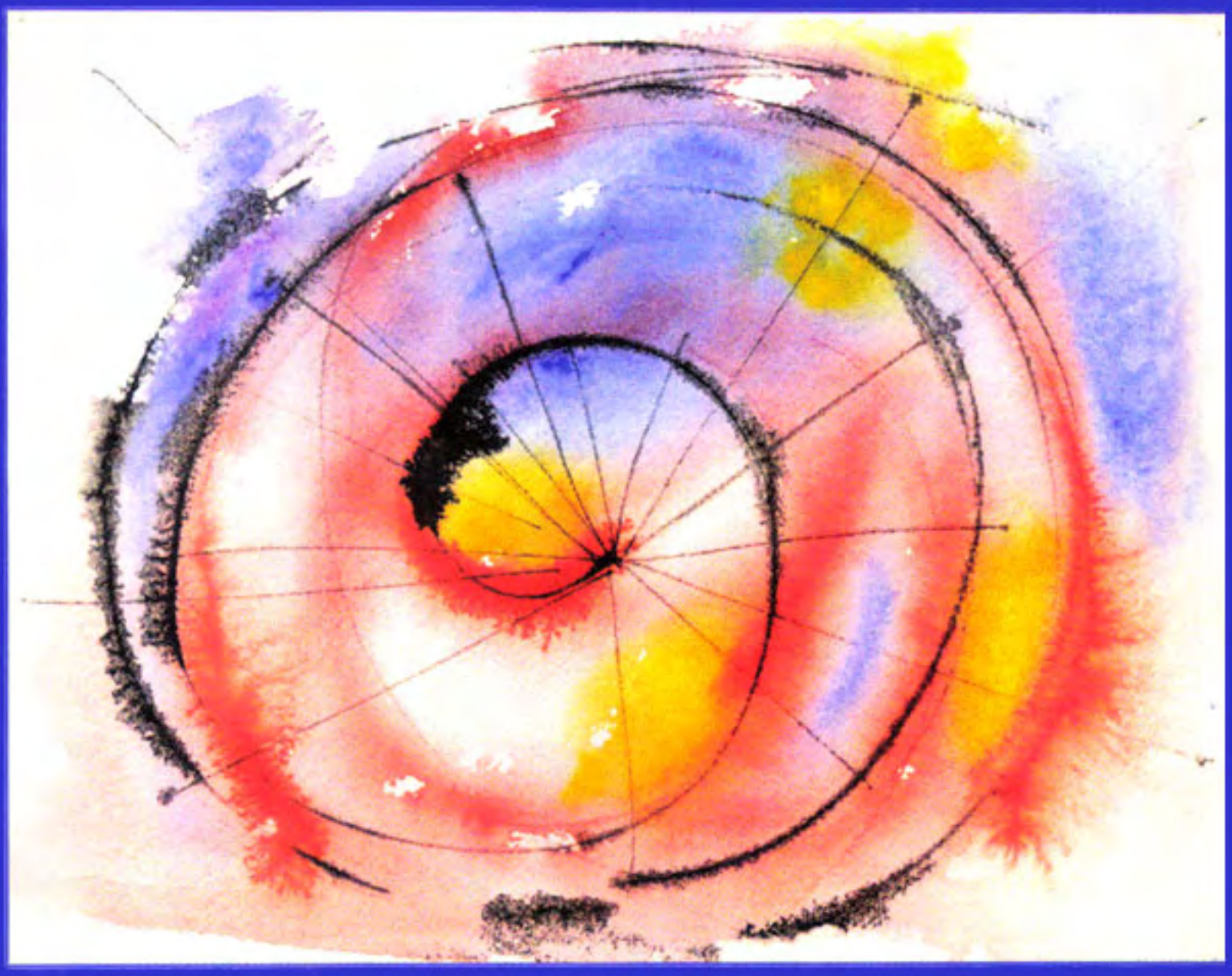
Laura Baccaro

CARCERE E SALUTE



EDIZIONI SAPERE

CARCERE E SALUTE

di Laura Baccaro

Introduzione, a cura prof. I. Spano

PRIMA PARTE

1. IL DIRITTO ALLA SALUTE 9
1.1 Diritti umani e salute 9
1.2.Le istituzioni per la salvaguardia del diritto alla salute 11
1.3. Principi costituzionali della tutela della salute 12
1.4. I diritti del detenuto nell'ambito della tutela della salute 14
1.5. Il diritto alla salute e AIDS 15
1.6. Il diritto alla tutela per i "figli del carcere" 18
2. LA SALUTE E LA NORMA 21
2.1.Legittimità della pena e malattia 21
2.2. La tutela della salute e le norme di esecuzione della pena in caso di malattia del detenuto 23
2.3. La legge 230: profili generali 25
2.4. L'assistenza sanitaria nel nuovo regolamento penitenziario 28
2.5. La legge 231/99 in tema di incompatibilità 30
2.6. Costituzione "Unità operativa" di sanità penitenziaria 32
2.7. I detenuti stranieri e il diritto alla salute in carcere 33
3. LA SALUTE IN CARCERE 36
3.1 Corpo del detenuto e stato di detenzione 36
3.2. Il bisogno di salute in carcere 39
3.3.Patologie della reclusione 41
3.4. Area psichiatrica 42
3.5.Area infettivologica-immunologica 47
3.6. L'area tossicologica 50
3.7. Intervista ad una infermiera 51
4. MALATTIE SIMULATE E ATTI DI AUTOLESIONISMO 56
4.1. Simulazione e disturbi fittizi 56
4.2. Atti di autolesionismo 59
4.3. Ingestione di corpi estranei 61
4.4. Sciopero della fame 63
5. PROBLEMATICHE DI SALUTE PSICHICA 65
5.1. Problematiche psichiche 65
5.2. Psicosi carcerarie 67
5.3. Sindrome di Ganser 69
5.4. Sindrome da "prisonizzazione" 70
5.5. Condizioni di incompatibilità e patologie psichiatriche 73
5.6. Infermità e seminfermità mentale 77
6. AREE PROBLEMATICHE DELLA TUTELA DELLA SALUTE 80

6.1. Differenza di genere e malattia in ambiente carcerario 80
6.2. Tutela dei bambini in carcere 84
6.3. Immigrati e salute mentale 86
6.4. Il rapporto medico-detenuto: rischi e burn-out 87
6.5. Malattia e morte dietro le sbarre 89
6.6. La comunicazione negata: il suicidio 91
6.7. La "banalità" della salute 93
6.8. Perché non si parla di sessualità? 94

SECONDA PARTE

INCHIESTA SULL'ASSISTENZA SANITARIA E SULLA SALUTE ALL'INTERNO DELLA CASA DI RECLUSIONE DUE PALAZZI, *a cura redazione Ristretti Orizzonti, Padova* 96
Presentazione……
1. Informazioni socioanagrafiche…….
2. Ingresso nel carcere……
3. Autoaggressività…….
4. Rapporti con il personale sanitario del carcere……..
5. Uso di farmaci e diete……
6. Ricoveri Sanitari……
7. L'informazione sanitaria……
8. I problemi sanitari specifici dei tossicodipendenti……
9. Il bisogno di assistenza sociosanitaria dopo la scarcerazione……..
10. Problemi di salute denunciati dagli intervistati…….
11. Suggerimenti degli intervistati per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria ……

CONCLUSIONI……..
VERSO UNA CARTA ETICA, ***a cura prof. Pier Cesare Bori*** 125
APPENDICE LEGISLATIVA 131
Decreto legislativo recante "disposizioni per il riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419" *132*
Progetto obiettivo *136*
Circolare prot. n. 578455/14 TOSS. GEN. del 29.12.1999 ..... *151*
Misure alternative alla detenzione a tutela del rapporto tra detenute e figli minori *155*
Raccomandazioni per un approccio di genere al tema donne, salute, hiv *158*
Ministero della sanità: linee guida sulla riduzione del danno *164*
Linee guida sull'HIV/AIDS e le epatiti in carcere *167*
Legge 12 luglio 1999, n. 231
"*Disposizioni in materia di esecuzione della pena, di misure di sicurezza e di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria o da altra malattia particolarmente grave"*

BIBLIOGRAFIA 172

Introduzione

Che la situazione delle carceri in Italia viva, da tempo, in uno stato oggettivo di significativa e drammatica precarietà, prossima a un punto di non ritorno, lo testimoniano il numero dei detenuti più del doppio di quelli ospitabili, con una forte presenza di soggetti in attesa di giudizio, il deterioramento delle condizioni di vita che finisce per aumentare esponenzialmente lo stato di bisogno, la diversificazione della popolazione carceraria con quote crescenti di popolazione di stranieri, e la presenza di soggetti tossicodipendenti, elementi che peggiorano, sul versante del trattamento, le dinamiche relazionali interne inducendo un irrigidimento delle misure di controllo.

L'equazione che prende corpo e che quando la vita in carcere continua a deteriorarsi trovano maggior spazio logiche e pratiche mafiose, crescono i rischi per la salute (già di per sé alti), si diffondono episodi di autolesionismo, di violenza, i suicidi, sostanze psicoattive circolano facilmente e pratiche come il lavoro, istruzione e attività culturali diminuiscono di peso specifico, facendo perdere ulteriormente di legittimità sociale alla funzione del carcere.

Tutto questo mantiene viva e risottolinea la questione per cui nella forma della detenzione vive un contrasto particolarmente profondo e peculiare con i principi stessi dello "stato di diritto" laddove si determina un impedimento totale, comunque, una drastica limitazione della possibilità di estrinsecazione di una gamma ampia di possibilità connesse all'esistenza individuale.

Sotto questo profilo l'assunto secondo cui la reclusione dovrebbe comportare soltanto la privazione della libertà costituisce una affermazione fuorviante sia dal punto di vista teorico e, ancor più, pratico venendosi a perdere una sfera non determinabile e delimitabile di diritti personali (L. Eusebi).

Rispetto a questo rimane tuttora centrale la prospettiva avanzata da Cesare Beccaria per cui "Non si può chiamare precisamente giusta (il che vuol dire necessaria) una pena di un delitto, finché la legge non ha adoperato il miglior mezzo possibile, nelle date circostanze di una nazione, per prevenirlo".

L'obiettivo esplicito, di natura sia teorica che pratica, è di far sì che l'intero ordinamento converga intorno alla possibilità concreta di minimizzare, ex ante, gli spazi disponibili per una commissione vantaggiosa di fatti illeciti.

Da quanto detto si possono evidenziare due quesiti essenziali:

- quale è lo spazio del diritto nel carcere?
- quale è lo spazio del carcere nel diritto?

In questa sede non si vuole entrare nel merito della risposta al secondo quesito anche se se ne sono evidenziate, in parte, le premesse, avendo, comunque, consapevolezza che i due quesiti non sono separabili se non per una questione euristica.

Resta, comunque, doveroso annunciare che, di fronte alla complessità della questione, la posizione che si auspica è quella che "apre la prospettiva del dissolversi del diritto penale, quantomeno come strumento afflittivo" (G. Mosconi).

E' chiaro che, almeno, le dinamiche indotte di chiusura del carcere verso l'interno, tipiche del carcere di isolamento e di custodia, devono rompersi per permettere e ridar senso a quelle dinamiche di proiezione e

di aggregazione verso l'esterno, di "connessione con il sociale", già delineate dalla legge di riforma carceraria.

Ciò, rimanda a una visione del trattamento non più inteso al reinserimento del recluso nella società, non più come articolazione del carcere verso la società, quanto come dilatazione della società in relazione alla costante compressione del carcere.

Trattamento, allora, come esperienza sociale aperta piuttosto che come rieducazione normalizzante.

L'idea risocializzativa, afferma Luciano Eusebi, costituisce, innanzitutto, l'unico strumento teorico finora elaborato per dare rilievo alla sfera dei diritti di chi subisce una condanna.

La risocializzazione non è un fine alternativo agli altri scopi per cui sussiste l'ordinamento penale, quanto un criterio di articolazione dell'intervento punitivo. Non si punisce per risocializzare quanto, se si punisce, si deve punire in modo risocializzante.

L'orientamento risocializzativo , rispondendo a una esigenza di rispetto della dignità umana, riflette una precisa opzione per cui l'efficacia dell'ordinamento penale non risponde solo al criterio di esercizio del potere coercitivo dello Stato ma all'ambizione che il senso delle norme e della loro dimensione precettiva possa essere liberamente fatto proprio da tutti i cittadini, anche da parte di coloro che dette norme hanno infranto.

Ciò significa far sì che l'impatto con il sistema punitivo non si debba configurare mai come impedimento-sbarramento di ogni prospettiva esistenziale dell'individuo considerato come essere sociale, ma come occasione percorribile al fine del recupero di un rapporto con conflittuale con la società.

L'orientamento alla risocializzazione non implica una pena, un trattamento che terapeuticamente risocializzi, quanto che l'intervento punitivo comporti il minor possibile sacrificio dei diritti essenziali dell'individuo e, dall'altra, assuma evidenze significative sotto il profilo della produzione di valori di solidarietà sociale, di condivisione, di ricostituzione di legami sociali.

Tutto ciò allude alla rottura dell'impermeabilità ed extraterritorialità del carcere.

La sperimentazione di forme aperte di carcere contribuisce a ricondurre il diritto entro il suo alveo naturale, a rimettere in primo piano i soggetti, le loro storie e realtà, anziché le fattispecie penali, a privilegiare la qualità, ossia le emergenze di nuove caratteristiche del soggetto, rispetto alla quantità indifferenziata che omologa gli individui nell'unicità e irreversibilità della pena.

Solo la socializzazione di dinamiche istituzionali aperte ha come presupposto e promuove la valorizzazione di quelle libertà che sono in grado, a un tempo, di permettere trasformazioni individuali e divenire sociale.

Il libro "Carcere e salute" di Laura Baccaro sembra essere la testimonianza fedele delle riflessioni fin qui fatte.

E', innanzi tutto, un libro raro come sono rare le analisi e le ricerche sulla condizione carceraria, in generale, e sui diritti dei detenuti, in particolare.

Quando uscì, per i tipi di Einaudi, "Il carcere in Italia" di Giulio Salerno è come se si fosse aperto per la prima volta il carcere all'esterno, alla società, prima incrinatura di quel meccanismo segregativo magistralmente analizzato da Michel Foucault in "Sorvegliare e punire".

