizione iniqua dei fondi ministeriali**

ANGELICA GIAMBELLUCA



Roberto Ranieri.

**DICIOTTO** istituti penitenziari, circa 9.000 detenuti con un *turnover* che triplica il numero effettivo, un'età media in costante crescita (43 anni) e una popolazione dove il 40% presenta dipendenza patologica e il 30% disagio psichico. Sono i numeri della sanità

penitenziaria lombarda, un sistema che ha fatto della Lombardia un laboratorio di innovazione. A guidarlo è Roberto Ranieri, direttore dell'Unità operativa di sanità penitenziaria della Regione Lombardia, che racconta progressi e criticità di un settore dove il diritto alla salute si misura anche dietro le sbarre.

### I PROGRESSI NELLE INFEZIONI A TRASMISSIONE SESSUALE

Tra le maggiori innovazioni vi è la designazione del carcere di San Vittore



come centro di riferimento per le infezioni sessualmente trasmesse (IST).

“È il primo carcere al mondo con questa specializzazione” – spiega Ranieri con orgoglio. Questo centro afferisce alla Struttura complessa ‘Direzione coordinamento carceri’ dell’ASST Santi Paolo e Carlo che ha un’esperienza consolidata nella sanità penitenziaria, soprattutto per ciò che riguarda gli *screening* sistematici, la somministrazione di terapie antiretrovirali all’avanguardia, l’educazione alla salute sessuale e la collaborazione con enti esterni per garantire continuità assistenziale anche dopo il rilascio. Nel 2019 l’ASST Santi Paolo e Carlo era già stata individuata come centro di riferimento regionale per le IST: “Applicare questa competenza al contesto penitenziario era naturale – conferma Ranieri – data l’alta incidenza di queste patologie tra i detenuti: l’11,5% soffre di malattie infettive, con un’incidenza dell’HCV del 7,4%”.

### LA SFIDA DELLA SALUTE MENTALE E IL RISCHIO SUICIDARIO

Ma è sulla salute mentale che Ranieri si sofferma più a lungo: “Abbiamo strutturato la risposta su tre livelli: consulenza per disturbi transitori, presa in cura per i disagi legati alla carcerazione, presa in carico integrata per i disturbi psichiatrici maggiori”.

Sul rischio suicidario, Ranieri è categorico: “Con la DGR 6653 del luglio 2022<sup>1</sup> abbiamo aggiornato il Piano regionale per la prevenzione del rischio suicidario. Ogni istituto deve avere un Piano locale di prevenzione condiviso tra operatori sanitari e penitenziari. Il momento più critico è l’ingresso: tutti i nuovi giunti vengono valutati da uno *staff* multidisciplinare nell’immediatezza dell’arrivo. La prevenzione passa dalla formazione congiunta



Il carcere di San Vittore in una fotografia del 1880, un anno dopo la sua inaugurazione.

del personale e dall’attenzione quotidiana ai segnali di fragilità”.

### IL NODO DELLE RISORSE

I medici ci sono, ma mancano gli infermieri: “Ne servirebbero molti di più per garantire un’assistenza sulle 24 ore negli istituti *hub* e una presenza continuativa negli *spoke*”. Ma è sul finanziamento che la critica si fa più netta: “Il fondo nazionale per la sanità penitenziaria opera secondo la logica del numero di detenuti. È un criterio inadeguato. La Lombardia ospita i casi più complessi, perché tutti i casi complessi li mandano qui dal resto d’Italia: detenuti in regime di 41 *bis*, alta sicurezza, articolazioni psichiatriche specializzate. I numeri parlano chiaro: nel 2024 abbiamo speso 44 milioni di euro per la sanità penitenziaria, ma dal fondo nazionale ne sono arrivati solo 24. Il resto li ha messi la Regione”.

### LE CASE DI COMUNITÀ ENTRANO IN CARCERE

Con la delibera 3621 del dicembre 2024<sup>2</sup>, la Lombardia ha ridisegnato l’intera rete sanitaria penitenziaria: “Abbiamo applicato il modello delle Case di comunità anche agli istituti. I servizi sono su tre livelli: servizio medico di base per gli istituti *spoke* con meno di 100 detenuti; servizio medico multiprofessionale integrato per gli *hub*, con

assistenza nelle 24 ore ed *équipe* multidisciplinari; strutture con sezioni specializzate, con le Sezioni ad assistenza intensificata che funzionano come ospedali di comunità”.

Ogni detenuto, all’ingresso, viene classificato in tre classi di assistenza: “classe A per le patologie acute, classe B per quelle croniche con un Piano di assistenza individuale strutturato, classe C per chi non presenta particolari problemi sanitari ma viene monitorato”.

### LE PROSPETTIVE

Guardando al futuro, Ranieri è realista: “Il sovraffollamento resta il problema principale, con ricadute dirette sulla salute. Ma stiamo lavorando sulla continuità assistenziale attraverso la cartella clinica informatizzata regionale, che garantisce il passaggio delle informazioni sanitarie nei trasferimenti. E stiamo potenziando l’integrazione: la sanità penitenziaria funziona solo se c’è una collaborazione tra servizi sanitari, amministrazione penitenziaria, magistratura di sorveglianza e terzo settore”. ■

### Bibliografia

<sup>1</sup> DGR 6653 dell’11 luglio 2022.

<sup>2</sup> DGR 3621 del 16 dicembre 2024.

# Adolescenza reclusa

**Disturbi del comportamento, depressione, ansia, atti di violenza e autolesionismo, dipendenze: per i detenuti *under 18* il carcere minorile è spesso il primo contatto con la sanità pubblica, ma in un contesto dove disagio e fragilità la fanno da padroni. Emblematico è il caso del “Beccaria” di Milano**

STEFANO MENNA

**LE CARCERI MINORILI** raccontano una realtà meno visibile, ma non meno complessa, di quella del sistema penitenziario per adulti. Al 15 ottobre 2025 si registravano 566 detenuti (di cui 21 ragazze) nei 17 Istituti penali per minorenni (IPM) italiani.<sup>1</sup> Un sistema in forte tensione: oltre la metà degli istituti soffre di sovraffollamento, con tassi che a Treviso superano il 190% e arrivano al 150% al “Beccaria” di Milano o a Quartucciu in provincia di Cagliari.

## IL NODO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La detenzione è spesso il primo contatto strutturato con la sanità pubblica. Le patologie prevalenti sono di natura psicologica o psichiatrica: disturbi del comportamento, depressione, ansia, autolesionismo. Circa un terzo dei detenuti è seguito da un servizio di salute mentale ed è particolarmente diffuso l'uso di cannabis, alcol e psicofarmaci.

Le malattie infettive sono meno frequenti che nelle carceri per adulti, ma non mancano casi di epatite e tubercolosi.<sup>2</sup>

Alla scarcerazione, la continuità assistenziale è un passaggio critico: utenza vulnerabile, trattamenti inefficaci e interrotti, assenza di rete territoriale e supporto sociale determinano un alto rischio di recidiva.

Costituiscono ulteriori elementi di fragilità la scarsa numerosità e formazione del personale dedicato, la mancata integrazione tra Dipartimento per la giustizia minorile, aziende sanitarie e servizi territoriali. Inoltre, le politiche legislative più restrittive (come il cosiddetto “Decreto Caivano”) hanno provocato un aumento della custodia cautelare per i minorenni,<sup>3</sup> con un impatto diretto sulla crescita della popolazione carceraria e, proporzionalmente, della pressione sui servizi sanitari stessi.

## IL “BECCARIA”: UN (DIFFICILE) LABORATORIO DI CAMBIAMENTO

L'Istituto “Cesare Beccaria” di Milano è uno dei simboli più noti del sistema detentivo minorile italiano. Ma anche dei più discussi, per le recenti vicende di cronaca che vedono coinvolti dirigenti, medici e infermieri.<sup>4</sup> Negli ultimi anni il carcere ha attraversato fasi complicate: sovraffollamento, carenza di personale, lunga vacanza dirigenziale, episodi di violenza e proteste dei ragazzi. L'edificio è soggetto a lavori di ristrutturazione da quasi vent'anni: ciò comporta condizioni complesse per il personale e i giovani e limita le attività sociali e formative. Oggi il Beccaria, l'IPM più popoloso d'Italia, ospita in media tra 50 e 70 minori, in gran parte maschi tra i 16 e i 20 anni di età. L'assistenza sanitaria è gestita da ATS Milano, con un'*équipe* di medici, psicologi e infermieri. Il lavoro più impegnativo è sulla salute mentale: molti ragazzi arrivano con disturbi del comportamento, traumi pregressi e dipendenze.

L'aumento del consumo di psicofarmaci ha comportato il raddoppio delle spese *pro capite* in un anno.

Ma il Beccaria è anche un luogo dove si sperimentano nuovi modelli di intervento: sono stati avviati progetti di sostegno psicologico intensivo, attività sportive, laboratori e percorsi di formazione professionale, in

collaborazione con il Comune e il terzo settore perché torni a essere, come prevede la legge, un'occasione di recupero e non di ulteriore emarginazione.<sup>5</sup> ■

## Bibliografia

<sup>1</sup> [Dipartimento giustizia minorile. 2025.](#)

<sup>2</sup> [Rapporto Antigone. 2025.](#)

<sup>3</sup> [Decreto Legge n. 123 del 15 settembre 2023.](#)

<sup>4</sup> [Il Post.](#)

<sup>5</sup> [Rapporto Antigone. 2024.](#)



PEXELS - RON LACH



# Legal clinic, l'università entra in carcere

Studenti universitari affiancano docenti e avvocati per offrire supporto e orientamento in ambito giuridico ai detenuti, imparando sul campo il diritto dell'esecuzione penale. Un modello innovativo attivo nelle carceri milanesi di Bollate e San Vittore e nel quartiere di San Siro