"Carcere e salute", raccogliendo le espressioni più qualificate di una letteratura impegnata a "svelare", "rivelare" la condizione del soggetto carcerato, dà sistematicità e completezza alla riflessione sul "diritto

alla salute" in carcere, concorrendo a far capire il drammatico paradosso tra negazione e limitazione della libertà e affermazione dei diritti umani elementari, a partire dalla promozione del benessere della persona.
Baccaro riferisce "E' il dolore del sé relazionale che con la reclusione viene amputato e sottoposto a torsione…il recluso attraverso i suoi sintomi dice: 'Sono un essere umano, una presenza umana, e come tale vorrei essere considerato'…E, a ben vedere, quella catena di sintomi è la modalità crativa che il recluso, al momento, intravede: il suo modo di esternare la sofferenza, di comunicarla. Una cura estenuante, come una danza senza fine che il farmaco aumenta anziché lenire. Mai, come in questo caso, è più vero il paradosso secondo cui: la malattia è la cura".
Il "principio di equivalenza delle cure" sancito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità", come inderogabile necessità di garantire al detenuto le stesse cure, mediche e psico-sociali, assicurate a tutti gli altri membri della comunità, non esaurisce il principio per cui "mai le ragioni della sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita".
Il lavoro di Laura Baccaro dà ragione ad Amartya Sen quando distingue "l'equità della salute" dalla semplice "equità della cura" perché la prima non si riferisce alla semplice disponibilità di servizi sanitari, quanto alla possibilità che, anche grazie agli stessi, possa essere raggiunto, da parte dell'utente, un effettivo stato di salute rispondente ai suoi reali bisogni.
La salute, quindi, come costruzione sociale, capacità del soggetto di perseguire la sua concezione di salute, di mantenere la propria capacità progettuale nelle scelte esistenziali.
Ma, la salute in carcere non si costruisce e, così, nessuna capacità progettuale per il detenuto.
Non si ha visibilità se non raramente e con difficoltà. La malattia è, forse, l'unico evidenziatore che si iscrive sul soggetto, sul suo corpo e che può parlare il linguaggio dell'evidenza, anch'essa, però, non sempre colta e osservata.
"I detenuti si sentono mutilati, nel senso che sono costretti all'immobilità, a subire la lentezza burocratica, una paralisi che limita l'azione personale".
Da qui, quel drammatico paradosso che, afferma Baccaro, vuole che le reazioni di molti detenuti si muovano lungo le direttrici imposte dalla sofferenza legale: da una parte una implosione nervosa (esaurimenti, insonnia, nevrastenia, autolesionismo…), dall'altra un'esplosione di rabbia, di aggressività, di ribellione.
Dal libro di Laura Baccaro si levano anche le voci di oltre 400 detenuti della Casa di Reclusione di Padova coinvolti in una ricerca sulle condizioni di salute dai detenuti redattori della Rivista "Ristretti Orizzonti" che da 4 anni si pubblica bimestralmente all'interno della Casa di reclusione stessa.
I dati sono puntuali, sconcertanti, agghiaccianti. Sembrano inverosimili tanto sono veri. Sono evidenze di ferite, di bisogni elementari quasi sempre disattesi, di esigenze di visibilità, di maggior visibilità.
Qui, il diritto all'espressione e alla realizzazione della propria umanità sembrano annichiliti nella oggettivazione dei corpi, degli affetti, dei vissuti, dei sentimenti che si agitano disperatamente per uscire da quella insignificanza entro cui l'istituzione li confina.
Qui, della reificazione si celebra l'aspetto più profondo, più drammatico che fece dire a Marx "ogni reificazione è sempre un dimenticare".
Ancora una volta è il soggetto umano, quello più sofferenze, la sua storia, la sua realtà a essere dimenticate, sacrificate a quegli stessi valori violati per cui la società ha inflitto la pena e che presume siano anche il prezzo del riscatto della sua libertà.

Ivano Spano
Università di Padova

Introduzione

Sembra paradossale argomentare del diritto alla salute poiché dovrebbe essere ovvio che è un diritto naturale dell'uomo, in altre parole un diritto dell'essere umano in quanto tale, ma la condizione particolare dello stato di detenzione è tale che il detenuto si trasforma, a volte, in un uomo "diverso" con "diversi diritti", talvolta contrastanti il principio universale secondo il quale l'uomo ha diritti propri perché essere umano.

Gadamer scrive "Sappiamo approssimativamente in cosa consistono le malattie […] La salute, invece, si sottrae curiosamente a tutto ciò, non può essere esaminata, in quanto la sua essenza consiste proprio nel celarsi. A differenza della malattia, la salute non è mai causa di preoccupazione, anzi, non si è quasi mai consapevoli di essere sani […] implica la sorprendente possibilità di essere dimentichi di sé […] Consideriamo quindi la salute come un'armonia, come la giusta misura, così come la vedevano anche i Greci"[1.] Anche Reale definisce la salute come "la giusta proporzione, quell'armonia naturale, quell'intrinseco accordo dell'organismo con se stesso e con ciò che gli sta al di fuori"[2.]

Dicevano gli antichi che quando un uomo diventa prigioniero Zeus gli toglie metà dell'anima! Ovvero per tenere qualcuno sottomesso è indispensabile annullare la sua indipendenza interiore. Il problema è quindi questo: cosa dobbiamo togliere ai detenuti per raggiungere, curiosamente, quel famoso stato di benessere chiamato salute?[3]

E se togliamo qualcosa come si fa poi a realizzare un equilibrio psico-fisico? Con quale parte dell'uomo "rimasto"? E chi è il soggetto che ho di fronte ora? Posso ancora parlare di "salute" oppure devo semplicemente di "manutenzione di uno stato di sanità meccanico"?

Ma se consideriamo lo stato di salute come un equilibrio soggettivo dobbiamo assolutamente fare i conti sia con il soggetto sia con l'ambiente nel quale si esplicita questo modo di essere e con l'attore da noi considerato che vive in carcere. Il termine "ambiente" non è più un termine adeguato se vogliamo collegarlo al concetto di salute come descritto. Dovremmo, con Pisapia, parlare più correttamente di "contesto" intendendo "non solo l'ambiente fisico nel quale si sviluppano azioni ed interazioni, ma lo scenario che i soggetti contribuiscono a costruire nel momento in cui sono impegnati in processi interattivi. […] il contesto si crea quando interessa cogliere la connessione, e quindi la compatibilità, con altre azioni che si svolgono nello stesso ambiente"[4]. Il contesto regolatore nel nostro caso è quindi quello dell'istituzione "totale", con l'esigenza di sicurezza e con la necessità che il detenuto sconti la pena all'interno dell'istituzione-carcere stessa. Ecco che l'equilibrio fra le parti, la giusta misura, l'apporto di tutte le persone che vi lavorano crea la premessa indispensabile per l'esercizio del diritto alla salute.

Argomentare di salute è quindi cimentarsi per costruire un equilibrio dialettico fra il soggetto e l'ambiente, cioè fra le varie istanze istituzionali, è creare un dialogo circolare , non è solamente la cura

[1] Gadamer H.G., *Dove si nasconde la salute*, a cura di Grieco A., Lingiardi V., Cortina, Milano, 1994
[2] Reale G., *Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da omero a Platone*, Cortina, Milano, 1999
[3] Grassi G., *Al prigioniero Zeus toglie metà dell'anima…*, in *Il reo e il folle*, n.15, Es.Ip.So, Firenze, 2000, p.25
[4] Libera trasposizione dalle lezioni universitarie del prof. G.V. Pisapia, Università di Padova,

del momento e del bisogno. In concreto parlare di salute è considerare il soggetto come "persona[5]" inserita in un “contesto” nel quale deve avere la possibilità di esplicare il suo diritto.

In carcere si assiste, inoltre, al "paradosso della custodia e della cura”. Da tempo sappiamo che il carcere rappresenta la zona più buia dell'apparato di giustizia, "il luogo dove il potere di punire, che non osa più esercitarsi a viso scoperto, organizza silenziosamente un campo di oggettività in cui il castigo può funzionare in piena luce come terapeutica"[6].

De Risio, affrontando il problema della doppia pericolosità del detenuto-malato, utilizza la metafora della separazione, che “mette in risalto la modificazione dei rapporti tra individui in presenza di uno stato patologico. Il carcere è il luogo della separazione, è una scatola di pietra destinata a rendere visibile il confine fra il giusto e il deviante. […] E’ qui che trovano alloggio coatto l’ombra junghiana e il Dr. Jekyll e Mr. Hide, innocenti prodotti di nuove separazioni della mente e del corpo. Tali categorizzazioni sono presenti nell’individuo singolo, […] e concorrono alla definizione della rappresentazione sociale della malattia stessa e del malato”[7].

“E’ il dolore del Sé relazionale che con la reclusione viene amputato e sottoposto a torsione […] il recluso, attraverso i suoi sintomi dice: “Sono un essere umano, una presenza umana, e come tale vorrei essere considerato!” […] E, a ben vedere, quella stessa catena di sintomi è la modalità curativa che il recluso, al momento intravede: il suo modo di esternare la sofferenza, di comunicarla. Una cura estenuante, come una danza senza fine che il farmaco aumenta anziché lenire. Mai, come in questo caso, è più vero il paradosso secondo cui: la malattia è la cura”[8].

E quindi un dilemma curioso sorge: è mai possibile che un carcerato venga custodito in modo tale che la sua salute psico-fisica ne sia favorita?

Abbiamo visto come l’affermazione del diritto alla salute in carcere passa attraverso uno snodo costituito dalla triade: cura-pena-diritti. Parlare di diritti del recluso significa sostenere che la dignità è un bene che l'umanità conserva in qualunque condizione esistenziale e, come tale, non è sacrificabile da prevalenti esigenze di sicurezza[9].

Si potrebbe riflettere che "Quando a corpi così mal costituiti si aggiungono cattivi governi delle Città, e in queste Città si fanno cattivi discorsi e in privato e in pubblico, e inoltre dai giovani non vengono apprese in alcun modo dottrine che portino rimedio a questi mali, allora, in questo modo, tutti noi che siamo cattivi, diventiamo cattivi per due cause del tutto involontarie"[10].

---

[5] *“Sul piano filosofico il concetto di persona è stato inteso in tre fondamentali accezioni: come sostanza primaria e indivisibile, composta di corpo e anima; come autorelazione dell’individuo o con l’Io-coscienza o con l’autocoscienza; come relazione con il mondo, cioè l’individuo come essere-nel-mondo. Nella prospettiva di un’antropologia personalistica, persona è sintesi di corpo e spirito, totalità indipendente ma aperta alla trascendenza, centro di libertà e responsabilità”*, da Istituto della Enciclopedia Italiana, Treccani, pp. 59-64

[6] Magliona B., Sarzotti C., a cura di, *La prigione malata. Letture in tema di AIDS, carcere e salute*, L’Harmattan, Torino, 1996, pp.115-154

[7] De Risio A., 2000, *La rete che cura*, in *Il reo e il folle*, n. 12-13

[8] Curcio R., Petrelli S., Valentino N., *Nel bosco di Bistorto*, Sensibili alle foglie, p. 244

[9] La Convenzione europea sulla prevenzione della tortura e delle altre forme di trattamento o punizioni crudeli, ratificata dall'Italia con legge 2 gennaio 1989, n. 7, all’art.3 dispone che nessuno debba essere sottoposto “*a tortura né a pena o trattamenti inumani e degradanti*”.

[10] Platone, *Fedone*, 114 D-115 A

PRIMA PARTE

1. IL DIRITTO ALLA SALUTE

Diritti umani e salute

La nozione di salute è polisemia e, forse per questo, è sempre stata manipolata sia nei vari momenti storici sia negli ordinamenti degli stati, differenziandosi al variare delle finalità politiche, tanto che il concetto di salute si è trasformato da “bene” individuale (necessità del singolo di essere curato) a “bene” collettivo (interesse della comunità ad avere individui sani), con un relativo adattamento dell’atteggiamento delle Istituzioni verso la questione sanitaria. Parallelamente anche il ruolo dello Stato è cambiato, passando da un ruolo meramente assistenzialistico a gestore esclusivo della sanità, con precisi doveri di intervento.

La Conferenza Internazionale della Sanità (New York, 1946) e l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definiscono la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi per farvi parte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate."

Da questa definizione si delinea come compito dello Stato la prevenzione e la limitazione delle situazioni di non-benessere che possono impedire al soggetto una vita dignitosa. Il diritto alla salute rappresenta, quindi, uno dei diritti fondamentali della persona, diritto che ne riconosce la dignità, che deve essere salvaguardato anche attraverso l’azione dei pubblici poteri. Competenza dello Stato sociale è garantire a tutti l’accesso ai diritti fondamentali, mettere nelle condizioni tutti di poterne fruire in egual misura e tutelare i soggetti deboli e marginali.

L’OMS con l’emanazione delle direttive note come “Principio di equivalenza delle cure” sancisce come inderogabile la necessità di garantire al detenuto le stesse cure, mediche e psico-sociali, che sono assicurate a tutti gli altri membri della comunità.

La garanzia dell'equità della salute per tutti i cittadini è il fine e l'obiettivo che devono perseguire i servizi sanitari nazionali ad impronta solidaristica. Amartya Sen[11] distingue "l'equità della salute" dalla semplice "equità delle cure", perché la prima non è la semplice disponibilità di servizi sanitari, ma è la reale possibilità di utilizzo degli stessi per raggiungere un effettivo stato di salute da parte dell'utente, in base ai suoi bisogni.

[11] Amartya Sen, *Etica ed economia*, Laterza, Roma, 1988. L’Autrice è Premio Nobel per l'Economia nel 1998.

L'esercizio concreto di questo diritto comporta l'elaborazione di paradigmi etici ispirati ad una visione della giustizia personale e sociale nello stesso tempo, cioè deve rispettare le esigenze dei singoli e della collettività[12].

Il principio di giustizia si traduce quindi nell'adozione di due criteri correlati:

- ***Criterio d'imparzialità***, fondato sull'uguale dignità degli uomini. Implica che tutti hanno diritto ad uguale trattamento mediante la garanzia dei beni fondamentali.
- ***Criterio dell'equa distribuzione delle risorse***, fondato sul riconoscimento della solidarietà. Esige sia data uguale possibilità di accesso ai beni per consentire un'adeguata realizzazione personale, primo fra questi quello della salute.

Se si considera il diritto alla salute come un diritto alla persona ne conseguono alcuni principi che possiamo così definire:

a. ***Principio di autonomia***: riflette il rispetto alla persona e il riconoscimento del suo diritto all'autodeterminazione;
b. ***Principio di beneficialità***: impone la ricerca di assicurare la salute ed il benessere della persona;
c. ***Principio di non-maleficità***: esige di non recare danno alla persona;
d. ***Principio di giustizia***: prescrive di trattare le persone in modo uguale e di evitare ogni forma di discriminazione.

Ma l'applicazione di questi principi non è mai automatica giacché si compongono in modo variegato fra di loro creando, a volte, situazioni apparentemente contraddittorie e conflittuali.

Tra i principali diritti riconosciuti alla persona malata ricordiamo come fondamentali: il diritto alla vita, diritto alla privacy, il diritto a non subire discriminazioni, il diritto ad essere adeguatamente informati, il diritto ad esprimere il proprio consenso informato.

Ma il diritto alla tutela della salute deve essere considerato come un diritto sociale del cittadino, con radici nel principio di solidarietà, che implica il rifiuto della separatezza fra le persone e il riconoscimento della necessaria interrelazione tra i diversi progetti di vita. Da questo discende l'affermazione sia dell'uguaglianza della persona nelle differenti forme della sua esistenza sia dell'ingiustizia nel trattare le persone in maniera diversa. La giustizia esige il superamento di ogni forma di discriminazione ed è necessaria per ristabilire l'uguaglianza negli interessi quando esiste fra loro sperequazione. Ciò significa che l'assegnazione delle risorse pubbliche e degli strumenti di politica pubblica nel campo della salute deve attuarsi in modo equo, senza penalizzare ingiustamente singoli soggetti o diverse categorie sociali.

Quindi la salute è in relazione alla reale capacità del soggetto di perseguire la "sua concezione di salute", di mantenere la propria capacità progettuale nelle scelte esistenziali e la pari capacità e/o possibilità di fruizione dei beni sanitari.

[12] Per l'impostazione teorica delle problematiche etiche si sono seguiti di Cattorini P., *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Masson, Milano, 2000; Chieffi L., *Bioetica e diritti dell'uomo*, Paravia, Torino, 2000.

1.2.Le istituzioni per la salvaguardia del diritto alla salute

Dostoevsky sosteneva che "la qualità della società si misura dalla qualità delle sue prigioni", ma ancora nel 1987 le Regole minime europee raccomandano all'art. 1 che "la privazione della libertà deve eseguirsi in condizioni materiali e morali che salvaguardino il rispetto della dignità umana e in conformità con questa regola"; inoltre all'art. 3 chiariscono che "la finalità del trattamento dei detenuti deve essere quello di salvaguardare la salute e la dignità". Il Consiglio d'Europa nel documento "Regole penitenziarie europee", sopra citato, nel preambolo prospetta una costante evoluzione di tali regole, impegnandosi a "definire criteri di base realistici, che permettano alle amministrazioni penitenziarie di giudicare i risultati ottenuti e di misurare i progressi in funzione di più elevati standard qualitativi".

Ricordiamo le maggiori convenzioni internazionali: Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali Ris. ONU 30 agosto 1955: Regole minime per il trattamento dei detenuti, l. 25 ottobre 1977, n. 881: Ratifica ed esecuzione del patto internazionale relativo ai diritti civili e politici (New York, 16 dicembre 1966).

Inoltre l. 3 novembre 1988, n. 488: Ratifica ed esecuzione della Convenzione contro la tortura ed altre pene o trattamenti crudeli, disumani o degradanti (New York,10 dicembre 1984). Con la l. 2 gennaio 1989, n. 7: Ratifica ed esecuzione della convenzione europea per la prevenzione della tortura o delle pene o trattamenti inumani o degradanti (Strasburgo, 26 novembre 1987), è istituito il Comitato europeo per la prevenzione della tortura o delle pene o trattamenti inumani o degradanti.

Anche un materia di misure alternative il Consiglio d'Europa ha prodotto la raccomandazione n. R. (92) 16 del Comitato dei Ministri, denominata: Regole europee sulle sanzioni e misure alternative alla detenzione, molto importante in quanto, nelle premesse, valuta la positività delle misure alternative poiché "le stesse evitano gli effetti negativi della carcerazione" [13].

Per quanto riguarda la situazione europea è possibile fare riferimento al Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa (Raccomandazione n. R (87) 25 del 12.02.1897 e n. R (89) 14 del 24.10.1989) e all'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa (Raccomandazione n. 1080/88 del 30.06.1988 e n. 1116/89 del 29.09.1989). Ricordiamo le "Linee europee su HIV/AIDS ed epatite in carcere" che si orientano alla prevenzione, e la "Carta di Hodenburg" del 1998, nota come "Raccomandazioni europee su carcere e tossicodipendenza" che si esprime su prevenzione e riduzione del danno.

In Italia il Ministero della Sanità ha stilato le "Linee guida sulla riduzione del danno" prendendo atto della direttiva dell'OMS nota come "Principio di equivalenza delle cure".

Si ricorda che il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa ha istituito con risoluzione (99) 50 (7 maggio 1999) un Commissario Europeo per i diritti umani, con il mandato di promuovere l'educazione, la consapevolezza e il rispetto dei diritti umani nei paesi del Consiglio d'Europa.

In Italia[14]esistono due Commissioni:

---

[13] Si è parlato così del carcere inteso come ultima pena corporale!

[14] Per la disamina di queste problematiche ci si è basati sulla Rivista "*Pace, Diritti dell'Uomo, Diritti dei Popoli"*, n. 3/1999, CLEUP, Padova.

1. Commissione per i diritti umani presso la presidenza del Consiglio dei Ministri, composta di persone competenti nell'ambito dei diritti umani, istituita con d.p.c.m. del 31.01.1984. Ha il compito di raccogliere informazioni e di assistere la Presidenza del Consiglio e le amministrazioni su questioni di diritti umani.
2. Comitato interministeriale per i diritti umani presso il Ministero degli affari esteri. È l'unico organo interministeriale che si occupa della materia. È stato istituito con D.M. n. 519, 15.02.1978. Ne fanno parte rappresentanti di tutti i Ministeri, dell'Arma dei Carabinieri, C.N.E.L., Istituzioni Universitarie, Commissione italiana per l'UNESCO, oltre a tre personalità eminenti nel campo dei diritti umani.

L'attività del Comitato consiste nella preparazione di rapporti periodici sulle misure adottate a livello nazionale in applicazione alle convenzioni internazionali ratificate dall'Italia. Questi rapporti sono presentati e discussi a livello internazionale. I contenuti di questi rapporti e le relazioni fatte ai vari ministeri di riferimento sono sconosciuti all'opinione pubblica.

Esistono inoltre commissioni e strutture di settore con funzioni connesse alla tutela e promozione dei diritti umani, ma nulla di specifico per la tutela del diritto alla salute in ambito penitenziario.

1.3. Principi costituzionali della tutela della salute

La Costituzione con gli artt. 2, 3 e 32, tutela l'individuo nel suo bisogno di personalità e socialità. Nello specifico:

- il diritto alla salute è riconosciuto come fondamentale diritto dell'individuo. La salute è una situazione soggettiva che deve essere tutelata contro tutti gli elementi nocivi ambientali o a causa di terzi, che possano in qualche modo ostacolarne il godimento;
- la salute è intesa come fondamentale diritto verso lo Stato chiamato a predisporre strutture e mezzi idonei, ad attuare programmi di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di intervento per perseguire l'equilibrio psico-fisico della popolazione. Il diritto alla salute è inteso come "diritto sociale" che realizza nella sanità il principio di eguaglianza fra i cittadini;
- l'art. 32 della Costituzione garantisce il diritto di libertà individuale tale che "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge", legge che "non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". Nello stesso articolo si sottolinea pure la gratuità delle prestazioni sanitarie a favore degli indigenti.
- la tutela della salute è, per l'art. 3 della Costituzione, uno strumento di elevazione della dignità sociale dell'individuo e quindi costituisce interesse della collettività;

– la tutela della salute, vista come "rispetto della persona umana", assume un carattere personalistico tanto che il mancato riconoscimento di mezzi di tutela per singoli aspetti specifici di protezione viola il valore costituzionale della persona[15].

Per Chieffi per lungo tempo l'art. 32 della Costituzione è stato considerato solo nell'aspetto "pubblicistico" della salute, cioè come mero interesse della collettività, comprimendo la prospettiva individualistica, pur esplicitamente sancita dal dettato costituzionale. A tal fine ricorda che la Corte Costituzionale nella sentenza 88 del 1979 ha ribadito che la salute è soprattutto "un diritto individuale fondamentale, primario ed assoluto, da inquadrare tra quelle posizioni soggettive direttamente tutelate dalla Costituzione"[16]. Per l'autore il principale cambiamento riguarda quindi il considerare la salute "l'oggetto di un diritto inviolabile dell'uomo da inserire tra quelli garantiti dall'art. 2"[17].

Secondo la Corte Costituzionale l'esercizio del diritto alla salute, è anche il diritto alla salute della persona detenuta[18], in quanto l'ambito penitenziario è una condizione ad alto rischio di salute. Il detenuto conserva la titolarità e la facoltà di esercitare tutti i diritti inviolabili dell'uomo, in base agli articoli 2,3 e 13 della Costituzione.

Per quanto riguarda i trattamenti obbligatori ricordiamo che per l'art. 32 della Costituzione solo la legge può stabilire che determinati trattamenti siano obbligatori, anche se in nessun caso questi possono violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. La riserva di legge riguarda anche i modi operativi, le forme di garanzia (durata, controllo di esecutività, tutela giurisdizionale: art. 33 e segg. l. 833\78), sempre nei limiti del rispetto della persona umana. Per altro verso l'art. 13 della Costituzione stabilisce che la libertà personale è inviolabile, e che non è ammessa alcuna sua forma di restrizione se non per atto motivato dall'autorità Giudiziaria nei soli casi previsti dalla legge. Ma si tratta di limitazioni della libertà stabilite per ragioni di sicurezza pubblica e di giustizia in conformità a quanto previsto dall'art. 5 della Convenzione per la salvaguardia di Diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali[19].

Maisto[20], riflettendo sulla persona, la pena e la cultura, scrive "Ritengo che la prima parte della Costituzione non vada modificata, ma attuata. Rimangono validi il principio di solidarietà sociale all'art. 2, del diritto alla salute all'art. 32, che devono essere giustamente bilanciati con l'essenzialità della repressione penale ai sensi degli artt.13 e 27. L'art. 27 prevede, in caso di accertata responsabilità, l'inflizione della pena. Ma non si parla di pena carceraria. Ovvero il carcere non è costituzionalizzato"[21].

---

[15] La Corte di Cassazione, (sentenza 6.6.1981, n.3675), ha enunciato il principio della risarcibilità del così detto "danno biologico" in quanto lesivo del diritto alla salute.

[16] Sentenza Corte Costituzionale n. 88 del 1979, in Giur. Cost., 1979, 565 ss., con nota di A. Anzon, *L'altra faccia del diritto alla salute*

[17] Chieffi L., *Bioetica e diritti dell'uomo*, Paravia, Torino, 2000, p. 69

[18] Sentenza n. 414 del 1990

[19] La Convenzione firmata a Roma il 4 novembre 1950, fu ratificata con l. 4 agosto 1955 n. 848.

[20] Sostituto procuratore generale di Milano

[21] Maisto F., *La persona, la pena e la cultura*, www.volontariato.it/foglinrete/archiviofogli/1-2000/maisto.htlm

1.4. I diritti del detenuto nell'ambito della tutela della salute

La separatezza dell'universo carcerario e la necessità di una giusta pena non possono comportare per la popolazione carceraria la perdita della facoltà di esercizio dei propri diritti o il semplice mantenimento della loro titolarità senza la salvaguardia delle necessarie capacità individuali a perseguirlo[22].

Il diritto alla salute, anche se sancito dalla Costituzione, può, comunque, incontrare limiti per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi sanitari e per le esigenze di tutela di altri interessi legati allo stato di detenzione, per es. le esigenze di sicurezza, che possono diventare primarie rispetto al diritto di tutela della salute.

Per Sergio nell'ambito penitenziario "trattamenti e terapie sono incompatibili con la coercizione che è ammessa solo per mantenere l'ordine, la disciplina e la sicurezza[23]. In definitiva il diritto garantisce l'autonomia della persona anche rispetto ad interventi diretti esclusivamente, secondo la valutazione degli operatori socio-sanitari, al suo benessere[24]".

La peculiarità della situazione è tale che il detenuto rispetto al libero cittadino è limitato in quanto per lui esiste:

- impossibilità di scegliere il luogo di cura: è un diritto per il cittadino[25]. L'Amministrazione penitenziaria e l'Autorità giudiziaria scelgono per il detenuto.
- limitazione del diritto alla scelta del medico curante[26]. Per il detenuto invece è "obbligatorio" rivolgersi alle cure dei medici penitenziari. Se ha possibilità economiche la legge offre possibilità alternative.

Queste limitazioni sono motivate da ragioni di sicurezza che, se pur "ragionevoli", limitano di molto la tutela[27].

La Corte costituzionale ha espresso un concetto di "diritto alla salute" inteso come una pluralità di situazioni soggettive: il diritto all'integrità psico-fisica; il diritto alla salubrità dell'ambiente; il diritto degli indigenti alle cure gratuite; il diritto all'informazione sul proprio stato di salute e sui trattamenti che il medico vuole effettuare; il diritto alla partecipazione; il diritto di accesso alle strutture; il diritto del

---

[22] Polillo R., *Le garanzie di equità della salute per la popolazione detenuta*, in convegno "*Il servizio sanitario nazionale per la salute dei detenuti. Una legge da applicare*", 1999

[23] Cfr. art. 1 Co. 3°; art. 14 quarter co. 1°; art. 41 co. 1° e 3° Ordinamento Penitenziario L'art. 13 ult. Co. stabilisce a sua volta che "deve essere favorita la collaborazione dei condannati e degli internati alle attività di osservazione e trattamento".

[24] Coerentemente al principio del consenso l'art. 8 della Convenzione di Oviedo (4.4.1997) stabilisce che "Lorsqu'en ralson d'un situation d'urgence, le consentement approprié ne peut etre obtenu, il pourrà etre procédé immédiatament à loute intervention médicalement indispensable pour la bénéfice de la santé de la personne concernée.

[25] Sentenze 175/82 e 142/82 della Corte Costituzionale

[26] Vedremo più avanti come con l'applicazione della L. 230/99 qualcosa, pur tra molte difficoltà, sia cambiato, seppur in fase sperimentale, in tre Regioni italiane.

[27] All'art.2 dell'Ordinamento Penitenziario si recita " L'ordine e la disciplina negli istituti penitenziari garantiscono la sicurezza che costituisce la condizione per la realizzazione delle finalità del trattamento dei detenuti e degli internati"

malato di comunicare con i propri congiunti[28]. Inoltre il cittadino-utente ha il diritto a prestare il suo consenso informato agli accertamenti e trattamenti sanitari propostigli[29].

Il diritto alla salute del detenuto può essere limitato nell'utilizzo delle risorse del Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.) per quanto concerne l'accesso ai servizi, ai trattamenti, all'informazione, alla partecipazione, alla salubrità dell'ambiente[30]. Tutto questo non trova giustificazione nella "sicurezza". Ma l'ordinamento penitenziario si deve adeguare all'art. 27 della Costituzione che testualmente recita: "le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato"[31]. Inoltre il trattamento penitenziario "deve essere conforme ad umanità" ed inoltre "assicurare il rispetto della dignità della persona". Conseguentemente la garanzia della tutela della salute psico-fisica e sociale diventa basilare per qualsiasi attività di recupero e reinserimento sociale delle persone in stato di detenzione[32].