"HO SEMPRE pensato che nella mia competenza come docente mancasse l'attenzione alla vita reale del diritto penale. Mi sentivo distaccata dall'attività professionale e questo mi ha portato a lavorare in carcere, perché le persone detenute sono proprio gli ultimi nella società". Così Melissa Miedico, docente di diritto penale all'Università Bocconi, spiega perché ha deciso di avviare, e poi diventarne coordinatrice, il progetto delle Legal clinic in Bocconi, corsi universitari che trasformano la formazione giuridica in esperienza sul campo. Studenti del quarto e quinto anno di giurisprudenza seguono casi reali, incontrando persone che hanno bisogno di supporto e orientamento su questioni giuridiche, al fine di preparare istanze, ricorsi sotto la supervisione di docenti e con il costante collegamento con i loro avvocati e i funzionari giuridico pedagogici. Non è volontariato, ma didattica innovativa che permette agli studenti di affrontare questioni giuridiche concrete.

Il modello prevede sportelli fisici dove operano sia gli studenti sia le persone detenute formate che fungono da volontari interni, creando un sistema di auto-aiuto particolarmente efficace.

## BOLLATE, SAN VITTORE, SAN SIRO

Lo sportello di Bollate nasce su iniziativa di Valerio Onida, ex presidente della Corte costituzionale. Insieme all'Università degli studi di Milano-Bicocca, la Bocconi offre la sua collaborazione alle persone detenute grazie al progetto delle Legal clinic come corso universitario: "Sono una forza infinita. Facciamo attività che da soli non riusciremmo a fare con la stessa capillarità". Esiste uno sportello fisico dove viene fatto un primo *screening* delle richieste.

Dal 2023 le Legal clinic operano anche a San Vittore. "È un carcere di frontiera, particolarmente duro, con un sovraffollamento oltre il 200%", spiega Miedico. "Finiscono a San Vittore molti ragazzi neomaggiorenni con gravi problemi di tossicodipendenza e psichiatrici, spesso non italiani cui è difficile offrire l'assistenza di cui avrebbero bisogno".

Dal 2019 le Legal clinic operano anche nel quartiere di San Siro dove si intercettano bisogni diversi ma ugualmente urgenti: problemi di regolarizzazione, accesso ai servizi, questioni giuridiche legate alla fragilità sociale.

## LE RICHIESTE PIÙ FREQUENTI

"La maggior parte delle attività riguarda la collaborazione con la rete al percorso del detenuto per una più rapida fuoriuscita dal carcere: accesso alle misure alternative, lavoro in esterno", spiega Miedico. "Siamo specializzati anche nella regolarizzazione per le persone migranti", ambito particolarmente critico in quanto è difficile rinnovare il permesso di soggiorno per chi lo aveva prima di entrare in carcere o chiedere la protezione internazionale. Sarebbe importante invece favorirne la regolarizzazione, per evitare che all'uscita si ritrovino in condizioni di estrema marginalità. "Facciamo colloqui con persone che spesso non conoscono il nostro sistema e le regole del diritto penitenziario e dell'esecuzione penale. Noi li aiutiamo a comprendere la situazione, a valutare con la rete quale sia un possibile percorso, evitando di creare illusioni". È fondamentale il rapporto con i legali: "Non facciamo quasi niente senza l'accordo con l'avvocato. C'è una grande collaborazione, colgono la nostra presenza come un'opportunità".

Tra i casi seguiti, Miedico ricorda quello di una donna sudamericana vittima di violenza domestica, arrestata per traffico di droga. "Era venuta in Italia con le figlie per salvarle dal marito che la maltrattava e la costringeva a spacciare. L'hanno arrestata e le figlie le hanno messe in comunità. Trasferita a Bollate, la donna ha imparato l'italiano, ha fatto corsi, ottenuto i benefici. Ha cominciato a lavorare in un hotel e la proposta di lavoro è proseguita anche dopo la fine della pena, ma c'era il problema del permesso di soggiorno". La Legal clinic l'ha supportata. "Alla fine ha ottenuto la protezione speciale, continua a lavorare e ha fatto tornare le figlie. Una storia a lieto fine, anche se non sono tutte così".

## LE SFIDE CHE RIMANGONO

"Il carcere dovrebbe essere l'*extrema ratio*, mentre oggi è la prima", riflette Miedico. "E spesso fallisce nel rieducare: in Italia abbiamo recidive del 60-70%. Le condizioni di grave sovraffollamento non consentono interventi per predisporre progetti efficaci".

Le Legal clinic, insieme a tutto il sistema di volontariato, conclude Miedico, "forniscono un importante supporto, ma un altro modello dovrebbe essere possibile: bisognerebbe potenziare il sistema di *welfare*, prendendosi cura delle persone in difficoltà e anche di coloro che hanno sbagliato". ■