Quindi la pena deve essere attenta ai bisogni umani del condannato in vista del suo possibile reinserimento sociale, e fra i bisogni "umani" primari necessariamente deve essere contemplata la tutela del diritto alla salute. Il "trattamento" potrà essere positivo solo se si inserisce in uno stato di benessere psico-fisico. L'assistenza sanitaria del detenuto, in tal senso, si pone come attività strumentale e si qualifica rispetto alla funzione di trattamento e di sicurezza. L'esecuzione della pena, vista nei suoi caratteri sanzionatori e disciplinari, passa in secondo piano rispetto la malattia. La disciplina sui ricoveri, sull'incompatibilità e sull'applicazione di misure verso il recluso-malato si deve muovere in tale direzione[33].

1.5. Il diritto alla salute e AIDS

Il dilagare del fenomeno AIDS negli istituti penitenziari ha fatto emergere due esigenze fondamentali di tutela: il diritto alla salute del detenuto da una parte e il rispetto delle esigenze cautelari, di difesa e prevenzione sociale dall'altra. Si sottolinea come per salute intendiamo non solo la condizione della persona affetta da AIDS ma anche la tutela degli altri detenuti che devono convivere forzatamente con questa patologia.

---

[28] Sentenza 455/90

[29] Art. 25 e 33 l. 833/78; art. 5 e 6 della Convenzione Europea n. 164 di Oviedo sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina del 4 aprile 1997.

[30] All'art.17, comma 3, Ordinamento Penitenziario, si recita "L'assistenza sanitaria viene prestata all'interno degli istituti penitenziari, salvo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 11 della legge".

[31] Il divieto di pene come "trattamenti contrari al senso di umanità" è stato introdotto per la prima volta in un testo costituzionale europeo dall'art. 27, 3° comma della Costituzione. Si ritrova anche nell'art. 3 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e nell'art. 7 del Patto Internazionale sui diritti civili e politici, ispirati all'art.5 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948.

[32] Circolare del D.A.P. del 24.11.1990, n. 643295/12

L'O.M.S. e il Consiglio d'Europa hanno emanato raccomandazioni e direttive per la tutela dei diritti individuali stabilendo principi generali per l'esecuzione della pena con l'intento di armonizzare le politiche d'intervento dei singolo stati, ma, di fatto, è lasciata alla discrezionalità dei legislatori nazionali la possibilità di recepirle e applicarle al rapporto punitivo di tipo carcerario.

Con la Raccomandazione n. 1080, relativa ad una "politica sanitaria coordinata per prevenire la diffusione dell'AIDS nelle prigioni", i governi erano invitati anche a adottare politiche di riduzione del danno, autorizzando la distribuzione di preservativi e, in casi estremi, di siringhe ai detenuti tossicodipendenti. Nella stessa direzione era anche la Raccomandazione R (89) 14 del 24 ottobre 1989.

Il Consiglio d'Europa nella Raccomandazione R (93) 6 del 18 ottobre 1993 per il trattamento dell'infezione da HIV in ambiente penitenziario formula principi generali e disposizioni particolari, orientandosi ad una gestione "liberale" del problema.

Importante è segnalare che in Europa non esiste alcun sistema penitenziario che adotti politiche di riduzione del danno, a parte qualche isolata sperimentazione. In Italia il Ministero di Giustizia ammette con gran difficoltà anche l'esistenza di rischi specifici carcerari nella diffusione della patologia in questione. Nessuna circolare accenna alla possibilità di adottare misure di riduzione del danno, come pure non vi è fatto cenno alcuno nel "Progetto Ssn –carcere", elaborato per consentire alle aziende sanitarie di gestire il passaggio di competenze sanitarie previsto dal D.lgs. 230/1999[34]. Esistono delle "Linee giuda sulla riduzione del danno" promulgate dal Ministero della sanità (in appendice) come risposta all'emanazione delle direttive dell'OMS note come "Principio d'equivalenza della cure".

Per quanto riguarda nello specifico la tutela della salute nei casi di AIDS le normative internazionali hanno sottolineato la necessità di garantire dei diritti che, potenzialmente, le strutture penitenziarie possono ledere[35]:

- Il diritto a godere di un'assistenza sanitaria di livello paritario a quello di tutti i cittadini
- Il diritto a non correre pericoli maggiori di contrarre malattie contagiose per il fatto di vivere in un "ambiente ad alto rischio"
- Il diritto a ricevere informazioni e strumenti di prevenzione contro la diffusione del contagio
- Il diritto alla riservatezza
- Il diritto ad un rapporto fiduciario col personale sanitario
- Il diritto a non essere discriminati nell'ambito delle attività organizzate all'interno del carcere
- Il diritto ad avere una sessualità non coatta nei limiti consentiti dalle esigenze di sicurezza carceraria
- Il diritto ad un sostegno psicologico nei casi di sieropositività

Uno studio promosso dall'OMS sulla condizione dei sieropositivi, condotto in istituti penitenziari di vari paesi, ha identificato dei caratteri costanti: lo stato di salute dei detenuti è inferiore rispetto a quello della popolazione esterna, la qualità dell'alimentazione è inferiore alla media esterna, il livello economico e

---

[33] Per questa impostazione del problema si è seguito Andreano P., *Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: profili normativi e sociologici*, www.unifi./altrodir, 2000

[34] Demori A, Roncali D., Tavani M., *Compatibilità carceraria, HIV/AIDS e "malattia particolarmente grave"*, Giuffrè, Milano, 2001, p. 35

[35] Si è seguito per questa impostazione Magliona B., Sarzotti C., a cura di, *La prigione malata. Letture in tema di AIDS, carcere e salute*, L'Harmattan, Torino, 1996, pp.115-154

sociale del detenuto è inferiore alla media generale, i livelli di stress sono molto elevati e favoriscono l'immunodepressione[36].

Da sottolineare che per l'Aids sono stati utilizzato istituti previsti dagli ordinamenti penali e penitenziari dei vari paesi e solo l'Italia, con la legge n. 222/93, stabilisce l'incompatibilità tra detenzione e malattia Aids e con la legge 231/99 (testo integrale in appendice).

Demori A, Roncali D., Tavani M. tracciano un quadro (tabella 1) dal 1990 alla fine del 1999 delle presenze di detenuti sieropositivi[37], notano che è in continua diminuzione dal 1992 ad oggi, mentre il rapporto fra tossicodipendenti e popolazione carceraria si aggira sempre intorno al 30%[38]. Gli autori sono molto critici nel considerare i dati riportati nella tabella 1 in quanto precisano che il dato relativo al numero di presenze di sieropositivi si riferisce al flusso di detenuti in ingresso che si sottopongono al test sierologico e non all'intera popolazione detenuta. Avvertono inoltre che, malgrado i sieropositivi in carcere non sono aumentati rispetto al numero dei detenuti tossicodipendenti, il legame tra tossicodipendenza e HIV è strettissimo (nella tabella 1 si nota la correlazione tra HIV positivo e tossicodipendenza), ma evidenziano la percentuale altissima di detenuti tossicodipendenti sieropositivi. Gli autori riportano dati AMAPI[39] che stimano circa 6.500 casi di HIV positivi ristretti. La distribuzione percentuale dei casi di AIDS fra gli immigrati è in continuo aumento dal 1998 ad oggi rappresentando circa il 10% del totale delle denunce[40].

Tabella 1

Data	Detenuti presenti	Detenuti Tossico dipendenti	% Tossico dipendenti rispetto ai presenti	Detenuti Siero positivi	% Siero positivi rispetto ai presenti	Detenuti Sieropositivi Tossico dipendenti	Detenuti Sieropositivi non Tossico dipendenti
31.12.90	25.573	7299	28,54	2489	9,73	2378 (95,5%)	111 (4,4%)
31.12.91	35.168	11540	32,81	3169	9,01	3030 (95,6%)	139 (2,4%)
31.12.92	46.968	14818	31,55	3530	7,52	3377 (95,6%)	153 (4,3%)
31.12.93	49.983	15135	30,28	3407	6,82	3170 (93%)	237 (6,9%)
31.12.94	50.723	14742	29,06	2772	5,46	2583 (93%)	189 (6,8%)
31.12.95	46.525	13488	28,99	2232	4,80	1962 (87,9%)	270 (12%)
31.12.96	47.386	13859	29,25	2104	4,44	1860 (88,4%)	244 (11,6%)
31.12.97	48.209	14074	29,19	1838	3,81	1636 (89%)	202 (10,9%)
31.12.98	47.560	13567	28,52	1546	3,25	1334 (86%)	217 (14%)
31.12.99	51.604	15097	29,26	1638	3,17	1382 (84,3%)	256 (15,6%)

Esiste un "rapporto diretto tra carcere e sieropositività, nel senso dell'esistenza di modalità con cui l'istituzione favorisce la diffusione del virus: sono i casi in cui il carcere diventa un ambiente ad alto

[36] Ricerca riportata in Demori A, Roncali D., Tavani M., *Compatibilità carceraria, op. cit.*, p. 37
[37] Tabella da dati DAP rielaborata da Demori A, Roncali D., Tavani M., *Compatibilità carceraria, op. cit.*, p. 26
[38] *ibidem*, pp. 21-39
[39] Associazione Medici Amministrazione Penitenziaria Italiana

rischio, in cui si verifica un effetto-ponte tra soggetti a rischio ed altri abitualmente non considerati tali, che finiranno per contrarre l'infezione in carcere"[41].

Fattori specifici di rischio individuati:

- I rapporti omosessuali occasionali o coatti

Da ricerche vittimologiche si deducono rapporti di omosessualità non quantificabili e non identificabili, visto il pesante condizionamento che circonda questa categoria di soggetti. Ma sembra sovrastimata se correlata alla diffusione di malattie veneree e uretriti rilevabili.

- Scambio di siringhe tra detenuti

I dati della letteratura criminologica sulla problematica della diffusione di droga in carcere si orientano in modo opposto: a fronte di chi considera il fenomeno non rilevante, supportato dalla grande richiesta di ansiolitici da parte dei detenuti, altri considerano il carcere il luogo per iniziarsi all'uso della droga. I dati di una ricerca condotta nelle carceri dell'Italia settentrionale confermano che il 40% dei detenuti ha fatto uso di eroina in carcere e il 7% ammette che fosse la prima volta[42].

- Sovraffollamento e promiscuità carceraria, condizioni igieniche scadenti

Sembra essere il fattore di rischio più importante riconosciuto da tutti.

Come dire che il fatto stesso di essere in carcere ovvero di subire le condizioni di vita carcerarie non favorisce la promozione della salute né individuale né della collettività.

1.6. Il diritto alla tutela per i "figli del carcere"

In Italia i "figli del carcere" sono "solo" una cinquantina: non sono un grande numero e quindi non rappresentano un problema! E, cosa da non sottovalutare, non parlano, non hanno voce per difendere la loro vita, o meglio, il diritto a nascere liberi, nascono già in galera, segnati dal destino delle loro madri…le colpe dei padri cadranno sui figli…

---

[40]Demori A, Roncali D., Tavani M., *Compatibilità carceraria, op. cit*.,
[41]*ibidem*, p. 31
[42] Dati riportati all'*Europian Network for HIV prevention in prison*, nel 1999, *III Seminario Europeo su AIDS ed epatiti*, finanziato dall'Unione Europea, tenutosi a Milano, in Demori A, Roncali D., Tavani M., *Compatibilità carceraria, op. cit*., p. 32

Secondo dati forniti dal DAP al 31.12.1998 erano 14 gli asili nido funzionanti, 4 i non attivi, 41 le detenute madri, 42 il numero dei figli, e 4 le detenute in stato di gravidanza[43].

È necessario forse ricordare il principio della preminenza dell'interesse del bambino contemplato nell'art. 3 della Convenzione sui diritti del bambino di New York del 1989 che recita: "in tutte le decisioni riguardanti i bambini di competenza sia delle istituzioni pubbliche o privata e di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve avere una considerazione preminente".

Anche la Costituzione individua all'art. 12 i diritti relazionali della personalità e cioè il diritto ad essere allevato e educato da entrambi i genitori, comunque nell'ambito della propria famiglia (art. 18); il diritto a non essere separato dai genitori e quello di mantenere rapporti personali e contatti diretti con quello dei (o entrambi) genitori da cui separato per ragioni familiari (art. 9), o sociali (art. 10); il diritto di essere educato, mantenuto, istruito senza subire gravi, (o comunque rilevanti) pregiudizi allo sviluppo della personalità, senza abuso dei poteri inerenti alla potestà, e dunque nel rispetto delle proprie capacità, aspirazioni, ed inclinazioni personali (artt. 19 e 20).

Nello specifico panorama italiano entrano in carcere solo i bambini delle detenute nomadi. A Rebibbia le nomadi entrano all'ottavo, nono mese di gravidanza e con un bambino che non ha ricevuto alcun tipo di insegnamento. Le puericultrici e la polizia penitenziaria si ritrovano a doversi prendere in carico questi bambini fin dal loro ingresso, ad insegnare alle madri come prendersi cura e curare i loro figli, si parla di igiene, della pulizia del bambino e delle abitudini alimentari[44].

Nello specifico panorama italiano per la tutela dei "bambini in stato di detenzione" entra in vigore l'8 marzo 2001 la legge "Misure alternative alla detenzione a tutela del rapporto tra detenute e figli minori" (in appendice testo integrale).Questa legge, concepita per affermare il principio costituzionale che, negli artt. 30 e 31, prevede per i genitori il "diritto dovere di mantenere i figli concedendo a questo scopo anche agevolazioni economiche e di altra natura", afferma il valore della maternità e del rapporto madre-figlio.

Introduce importanti modifiche quali:

- la sospensione della pena obbligatoria (art. 146 c.p.) è eseguita nei confronti di donna incinta o di madre di bambini di età non superiore ad un anno;
- la sospensione della pena facoltativa (art. 147 c.p.) può essere concessa a madre di bambini di età inferiore ai tre anni[45];
- la detenzione domiciliare speciale per madri di prole di età inferiore ai dieci anni purchè abbiano scontato un terzo della pena[46].

Nel caso non fosse possibile applicare il beneficio della detenzione domiciliare speciale l'assistenza all'esterno ai figli minori può essere effettuata applicando l'art. 21 bis dell'ordinamento penitenziario, in cui si applicano le disposizioni relative al lavoro esterno previste dall'art. 21. Estremamente importante è sottolineare il riconoscimento di questi benefici anche al padre qualora la madre sia impossibilitata ad occuparsi dei figli o sia deceduta.

---

[43]Associazione Antigone, *Il carcere trasparente. Primo rapporto nazionale sulle condizioni di detenzione*, Castelvecchi, Roma, 2000, p. 53

[44] "*Se il detenuto è donna*", in *Le due città*, n. 2, DAP, Roma, 2001, p. 29

[45] Questo provvedimento è suscettibile di adozione e/o di revoca "se sussiste il concreto pericolo della commissione di delitti".

[46] Dopo l'espiazione di un terzo della pena, ovvero dopo l'espiazione di almeno 15 anni nel caso di condanna all'ergastolo.

La detenzione domiciliare speciale permette di espiare la pena nella propria abitazione, oppure in un luogo di assistenza o accoglienza con i figli. Per le donne straniere o per coloro che hanno perso la casa a seguito della carcerazione la possibilità di poter essere accolte in strutture diventa una soluzione importante per mantenere il ruolo genitoriale. Questa possibilità ha comunque restrizioni: vi deve essere la possibilità di ripristinare la convivenza con i figli, non deve sussistere concreta possibilità di commissione di altri reati, la decisione finale spetta comunque al Magistrato di sorveglianza[47].

Non prevedendo forme automatiche di scarcerazione per le detenute con figli inferiori ai 10 anni ad oggi la legge non ha ancora prodotto risultati significativi. [48]

[47] In: www.ristretti.it/areestudio/donne/ricerche/antigone.htlm, 2001

[48] Pre-rapporto 2001 dell'Osservatorio nazionale sull'esecuzione penale e le condizioni di detenzione

2. LA SALUTE E LA NORMA

2.1.Legittimità della pena e malattia

Nello scenario carcerario diventa fondamentale porsi la domanda se nei casi di malattia grave la pena debba applicarsi con modalità esecutive diverse da quelle previste[49]. A tal proposito il fenomeno Aids ha posto al sistema carcerario una serie di problemi riguardanti la questione della definizione dei limiti giuridici entro i quali il carcere possa ancora essere considerato uno strumento di pena compatibile con uno stato democratico di diritto.

Magliona e Sarzotti riflettendo sulla tutela dei diritti individuali e lo stato di detenzione sottolineano, in particolare, come la "situazione del condannato affetto dal virus dell'AIDS ha fatto esplodere contraddizioni profonde tra come la nostra cultura può legittimare teoreticamente l'esecuzione della pena e il funzionamento di quell'apparato di sapere-potere che è l'istituzione carceraria. La gestione di questo fenomeno "si esprime negli operatori carcerari con un insieme di atteggiamenti, rappresentazioni e stereotipi […] riassumibili nel continuo contrasto tra *codice paterno* (custodiale) e *codice materno* (trattamentale) "[50]. Tali contraddizioni sono state affrontate dai sistemi penitenziari nazionali cercando di rimuovere tali nodi, senza peraltro riuscire a conciliare l'aspetto etico-retributivo della pena con l'approccio correzionalista del carcere"[51].

Nella prospettiva di una teoria della pena retributiva, regolata e quantificata nelle modalità afflittive secondo i principi di proporzionalità e di determinazione certa della pena: la pena comminata al malato deve essere proporzionale alle sue aspettative di vita, ma le modalità di esecuzione della pena stessa non devono essere tali da colpire il malato più gravemente solo a causa del suo stato d'infermità.

Proprio dal concetto di retribuzione si tende a vedere nella rivendicazione dei diritti del malato-detenuto un modo per riconfermare una pena nei limiti stabiliti dal diritto, cioè il detenuto è da intendersi come soggetto giuridico a tutti gli effetti che mantiene tutti i diritti compatibili allo stato di detenzione, e "ciò deriva non già da una paternalistica concessione umanitaria da parte dell'istituzione punitiva o da una malintesa compassione nei confronti del detenuto che soffre, ma dallo stesso principio retributivo, secondo il quale la pena deve essere esattamente quantificata e predeterminata nei suoi aspetti afflittivi"[52].

---

[49] Per la discussione di questo tema si seguirà Magliona B., Sarzotti C., *La prigione malata, op.cit*., pp. 115-154
[50] Demori A, Roncali D., Tavani M., *Compatibilità carceraria..op.cit*., p. 3
[51] Magliona B., Sarzotti C., *La prigione malata, op. cit*., pp. 115-154
[52] Magliona B., Sarzotti C., *La prigione malata, op.cit*., pp. 115-154

Da un punto di vista empirico, il fatto che normative internazionali abbiano sentito la necessità di confermare principi di uguaglianza dei diritti dei soggetti detenuti malati sottolinea come le pratiche detentive siano alquanto distanti da un modello giuridico di esercizio della pena.

Per quanto riguarda la gestione del fenomeno negli istituti penitenziari sembrano sussistere due modelli:

a. ***modello a gestione autoritaria***: prescrive obbligatorietà del test sierologico, isolamento dei detenuti sieropositivi, restrizioni nell'accesso al lavoro interno e ad altre attività comuni, rifiuto di consentire in carcere la distribuzione di preservativi e di materiale disinfettante per le siringhe;

b. ***modello di gestione liberale***: richiede il consenso informato al test, l'adozione di misure di prevenzione, di sostegno psico-sociale ai detenuti malati e di strategie di riduzione del danno.

Magliona e Sarzotti scrivono che, sia nel modello di gestione autoritario sia attuando l'espulsione dal circuito penitenziario dei detenuti affetti dal virus HIV, sembra prevalere una logica autoreferenziale dell'istituzione carceraria, cioè tesa a riconfermare la propria stabilità interna. Il detenuto è visto come un problema scomodo da gestire e non come un soggetto giuridico responsabile delle proprie azioni e dotato di una autonoma capacità di scelta[53].

È da sottolineare che questa distinzione riguardante la gestione del fenomeno non si riscontra nel diritto penitenziario o in testi legislativi ma è una ricostruzione, da parte dei ricercatori, di modalità di gestione proprie di ogni istituto, basate sul regolamento interno, di un problema, per lo più visto come emergenza. In ciò ha trovato espressione, per l'ennesima volta, "quella autonomia e quella costitutiva eterogeneità del carcerario rispetto al discorso giuridico dello stato di diritto, che già Foucault denunciava e che rappresenta certamente uno degli aspetti più inquietanti e persistenti del modello punitivo delle nostre società"[54].

Si potrebbe affermare con gli autori, in modo forse un poco paradossale, che "ribadire, da un lato, la tutela dei diritti individuali del detenuto e, dall'altro, il dovere sociale di punire equamente tutti i consociati, come soggetti giuridici responsabili delle proprie azioni, sia il modo più idoneo non solo di sostenere le ragioni dello stato di diritto, ma anche di predisporre politiche di contenimento della diffusione dell'Aids efficaci, in quanto fondate sulla responsabilizzazione morale e sociale degli individui colpiti dal virus HIV"[55].

[53]Magliona B., Sarzotti C., *La prigione malata, op.cit.*, pp. 115-154
[54]In Sarzotti C., *Carcere e aids: le ragioni di un rapporto difficile*, www.comune.torino.it/cultura/intercultura
[55] *ibidem*

2.2. La tutela della salute e le norme di esecuzione della pena in caso di malattia del detenuto

La pena detentiva, come afflizione e privazione, deve tenere conto dello stato di malattia del soggetto, a meno di perdere il carattere di umanità che la Costituzione (art. 27) stabilisce per la sanzione penale.[56] Il problema di giustificare la pena in presenza di uno stato di malattia necessiterebbe di stabilire per quali patologie è inutile continuare lo stato detentivo in carcere. Ma nella realtà il criterio oggettivo-diagnostico della gravità della malattia viene relativizzato in funzione dell'adeguatezza o meno del servizio sanitario intramurale.[57] Diventa complesso valutare lo stato di gravità della malattia,[58] che deve essere bilanciato tra la diagnosi medica e la possibilità, per il detenuto, di poter usufruire di prestazioni esterne ritenute più idonee rispetto quelle offerte dalla struttura carceraria. A tal proposito si ricorda che la Corte costituzionale nella sentenza 114/79 ha chiarito che per "grave infermità fisica" rilevante ai fini della applicazione dell'art.147, c.p., che prevede il "rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena" per "chi si trova in condizioni di grave infermità fisica", deve intendersi quella "non suscettibile di guarigione mediante le cure o l'assistenza medica disponibile in luogo di esecuzione". Tuttavia alcune sentenze hanno vincolato la concessione del differimento alla possibilità della regressione della malattia (quale effetto di trattamenti terapeutici praticati in stato di libertà), quindi contraddicendo la prima interpretazione.

In altre sentenze ancora si trovano letture della legge improntate a una maggiore umanità: al rischio di morte, quale elemento per determinare l'effettiva gravità delle condizioni fisiche, si aggiunge quello che la malattia "*cagioni altre rilevanti conseguenze dannose*".[59] Ma l'interpretazione di maggior favore si trova in questa pronuncia: "*La guaribilità o reversibilità della malattia non sono requisiti richiesti dalla normativa vigente in tema di differimento dell'esecuzione della pena, per la cui concessione è sufficiente che l'infermità sia di tale rilevanza da far apparire l'espiazione in contrasto con il senso di umanità cui fa riferimento l'articolo 27 della Costituzione*".[60]

La diagnosi del medico dell'istituto diventa fondamentale in quanto si basa sulla effettiva valutazione della possibilità di cura intramuraria, e solo dopo avere verificato questa condizione si può pensare di ripristinare, in tutto o in parte, lo stato di libertà del soggetto. L'art.17 dell'Ordinamento Penitenziario è uno dei parametri di riferimento nella decisione del rinvio facoltativo, mentre l'incompatibilità si rapporta al livello di prestazioni offerte dalla struttura penitenziaria. Solo in situazioni estreme, quali le fasi terminali il problema di adeguatezza non si pone.[61]

---

[56] Per la Cassazione penale (6.7.1992, n. 2819) "neppure la generale inderogabilità dell'esecuzione della condanna può sopravanzare allorquando la pena, per le condizioni di grave infermità del soggetto, finisca per costituire un trattamento contrario al senso di umanità, così perdendo la tendenza alla rieducazione".

[57] Per questa impostazione si è seguito Andreano P., *Tutela della salute, op.cit.*

[58] Da sottolineare la mancanza di una letteratura medico-legale specifica di supporto alle perizie mediche.

[59] Cassazione Penale Sez. VI – 1986 – Celentano.

[60] Cass. Pen. Sez. I – 1994 – Conti.

[61] In Cassazione (24.5.1995, n.4727) si stabilisca che per legittimare le misure "è necessario che ci si trovi in presenza di prognosi infausta quoad vitam oppure che il soggetto abbia bisogno di cure e di trattamenti indispensabili tali da non poter essere praticati in regime di detenzione intramuraria neppure mediante ricovero in ospedali civili o in altri luoghi di cura ai sensi dell'art.11 dell'ordinamento penitenziario".

Esistono istituti giuridici che per ragioni umanitarie permettono la liberazione anticipata del detenuto qualora sia imminente la sua morte, "in modo da poter morire in condizioni di dignità e libertà"[62].

Per evitare di creare qualsiasi automatismo dei provvedimenti alternativi alla detenzione, con relativi problemi di sicurezza, lo stato di salute "particolarmente grave" non è identificato da nessuna categoria, non esistono criteri e descrizioni delle patologie che potrebbero essere ritenute, in qualche modo, incompatibili con la vita in carcere. Una sentenza della Corte di Cassazione rileva che la condizione di "particolare gravità" comprende "tutti gli stati morbosi che siano idonei, per la loro serietà e imponenza, a pregiudicare notevolmente l'integrità fisica e psichica del detenuto"[63].

Comunque lo stato di salute incide sulle diverse condizioni detentive: differimento o esecuzione della pena, custodia cautelare, detenzione domiciliare, sospensione dell'esecuzione della pena, applicazione di sanzioni sostitutive.

Si può riassumere che la pena non è scontata in carcere se la gravità delle condizioni di salute è tale da[64]:

- annullare l'implicita pericolosità sociale presunta dalla legge;
- non presentare i caratteri dell'incompatibilità soggettiva;
- deve presentare un quadro clinico inconciliabile con i trattamenti possibili in carcere o nei centri clinici associati, con obiettiva gravità legata all'insuccesso terapeutico in stato detentivo;
- essere in rapporto alle esigenze cautelari[65], cioè se queste sono importanti tanto maggiore deve essere la gravità del quadro clinico perché siano concessi benefici.

Per quanto riguarda l'esecuzione della pena possiamo affermare che per legittimare il rinvio per grave infermità devono ricorrere due requisiti autonomi:

- gravità oggettiva della malattia, con serio pericolo per la vita del condannato o altre probabili conseguenze pericolose;
- possibilità di fruire in stato di libertà di cure e trattamenti sostanzialmente diversi e più efficaci rispetto a quelli che possono essere prestati in stato detentivo.

È da sottolineare che il detenuto propone al Tribunale di Sorveglianza istanza di rinvio, ma è il giudice che decide e bilancia le esigenza della pena con i diritti del malato. Il giudice deve verificare "non solo l'entità della patologia e le conseguenze che da essa possono derivare, ma anche se tale malattia sia

---

[62] "*Dichiarazione sulla prevenzione e il controllo dell'AIDS nelle carceri"*, punto 3, adottata nel 1987 dalla Consulta dell'OMS

[63] Riportata in Andreano P., *Tutela della salute, op.cit.*

[64] Per la disamina di questo problema si è seguito l'impostazione di Pratelli D., *Incompatibilità tra condizioni di salute e stato di detenzione*, www.unifi.it/altrodiritto/carcere/asylum/pratelli

[65] Cassazione penale, sez. V, 10.101991, Conversano, recita " in tema di scelta delle misure cautelari personali, le condizioni di salute particolarmente gravi, cui fa riferimento l'articolo 275, comma 4, c.p.p., non sono soltanto quelle che danno luogo ad un'assoluta incompatibilità con la detenzione carceraria, ma è tuttavia richiesta una particolare gravità vale a dire una situazione, se non di assoluta incompatibilità, di rilevante pregiudizio, da considerare in rapporto alle esigenze cautelari, di modo che quando queste sono maggiori tanto più gravi devono essere le condizioni di salute per giustificare l'esclusione della custodia in carcere".

curabile nella struttura sanitaria dell'istituto di reclusione o in altro luogo esterno di cura"[66] e può disporre una perizia medico-legale per valutare la compatibilità o meno con il regime carcerario[67].

D'Ascola rileva che l'art. 299, comma 4, c.p.p., impone al giudice di disporre perizia "tutte le volte in cui l'imputato abbia richiesto la sostituzione ovvero la revoca della misura cautelare ad egli applicata adducendo motivi di salute ed anche ragioni di salute mentale". Continua ricordando che sulla base dell'art. 648 c.p.p. è possibile disporre "la sospensione dell'esecuzione della pena […] a cagione di una riconosciuta, ancorché intervenuta all'esecuzione della condanna, condizione di infermità (anche di infermità mentale) "[68].

2.3. La legge 230: profili generali

Il Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230 (testo riportato integralmente in appendice) delinea gli indirizzi della Medicina Penitenziaria nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Si articola in momenti temporalmente distinti:

- il passaggio dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) delle competenze relative a Tossicodipendenze e Prevenzione a decorrere dalla data del 01.01.2000;
- l'individuazione di almeno tre regioni dove avviare in forma sperimentale, per un anno, il graduale passaggio di tutte le altre funzioni sanitarie.

Con il successivo decreto del Ministero della Sanità e del Ministero della Giustizia del 20.04.2000 sono state individuate le Regioni Toscana, Lazio e Puglia.

Il Ministero della Giustizia, in accordo con il Ministero della Sanità, viste le disposizioni sopra citate ma in assenza del relativo Decreto di trasferimento delle risorse finanziarie e del personale, ha emanato la Circolare n. 578455/14 toss. gen. del 21.01.2000 (testo riportato integralmente in appendice) con la quale si definisce il passaggio delle sole funzioni relative alla prevenzione generale (di pertinenza dell'Igiene Pubblica) e il trasferimento funzionale del personale del presidio per le tossicodipendenze ai Ser.T

---

[66] Cassazione penale 26.10.87, n. 17126, si sottolinea che "L'esecuzione penale dovrà essere differita quando la struttura penitenziaria, tenuto conto anche della possibilità del ricovero esterno, non si riveli in grado di provvedere alla cura e all'assistenza sanitaria adeguate all'obiettiva gravità del caso, sì che appaia fondata la previsione che si fatte carenze abbiano a determinare effetti dannosi sullo stato del condannato. Se così non fosse l'esecuzione della pena verrebbe illegittimamente ad incidere sul diritto alla salute costituzionalmente a tutti riconosciuto (art.32 Costituzione) e si risolverebbe in un trattamento contrario al senso di umanità cui la stessa deve ispirarsi".

[67] Si legge in una sentenza della Corte di Cassazione (4.2.1997, n. 6283) che: "la ragione ispiratrice dell'art.147, 1º co., n.2 "è quella di evitare al condannato trattamenti inumani e la sua sottomissione ad una pena di fatto più grave di quella irrogatagli, in quanto espiata in uno stato di menomazione fisica di tale rilevanza da implicare necessariamente, oltre alla preoccupazione legata ad un eventuale giudizio di inadeguatezza dell'assistenza sanitaria, istituzionalmente garantita, anche il profondo disagio morale prodotto dal particolare tipo di vita imposto dal carcere a chi, non solo non può più approfittare dell'opportunità offertagli per la sua rieducazione, ma vede amplificarsi senza rimedio gli aspetti negativi: a tali criteri il giudice deve riferirsi ai fini della decisione"

[68] D'Ascola N., *La perizia psichiatrica: risvolti penalistici,*in *Alternative alle istituzioni totali,* a cura di Schenardi C., Sapere, Padova,2001, pp. 45-66

territorialmente competenti. L'onere finanziario resta peraltro di competenza del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

La legge 230 nasce come tentativo di collegare le istituzioni, distribuendo gli ambiti di competenze fra il Ministero della Sanità e il Ministero della Giustizia, e prevedendo, gradualmente, il trasferimento al primo delle funzioni sanitarie. Caselli sostiene l'importanza di "un possibile collegamento funzionale organizzativo del carcere come portatore di un'identità sanitaria non separata dal resto del territorio su cui dovrà andare inevitabilmente ad articolarsi"[69].

Stabilisce inoltre che nella Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese il Ministero della Sanità, d'intesa con il Ministero della Giustizia, deve dedicare un capitolo specifico all'assistenza sanitaria penitenziaria.

Il capitolo deve:

- illustrare le condizioni di salute della popolazione detenuta;
- descrivere le risorse impiegate e le attività svolte dal SSN nei vari istituti penitenziari;
- esporre i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi stabiliti nel progetto e quelli conseguiti dalle Regioni nei rispettivi piani sanitari;
- fornire le indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e per la programmazione degli interventi.

Con questo decreto legislativo il SSN si riappropria della funzione di assistenza sanitaria dei detenuti e del principio di globalità (art.1, l. 833/78) assicurando:

a. livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi;
b. azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;
c. informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto d'ingresso e di dimissione dal carcere e durante il periodo di detenzione;
d. interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;
e. assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate;
f. l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, in ragione dell'ambiente di vita e di relazione sociale, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

E' inoltre prevista la creazione e l'adozione di una Carta dei servizi sanitari per i detenuti, elaborata fra le due amministrazioni, con rappresentanze dei detenuti e degli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini.

Nello specifico il Decreto n. 230 all'art. 1, "Diritto alla salute dei detenuti e degli internati", recita: "I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla 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 legge prevede anche per gli stranieri "parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia", quindi l'iscrizione al SSN è obbligatoria per tutti i detenuti "per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico generica". Viene con ciò riconosciuto il diritto dei cittadini reclusi ad usufruire di tutte le prestazioni specialistiche, infermieristiche, farmaceutiche, etc. erogate dal SSN. In tal senso il detenuto continuerà a mantenere un rapporto fiduciario con il proprio medico curante che potrà indirizzare il paziente verso le strutture adeguate dopo la eventuale dimissione dal carcere. È ribadita l'esenzione alla spesa sanitaria per tutti i reclusi.

L'art. 2 stabilisce il principio della collaborazione fra le amministrazioni, allo scopo di garantire le prestazioni e il raggiungimento degli obiettivi dei Piani sanitari. Specifica inoltre che "L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo i principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica".

Sempre l'art. 2 stabilisce il principio della separazione delle competenze tra le AASSLL e l'amministrazione penitenziaria, assegnando alle prime il compito di erogare le prestazioni e all'altra la garanzia della sicurezza. Nella fattispecie sono competenze del Ministero della Sanità la programmazione, l'indirizzo e il coordinamento del SSN nei vari istituti, alle Regioni spetta la funzione di organizzazione e controllo sul funzionamento nei vari istituti e alle AASSLL sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari in istituto. All'Amministrazione penitenziaria compete la funzione di garanzia della sicurezza negli istituti e nei luoghi esterni di cura. L'art. 4 ne individua le competenze. In concreto le modalità d'ingresso negli istituti del personale del SSN saranno stabilite dalle Direzioni del carcere e dell'ASL. Il personale è tenuto all'osservanza delle norme dell'ordinamento penitenziario, del regolamento interno, delle direttive dell'Amministrazione penitenziaria e del Direttore d'istituto in materia di organizzazione e sicurezza. A tal riguardo nel Progetto è contenuta una dichiarazione molto importante "In ogni caso, mai le ragioni di sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita".

L'art. 5 prevede un apposito progetto obiettivo per la tutela della salute in campo penitenziario che definisce gli indirizzi alle Regioni.

Il 25 maggio 2000 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario (testo riportato integralmente in appendice) dove sono individuate le aree prioritarie di intervento: la prevenzione, l’assistenza medica generica, la medicina d’urgenza, le malattie psichiatriche, la tossicodipendenza, gli immigrati, le malattie infettive, i minori, la riabilitazione. Si sottolinea, però, come non esista "un sistema di rilevazione nazionale delle patologie in ambito penitenziario", il che si concretizza nell'impossibilità di sapere con precisione quali e quanti interventi siano necessari! In pratica ogni ASL deve inventare una propria strategia per la profilassi e la cura delle malattie.

Le Direzioni delle AASSLL sono chiamate a rispondere per quanto riguarda la loro responsabilità nella realizzazione degli obiettivi e sarà oggetto di valutazione dell'attività stessa dei Direttori generali, in relazione al concreto funzionamento dei servizi, con riferimento alle risorse disponibili e alle caratteristiche degli istituti penitenziari. A differenza del passato le Direzioni delle strutture sanitarie territoriali sono coinvolte in prima persona nel raggiungimento delle finalità di tutela. I Provveditorati

[69] Caselli G.C.,*Considerazioni sulla situazione attuale degli istituti: aspettative e prospettive, op. cit.* p. 78

delle Amministrazioni Penitenziarie interverranno nell'attuazione degli indirizzi regionali anche con propri progetti d'intervento.

In questo Progetto è dedicata attenzione particolare alla formazione, alla realizzazione di comitati tecnici interministeriali che, a livello regionale e nazionale, coordinino l'attività sanitaria in carcere. Un altro punto importante riguarda i modelli organizzativi che prevedono la costituzione di:

- Dipartimenti penitenziari strutturali in realtà complesse per quantità (cioè per numero di detenuti superiore alle 700 unità) e/o qualità (coesistenza di minori, donne, internati, etc.);
- Unità operative multiprofessionali (per numero di detenuti compreso fra le 200 e 700 unità) ;
- Servizi sanitari multiprofessionali ove il numero dei detenuti sia inferiore alle 200 unità.

Le intenzioni di principio nella legge 230 sono molto apprezzabili, ma lo scetticismo maggiore è legato al mancato stanziamento di fondi necessari per fare decollare i buoni propositi!

Leggendo giornali e interviste si evince che la cura dei malati in carcere è peggiorata in quanto si è prodotto una incertezza delle competenze e uno spostamento di risorse umane dall'area sanitaria vera e propria all'area "logistica", con un aumento di addetti alla programmazione e alla gestione degli interventi, rispetto al personale sanitario effettivo.

2.4. L'assistenza sanitaria nel nuovo regolamento penitenziario

In linea con il Decreto 230/99, il nuovo regolamento penitenziario accoglie la riforma della medicina penitenziaria modificando gli articoli dedicati all'assistenza sanitaria.

In materia sanitaria, come si legge nella Relazione alla Bozza[70], "le modifiche apportate sono rivolte alla definizione di interventi che rispettino il diritto costituzionale alla salute delle persone detenute ed internate".

Emerge una triplice esigenza:

- di prevenzione "sulle cause di rischio";
- di un servizio sanitario "organizzato e adeguato per la cura delle patologie ordinarie e straordinarie";
- di "un sistema integrato e fra gli istituti e fra questi e i servizi sanitari esterni".

La modifica più rilevante del nuovo ordinamento penitenziario riguarda l'entrata in vigore della legge 230/99 e i rapporti tra l'Amministrazione penitenziaria e il SSN.

In particolare l'art. 17, "Assistenza sanitaria", al comma 1, stabilisce un collegamento con le norme sanitarie nazionali e, al comma 4, promuove l'organizzazione di reparti clinici e chirurgici con opportune dislocazioni nel territorio nazionale, "sulla base delle indicazioni desunte dalla rilevazione e dall'analisi delle esigenze sanitarie". È quindi un tentativo di creare nuove strutture rispondenti a precise esigenze

[70] Commissione governativa Ministeri della Sanità e della Giustizia, *Progetto obiettivo di applicazione del D.L. 230*, in "*Il reo e il folle*", n. 12-13, Es.Ip.So., Firenze, 2000

territoriali e sanitarie. E' sottolineato, inoltre, che al detenuto è mantenuta la possibilità di ricevere la visita di un sanitario di fiducia, sia per le cure mediche e chirurgiche sia per ogni altro trattamento terapeutico, anche se tali prestazioni sono a totale carico del detenuto e devono essere eseguite all'interno della struttura penitenziaria.

Al comma 9 è sottolineata l'esigenza di prevenzione e continuità terapeutica, infatti si legge che "In ogni istituto devono essere svolte con continuità attività di medicina preventiva che rivelino, segnalino ed intervengano in merito alle situazioni che possono favorire lo svilupparsi di forme patologiche, comprese quelle ricollegabili alle prolungate situazioni di inerzia e di riduzione del movimento e dell'attività fisica". La prevenzione delle situazioni patologiche ha spinto il legislatore a tenere conto, a differenza del passato, della negatività, in termini di salute mentale e fisica, del regime detentivo.

L'art. 18 stabilisce il divieto di chiedere ai detenuti e agli internati la partecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni erogate dal SSN.

L'art. 19 presenta alcune modifiche tese a migliorare le condizioni generali della maternità in carcere. Si sottolinea che il parto deve essere preferibilmente effettuato in luogo esterno di cura, la necessità di creare appositi reparti di ostetricia e di asili nido e l'esigenza di assicurare servizi adeguati per i bambini, coinvolgendo i servizi territoriali e il volontariato.

Nell'art. 20, "Disposizioni particolari per gli infermi e seminfermi di mente", al comma 1 si legge che nei loro confronti "devono essere attuati interventi che favoriscano la loro partecipazione a tutte le attività trattamentali e in particolare a quelle che consentano, in quanto possibile, di mantenere, migliorare o ristabilire le loro relazioni con la famiglia e l'ambiente sociale…il Servizio sanitario pubblico territorialmente competente, accede all'istituto per rilevare le condizioni e le esigenze degli interessati e concordare con gli operatori penitenziari l'individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico da parte del servizio pubblico e per il loro successivo reinserimento sociale". Inoltre si precisa che coloro che sono in grado di svolgere un lavoro produttivo o un servizio utile sono ammessi al lavoro, gli altri possono essere assegnati ad attività ergoterapiche.

Inoltre l'art. 20 sembra prestare una maggiore attenzione alla malattia mentale cercando di favorire:

- il rapporto del malato con l'esterno e specie con la famiglia;
- la cura mediante il coinvolgimento del servizio pubblico territoriale durante la detenzione stessa.

In tale senso si può leggere anche l'art. 113 ove si prevede che la gestione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) possa essere affidata al SSN mediante convenzioni.

L'intervento psichiatrico si estende, poi, alla previsione di un trattamento diversificato che consenta l'assegnazione alle strutture psichiatriche solo nei casi necessari. Infatti l'art. 111, in applicazione dell'art. 65, prevede l'esecuzione negli istituti ordinari anche per coloro che siano condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente. In tal modo, da una parte si selezionano i soggetti realmente bisognosi dell'internamento, dall'altra potranno essere evitate quelle ricadute negative che l'inserimento in una struttura istituzionalizzata comporta. Questa operazione, ovviamente, presuppone un potenziamento dei servizi d'istituto. L'art. 111 prevede che gli operatori e i volontari da assegnare agli OPG siano "selezionati e qualificati con particolare riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti ivi ospitati".

Sempre all'art. 20, si dispone che i detenuti e internati tossicodipendenti che presentino anche infermità mentali siano seguiti in collaborazione dal SERT e dal servizio psichiatrico. Tale operazione richiede, in

verità, l'inserimento della figura dello psichiatra nel SERT oltre al "calibramento" del servizio stesso non sulla capienza ma sull'effettivo flusso di popolazione alla struttura. Inoltre stabilisce, sempre in materia di infermità mentale, l'ingresso di operatori del SSN nell'istituto per "rilevare le condizioni e le esigenze degli interessati e concordare con gli operatori penitenziari la individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico da parte del servizio pubblico e per il loro successivo reinserimento sociale".
L'esigenza di prevenzione si esprime oltre che nelle regole sulle condizioni ambientali (artt. 6-16) in norme, come l'art. 23, dove si prescrive che la persona, al momento dell'ingresso, sia esaminata da un esperto del trattamento e dell'osservazione. Il provvedimento regolarizza, così, il servizio "nuovi giunti" istituito e disciplinato fino ad ora solamente da circolari ministeriali.

2.5. La legge 231/99 in tema di incompatibilità

Il nuovo testo stabilisce l'incompatibilità tra detenzione e AIDS, o comunque una grave deficienza immunitaria, conferma il principio generale del divieto di detenzione in carcere, prevedendo il ricorso agli arresti domiciliari, il trasferimento in luoghi di cura, la concessione dell'affidamento in prova e della detenzione domiciliare. Il Decreto d'Attuazione stabilisce i criteri clinici dell'incompatibilità necessari per chiedere l'accesso alle misure alternative indispensabili per una cura efficace ma comunque lascia al magistrato la discrezionalità sulla concessione di tali provvedimenti, anche se il rifiuto dovrebbe essere motivato unicamente dalla pericolosità sociale del detenuto. La legge lascia ampia discrezionalità al magistrato nel determinare la pericolosità sociale, motivo sufficiente per negare la scarcerazione e per disporre il ricovero nei Centri Clinici Penitenziari. Il mantenimento del soggetto in carcere dovrebbe diventare una misura di *extrema ratio*, essendo previsto solo alla presenza di gravi delitti compiuti dopo l'applicazione delle misure non detentive.
La legge 231/99 modifica e regola i casi di inidoneità alla misura detentiva, difatti al comma 4 bis dispone il divieto di custodia cautelare in carcere "...quando l'imputato è persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate […] ovvero da altra malattia particolarmente grave, per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione e comunque tali da non consentire adeguate cure in caso di detenzione in carcere".
Se sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza e se la custodia cautelare non è possibile presso idonee strutture penitenziarie senza pregiudizio per la salute dell'imputato o quella degli altri detenuti, si prevede la possibilità degli arresti domiciliari presso un luogo di cura, di assistenza o di accoglienza. È stabilito inoltre che, per i soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, gli arresti domiciliari possano essere disposti presso le unità operative di malattie infettive (ospedaliere, universitarie o di altri enti), presso una residenza collettiva o una casa alloggio.

La custodia in carcere, dunque, si presenta quale misura specifica da disporre solo in caso il soggetto sia imputato (o sottoposto ad altra misura cautelare) per uno dei delitti previsti dall'art. 380. L'art. 276 c.p.p. dà facoltà al giudice di disporre la misura in carcere, quando il soggetto, che si trovi nelle condizioni di cui al comma 4 bis dell'art. 275, trasgredisce le prescrizioni inerenti alla diversa misura cautelare disposta in precedenza. Ma neanche in questi due casi le esigenze di cura sono trascurate. Infatti il giudice deve disporre che l'imputato sia condotto in un istituto dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessarie[71].

La legge 231/99 considera inutile la permanenza in carcere se esiste uno stato di salute del soggetto molto grave, stabilendo, per tutti i tipi di patologie, l'incompatibilità assoluta.

Il differimento obbligatorio è stabilito a favore di persona affetta da AIDS conclamata, da grave deficienza immunitaria, o da altra malattia particolarmente grave tale per cui le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione, cioè "quando la persona si trova in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative". La norma, dunque, in coerenza con le determinazioni della Corte, abiura l'automatismo e si rifà alla valutazione individualizzata auspicata dalla Consulta. A differenza del passato si fa riferimento alle certificazioni dei medici ospedalieri.

Il Decreto 231/99 dispone l'estensione delle misure (affidamento in prova e detenzione domiciliare) a favore dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria "che hanno in corso o intendono intraprendere un programma di cura e assistenza" presso le unita operative. In tal modo i soggetti individuati possono godere di un trattamento diversificato che consente il decorso della malattia in condizioni ambientali adeguate e, soprattutto, vicino alla famiglia. Restano comunque esclusi altri soggetti sieropositivi per i quali si prospetta il ricovero routinario in luogo esterno (ex art. 11 Ordinamento Penitenziario). In termini numerici però questi ultimi rappresentano la maggioranza tra gli affetti da HIV.

La revoca della misura è sottoposta alle analoghe limitazioni previste in tema di gravi delitti e trasgressioni ma è ugualmente disposta la detenzione presso un istituto carcerario dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessarie. Tali disposizioni sono applicate anche alle persone internate. Per la richiesta della misura alternativa si fa espresso riferimento alla certificazione del servizio sanitario penitenziario.

Da dati raccolti questa legge sembra, in gran parte inapplicata anche perché i Centri Clinici sono utilizzati come ragione per rifiutare misure alternative a coloro che si trovano in condizioni sanitarie gravi. Da sottolineare che l'art. 6 della legge n. 231/99 stabilisce che detenuti con altre patologie (non AIDS) possano richiedere la scarcerazione e l'ammissione a misure alternative quando "sono affetti da malattia grave, per la quale non vi siano più terapie disponibili, che possano essere effettuate in carcere". Ma in alcuni pronunciamenti di magistrati questa condizione è stata posta come aggiuntiva, anche per persone affette da AIDS, con il risultato che ne è stata disposta la custodia nei Centri Clinici[72]!

---

[71] Il comma 4 quinquies dispone che "La custodia cautelare in carcere non può comunque essere disposta o mantenuta quando la malattia si trova in un fase così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative".

[72] Per questa interpretazione della dottrina: www.studisocialiegiuridici", 2001

2.6. Costituzione "Unità operativa" di sanità penitenziaria

Con la circolare n. 3543/5993 del 23 febbraio 2001 l'Ufficio del capo del Dipartimento sancisce la costituzione di una "unità operativa" di sanità penitenziaria presso i Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria. Il provvedimento nasce dall'esigenza di creare un nucleo per il coordinamento degli aspetti sanitari dell'attività svolta dagli istituti penitenziari nell'ambito regionale, in quanto il decreto legislativo 444/92 ha omesso l'area sanitaria nei Provveditorati e ha frazionato i diversi aspetti della materia tra le altre aree operative di quelle strutture. Ai Provveditorati è stata attribuita una specifica competenza in tema di rapporti con le regioni e con il Sistema Sanitario. È nata l'esigenza di garantire una gestione unitaria del servizio per garantire una risposta congrua, in termini di qualità e appropriatezza, alle numerose richieste del settore. In base alla normativa del riordino della sanità penitenziaria un solo medico per un massimo di 6 ore alla settimana come consulente del Provveditore non può che garantire un intervento disarmonico e frammentario.

Risulta necessario avvalersi di una unità organizzativa, che interfacci direttamente con il Provveditore, che, oltre a rispondere alla criticità, organizzi gli interventi diretti ad attuare le trasformazioni necessarie.

Questa dovrà essere composta, utilizzando comunque risorse di personale disponibili:

- O un direttore di istituto penitenziario che già si occupi, possibilmente, dello specifico settore sanitario, con funzione di coordinatore del servizio;
- O uno o due medici incaricati, responsabili degli aspetti medici che avanzeranno proposte al coordinatore per migliorare strutture e servizi;
- O un operatore sanitario dell'area delle scienze infermieristiche, con funzione di promozione e di iniziativa su materie attinenti la qualità dei servizi infermieristici negli istituti;
- O un operatore amministrativo contabile e un operatore amministrativo.

È al vaglio l'opportunità di elevare il termine massimo delle 6 ore settimanali dei medici incaricati nel servizio ai provveditorati per consentire lo svolgimento delle riunioni.

Il provveditore potrà inoltre avvalersi della consulenza di altri professionisti se si ravvisa la necessità nei settori di alta specificità medica o comunque in particolari materie attinenti al servizio.

Compito dell'unità operativa è di occuparsi dell'andamento dell'attività sanitaria svolta dagli istituti del distretto mediante un'azione di coordinamento, di pianificazione, di attuazione dei programmi d'intervento stabiliti e di verifica delle attività.

Particolare attenzione è rivolta ai progetti già avviati:

- Attivazione delle sezioni di primo livello e di livello intermedio per detenuti affetti da infezione HIV e da AIDS;
- Psichiatria;
- Istituzione e potenziamento di reparti per disabili;
- Programmi riguardanti i centri clinici dell'amministrazione;

- Collaborazione con l'autorità competente per la realizzazione delle unità di degenza per detenuti o internati presso ospedali esterni.

Compito fondamentale è coordinare ed indirizzare gli interventi delle direzioni presso le A.S.L. in uno spirito di fattiva collaborazione.

Rientrano nelle competenze dell'unità operativa pure le problematiche legate alla carenza di infermieri professionali, la gestione dei rapporti con la Regione in ordine alla razionalizzazione degli interventi in particolare in materia di psichiatria, le proposte di assegnazione dei detenuti inviati da altri provveditori per il ricovero nei centri clinici dopo averne verificato la diagnosi, la collaborazione, nel settore della sicurezza nei luoghi di lavoro, con l'area tecnica e quanto attenga alla sanità.

Si nota come questa modalità non sia ancora operativa ma solo in alcune regioni si sia iniziata la sperimentazione[73].

2.7. I detenuti stranieri e il diritto alla salute in carcere

La popolazione immigrata detenuta (P.I.D.), nell'ultimo decennio è aumentata in modo sostanziale. È importante rilevare che molti di questi soggetti solo il loro ingresso in carcere vengono a contatto per la prima volta nella loro vita con un sistema sanitario organizzato[74].

Si sottolinea che il decreto 230/99 e il Regolamento di attuazione disciplinano l'erogazione delle prestazioni sanitarie per gli stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale e per i "clandestini". In particolare, anche in assenza del permesso di soggiorno sono assicurate non solo prestazioni sanitarie d'urgenza ma anche:

- cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali e continuative
- interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad esse correlate.

La 230/99 rivolge particolare attenzione alle problematiche di:

a. tutela della gravidanza e della maternità
b. tutela della salute del minore
c. vaccinazioni
d. interventi di profilassi internazionale
e. profilassi e cura delle malattie infettive
f. tutte le cure previste dal Testo Unico di disciplina degli stupefacenti (DPR 309/90) e sue successive modifiche (e quindi tutto ciò che concerne i Servizi per le Tossicodipendenze e gli interventi curativi e riabilitativi)

[73] Circolare riportata integralmente in "*Le due città*", rivista dell'Amministrazione Penitenziaria, marzo 2001
[74] Per la disamina di questa tematica si è seguito il "Progetto obiettivo", il cui testo integrale è riportato in appendice.

Al fine di programmare e realizzare un intervento mirato è necessario[75]:

1. conoscere i reali bisogni di carattere sanitario della popolazione immigrata detenuta;
2. rendere fruibili le risorse sanitarie esistenti;
3. adottare i programmi di prevenzione esistenti per le malattie trasmissibili in carcere tenendo conto della specificità della P.I.D..

Diventa di fondamentale importanza considerare:

- la quasi totale assenza di conoscenze sullo stato di salute degli immigrati detenuti, salvo per alcune patologie (tubercolosi, lue, HIV), oggetto di una pur parziale sorveglianza da parte del Ministero della giustizia;

- la carenza, anche nella letteratura internazionale, di esperienze specifiche di prevenzione o studio che possano costituire modelli di riferimento;

- la carenza, nella maggior parte degli istituti penitenziari, di protocolli organizzativi volti ad una gestione sanitaria mirata della P.I.D.;

- l'assenza di formazione specifica del personale sanitario, di custodia, di supporto (educatori, assistenti sociali, psicologi) negli istituti penitenziari;

- la non comprensione della lingua italiana di molti detenuti al loro primo ingresso in carcere;

- la non conoscenza delle lingue straniere da parte del personale;

- la non conoscenza dell'immigrato delle norme e dei regolamenti che disciplinano le attività sanitarie negli istituti penitenziari;

- l'assenza di informazioni relative alle opportunità offerte dalla legislazione sanitaria italiana alle persone detenute malate di uscire dal carcere (affidamento in prova per i tossicodipendenti ai servizi sociali, ai SERT, alle comunità terapeutiche, gli arresti domiciliari in caso di AIDS o di altre gravi patologie);

- la scarsità e la non uniformità sul territorio nazionale di aiuti esterni su cui contare una volta usciti dall'istituzione;

- la frammentarietà e la disomogeneità degli interventi (opuscoli informativi multilingue, sportelli d'ascolto ecc.) spesso di iniziativa regionale, a volte addirittura locale;

- l'assenza di mediatori culturali.

Ma "garantire" astrattamente sul piano legislativo un diritto non significa renderlo accessibile a chi ne deve godere e, nella fattispecie, dichiarare che anche gli stranieri "clandestini" hanno diritto alle cure

[75] Elaborazione del *Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario*, Conferenza Unificata Ministero della Sanità, Regioni, Aziende Sanitarie Locali, in : www.regioni.it

(d'urgenza, essenziali e preventive), non vuol dire rendere queste "cure" accessibili e fruibili per loro alla stregua dei cittadini Italiani.

Questo fa sì che, ancora oggi e in maniera assolutamente paradossale, il carcere sia per moltissimi stranieri clandestini, il primo luogo in Italia dove possono sottoporsi a cure mediche e a visite preventive. Purtroppo, questo stesso meccanismo è tale che usciti dal carcere difficilmente potranno proseguire il trattamento o la cura intrapresa.

Il carcere, d'altra parte, come ben documentato nel "Documento Base" presentato al Convegno di studio "Il Servizio sanitario per il diritto alla salute dei detenuti e degli internati" (Roma, aprile '99), "ha manifestato nel complesso, al di là dell'impegno dei singoli operatori, una difficoltà strutturale a garantire una globalità e una unitarietà delle prestazione preventive, curative e riabilitative. (…) Si tratta, in generale, di servizi che si attivano a "domanda individuale", con difficoltà oggettive a svolgere la funzione di presa in carico del bisogno globale di salute". A questo si aggiunge il fatto che, sempre secondo quanto indicato nello stesso documento, "la finalità di fondo del servizio sanitario penitenziario è rappresentata, in prevalenza, dalla copertura del rischio per garantire le responsabilità dell'Amministrazione".

Il carcere, dunque, da una parte rappresenta, molto spesso, una prima occasione di "cura" per chi, come gli stranieri irregolari, non ne ha avute all'esterno. Allo stesso tempo, però, neppure il carcere garantisce una "presa in carico" sanitaria delle persone che sono detenute, ma si limita ad affrontare e a tentare di risolvere quelle situazioni emergenti o "a rischio" per la salute di tutti (es. : malattie infettive).

L'assoluta carenza di collegamento tra carcere e territorio (che riguarda anche le strutture pubbliche sociali e sanitarie) rende quasi impossibile il passaggio di documentazione tra interno ed esterno.

Nello stesso tempo, iniziare cure e terapie all'interno del carcere, senza sapere se queste terapie potranno essere poi continuate al momento dell'uscita (es.: epatite, infezione da HIV) fa sì che tali terapie non possano di fatto essere prescritte neppure se ci sarebbero le indicazioni per farlo.

Le strutture territoriali chiedono un tale grado di attivazione da parte dei singoli soggetti da renderle, di fatto, non usufruibili da parte di coloro che, stranieri e malati, non sono in grado di "muoversi" in maniera autonoma nel complesso sistema territoriale. Neppure coloro che sono affetti da malattie documentate o diagnosticate in carcere possono godere di una maggiore presa in carico da parte delle strutture territoriali: tossicodipendenza, infezione da HIV, malattie psichiatriche. L'uscita dal carcere non prevede la consegna di alcuna documentazione sanitaria (anche per questa deve essere il singolo ad attivarsi… ma per farlo dovrebbe sapere come muoversi!) e spesso le strutture territoriali richiedono la residenza o comunque un domicilio effettivo per attuare la presa in carico.

Di fatto, dunque, neppure il carcere garantisce una uguale usufruibilità di cure e di accesso ai servizi sanitari per le persone straniere, mantenendo anche al suo interno un sistema che "blocca" chi si trova in una situazione di maggior disagio, limitandone ulteriormente le possibilità di risorse personali[76].

[76] Zoia D., *I detenuti stranieri e il diritto alla salute in carcere*, cestim.org/due-palazzi-giornata-studi/pagine

3. LA SALUTE IN CARCERE

3.1 Corpo del detenuto e stato di detenzione

Nel classificare i diversi principi ispiratori della sanzione Levi-Strauss divide le società in due tipologie: quelle che ingeriscono il corpo del deviante e quelle che lo espellono. Nel nostro contesto non vi è né antropofagia né antropoemia, ma solo ortopedia, correzione del corpo e della mente attraverso la loro separazione[77].

Con Gallo e Ruggero si concorda che il carcere produce sofferenza e malattie, è una fabbrica di handicap psicofisici[78].

Il potere penale si esercita sul corpo e sulla sua immagine sociale ma Gallini ricordava che questa questione dopo "Sorvegliare e punire" è stata poco tematizzata, se non solamente da alcune voci provenienti dal carcere. Eppure, ancor oggi come non mai, diventa ineludibile un discorso sul rapporto fra corpo e potere, o meglio fra persona, intesa in tutta la sua unità, nella sua identità di individuo sociale, che nessun sistema penale dovrebbe sopprimere, e il potere.

Nell'attuale realtà penale, il corpo reale e l'immagine del corpo vissuta soggettivamente che fine hanno fatto? Dopo l'atto pubblico del processo, con l'internamento, il corpo del soggetto perde visibilità, diventa un uomo astratto. Il corpo inquisito è trasformato dai mass-media nei grossi casi giudiziari, e l'immagine di devianza-simbolo, non vissuta e riconosciuta dal proprietario reale come immagine di sé, diventa una comunicazione sociale. In tale senso viene così proposto un controllo esterno sul corpo del soggetto. Per tutti, anche per i piccoli mostri che non meritano la copertina dei giornali, si ha comunque una perdita di identità intesa come perdita del proprio corpo e della propria memoria, tanto da arrivare ad una vera e propria scomparsa sociale dell'individuo reale. In questo modo si crea e mantiene la perdita di una possibilità di una vita di relazione.

La società ed il potere negli ultimi anni si sono trasformati, si sono costruite nuove forme di controllo e di condizionamento del corpo, si è passati da un "uomo astratto", di foucaultiana memoria, ad un "uomo-immagine", prodotto dai media, dall'interpretazione degli attori carcerari, e da quanti gravitano intorno a lui[79]. Ci viene rimandato un uomo-simbolo di tutte le aspettative sociali, nella sua immagine più pubblica. Un uomo vuoto al quale, in questo modo, attraverso i potenti mezzi di comunicazione, paradossalmente è stata tolta la possibilità di comunicare veramente, o meglio ci viene restituito, più che un simbolo, un simulacro. È il dramma della massima solitudine per l'uomo in quanto il presente non gli appartiene più e, così spogliato della propria identità, non potrà costruirsi alcun futuro.

Come abbiamo finora accennato esiste un'espropriazione dell'identità del soggetto, una furto della sua immagine e della sua progettualità. Ma al corpo fisico del detenuto cosa succede?

---

[77] Gallo E., Ruggiero V., *Il carcere immateriale*, Sonda, Milano,1989, p. 22

[78] *Ibidem*, p. 104

[79] Gallini C., 1986, *Il corpo e la sua immagine: forme del potere penale*, in *Potere senza stato*, a cura di Pasquinelli C., Editori Riuniti, Roma

Per Pavarini la pena della prigione è una pena corporale, qualche cosa che dà dolore fisico e che produce malattia e morte: è sofferenza qualitativamente opposta a quella intenzionalmente corporale, metafisicamente voluta per far soffrire l'anima ed emendarla, e non certo il corpo[80]. Concetto che trova concretezza quando si nota che il "vecchio" Panopticon è soppiantato dal carcere "piranesiano[81]": si passa dalla tortura dello spazio alla tortura del tempo e della comunicazione, in una sorta di "carcere d'invenzione". In Bentham, con il Panopticon, la costruzione ortopedica dello spazio crea una interiorizzazione del potere e della norma, tanto da trasformare l'autodisciplina in autogestione della norma. In Bentham e Foucault esiste una netta separazione tra interno ed esterno, tra controllo e controllato, tra norma oggettivata e norma soggettivizzata. Il carcere immateriale produce invece un controllo interiore: trasforma mura e serrature in metafore materiali di regole ben più impalpabili e indefettibili. Perché come mi disse un ex-detenuto "il carcere è dentro di te, nella tua testa…, sarai sempre un detenuto dentro di te…e ti riconoscerai sempre attraverso di esso".

Il carcere piranesiano diventa quindi il simbolo di un inferno mentale, di un "carcere metafisico", un Pannomion, una norma totalizzante, pervasiva ed interiorizzata. Il prigioniero è dunque prigioniero di se stesso, del proprio labirinto mentale, che può essere accettato solo interiorizzando le norme astratte che lo regolano. Lo spazio della reclusione non è più reclusione, è una dilatazione insopportabile, una moltiplicazione angosciosa di piani, un susseguirsi labirintico di sfasamenti e forature della prospettiva circolare, infinita, è uno "spazio vuoto"[82]. In questo irrazionale architettonico si sente "Una solitudine infinita, sconfinata, senza traccia di vita; solo pochi, piccoli uomini che sembrano soffrire per nulla, annientarsi nel nulla. […] vi è solo l'esaltazione della materia, della pietra. Vi è sì l'uomo, dal volto privo di emozione, anonimo, indifferente, quasi un ultimo simbolo di vita. Pare a volte esso salga interminabili scale, verso un'ipotetica libertà"[83]. È l'occhio della mente che non intravede alcuna via d'uscita, di libertà, nei concentrici sviluppi dello spazio illimitato della reclusione temporale. La pena si proietta in un tempo sofferente senza fine. Il carcere immateriale è restrizione illimitata e interiorizzazione di un infinito senza tempo[84].

Precisiamo che Piranesi rappresentava nello spazio infinito la sfida ultima dell'architettura: il contenimento della forma in uno spazio immateriale, i cui limiti sono giocati solo da punti di luce. Nel carcere attuale noi assistiamo invece alla sfida del corpo dilatato a dismisura, fuori dell'umano sentire, un corpo in uno spazio infinito che, proprio per questa sua non-misurabilità, più non lo contiene. Il corpo perde l'identità, ovvero la forma, cioè la possibilità di esistere data dalla relazione con lo spazio e il tempo. Nella estensione all'infinito di queste dimensioni si perdono le possibilità di fissare un punto di osservazione per guardare, in una visione prospetticamente progettuale, se stessi. È la perdita di vista delle "misure" che fanno sì che una vita relazionale sia possibile, che esista un futuro possibile.

---

[80] Pavarini M., in Gallo E., Ruggiero V., *Il carcere immateriale*, *op.cit*., pp. 5-9

[81] Piranesi G.B. (1720- 1778), architetto e famoso incisore. Autore delle acqueforti "Le Carceri d'invenzione". In queste opere si notano più punti di osservazione in un crollo della classica prospettiva in una sorta di dramma spaziale. La critica attuale ritiene che l'autore non avesse alcuna intenzione di rappresentare la struttura delle carceri come noi intendiamo, sicuramente l'opera è ermetica, di qui la possibilità anche di queste interpretazioni più che altro simboliche.

[82] La scrittrice Yourcenar M., a sua volta, in "*Senza beneficio d'inventario*", si sofferma sul carcere piranesiano inteso come "dimensione mentale" e come "proiezione dell'anima".

[83] Salamon F., *G.B. Piranesi. Acqueforti e disegni*, Poligrafiche riunite, Torino, 1961, pp. 12-13

[84] Per questo approccio si è seguito Gallo E., Ruggiero V., *Il carcere immateriale*, *op. cit.*, pp. 16-17

Per travalicare l'orrore dello spazio senza fondo e senza uscite si devono creare dei riferimenti limitativi, interiorizzarli, per superare la sensazione intollerabile della "restrizione senza restrizione" occorre immaginare nuove barriere, limiti, regole, codici altri di referenza spazio-temporale.

Gallo ritiene che è indispensabile che l'ordine, la norma, la legge si tramutino in scansione dei giorni, in vincoli interiori inscritti in una rigorosa autodisciplina, capace di configurare l'autogestione della pena. Il suo tempo. Al detenuto è chiesto di farsi regola esso stesso, regola di se stesso, contro se stesso.

Anche Serge[85] ha analizzato il meccanismo della detenzione inteso come produttore implicito di malattia: una malattia del tempo. "Il problema del tempo è fondamentale…il minuto presente si può dilatare all'infinito. Ma il tempo non esiste! È una logica da pazzi? Forse…so anche che un detenuto, già dopo la prima ora di carcere, è una persona mentalmente squilibrata"[86].

E i detenuti si sentono mutilati, sia nel senso che sono costretti all'immobilità sia nel subire la lentezza burocratica, una paralisi che limita l'azione personale. Vivono in una condizione fisica artificiale, dove le relazioni spaziali e temporali sono costrette. Dove l'interazione fra corpo e mente subisce modificazioni negative. Il soggetto ne è consapevole e odia questa sua dipendenza, questa umiliante regressione, ma, per sopravvivere, deve usare proprio quei servizi che sono parte integrante della sua reclusione, della sua menomazione fisica.

Per reagire alcuni sottraggono il corpo, ad es. usando lo strumento dello sciopero della fame, altri sottraggono la mente, creando una "normalità nell'anormalità". E dentro le mura del carcere la persona si rivela capace di resistenze che si traducono in nuove forme di bisogno di tenerezza, di innamoramento e di ironia, di cura di se stessi, del proprio aspetto, di forme alternative di comunicazione, e anche, purtroppo, di cadute nella malattia. La resistenza è la consapevolezza dei propri diritti e la volontà di esprimersi pubblicamente, è il desiderio di comunicare agli altri il proprio disagio, il proprio dolore, di rendere pubblico il diritto a esserci. È un corpo "rituale", una metafora quello del detenuto, un corpo da trasfigurare, simbolo potente di una differenza. "I corpi dei detenuti sono più belli di quelli dei loro guardiani, corpi come sfide, come cura del sé, come riappropriazione; per il prigioniero il corpo reale è un territorio di resistenza: si apre l'abisso della fisicità e inizia la costruzione metaforica del proprio corpo"[87].

Ma ancora, il carcere alimenta l'ennesimo paradosso tanto che le reazioni di molti detenuti si muovono lungo le direttrici imposte dal sistema della sofferenza legale: da una parte un'implosione nervosa (esaurimento, insonnia, nevrastenia, ipersensibilità, autolesionismo), dall'altra un'esplosione (aggressività, ribellione, contrapposizione, e raramente, idealizzazione del proprio ruolo di deviante).

---

[85] *ibidem*, pp. 38-42

[86] L'autore individua tre tipi di ossessioni che dominano i detenuti: preoccupazione continua per il proprio caso; eccessiva apprensione per i propri familiari; ossessioni di natura sessuale.

[87] Alfano Miglietti F., *Nessun tempo, nessun corpo*…, Skira, Ginevra, 2001,p. 127

3.2. Il bisogno di salute in carcere

Gonin[88] descrive la ricerca commissionatagli dal Consiglio di ricerca del Ministero della Giustizia francese, affinché "fosse realizzata una analisi approfondita delle relazioni esistenti, in termini di causa ed effetto, fra le condizioni di vita in carcere e il manifestarsi o l'aggravarsi delle patologie più frequenti, riscontrate nel contesto penitenziario".

Il lavoro è stato condotto somministrando ai detenuti un questionario per registrare le impressioni del loro stato presente riguardanti: modificazioni della sensibilità, della percezione di se stessi e del mondo, problemi e malesseri relativi ad una intimità turbata. I risultati sono poi stati messi a confronto con un gruppo sociologicamente affine ai reclusi ma in stato di libertà.

I sintomi riscontrati nella popolazione dei detenuti sono:

- circa un quarto già dai primi giorni di detenzione soffre di vertigini;
- l'olfatto è inizialmente ottenebrato, poi annullato nel 31% dei casi;
- entro i primi quattro mesi un terzo soffre di peggioramento della vista;
- il 60% soffre entro i primi mesi di disturbi all'udito, per stati morbosi di iperacutezza;
- fin dai primi giorni il 60% lamenta "perdita d'energia";
- il 28% patisce sensazioni di freddo, anche nei mesi estivi.

Nello stato di detenzione tre patologie sono sovrarappresentate: la dentaria, la dermatologica, la digestiva. Al momento dell'ingresso la patologia digestiva segue immediatamente quella dermatologica, a pari grado con la otorinolaringologica e polmonare; dopo sei mesi le affezioni della pelle diminuiscono di numero, le turbe dell'apparato digerente si associano a disturbi delle vie respiratorie (28%) ponendosi al secondo posto dopo le patologie dentarie.

In Italia, secondo dati ufficiali, (riferiti al periodo 1 gennaio 1999-20 settembre 1999) le persone detenute erano circa 50.000 contro la disponibilità di 35.000 posti letto. Del totale 13.000 sono extracomunitari, 15.000 tossicodipendenti, 2.500 sieropositivi per HIV, oltre 4.000 i sofferenti di turbe psichiche anche molto gravi (tabella 1) [89]. Le patologie infettive, psichiatriche e gastroenterologiche sono quelle maggiormente diffuse.

[88] Gonin D., *Il corpo incarcerato*, Gruppo Abele, Torino, 1994. L'autore, in qualità di medico penitenziario, ha condotto nelle carceri francesi una ricerca sugli effetti della vita detentiva sullo stato di salute dei reclusi

[89] E' da segnalare che non esiste, in Italia, un sistema di rilevamento nazionale delle patologie in ambito penitenziario. I dati numerici riferiti alle patologie sono tratti da *Il carcere trasparente, Primo rapporto nazionale sulle condizioni di detenzione,* Associazione Antigone, 2000

Tabella 1

Patologie (1 gennaio 1999-20 settembre 1999)	**Totale generale**	**% su totale popolazione**
Malattie dell'apparato respiratorio	2644	5,12
Malattie allergiche e immunitarie	1449	2,80
Malattie dell'apparato cardiovascolare	2262	4,38
Endocrinologia e malattie del ricambio	1263	2,44
Malattie dell'apparato digerente	6600	12,78
Malattie del sangue, dell'emocoagulazione e dell'emostasi	668	1,29
Malattie dell'apparato urogenitale	1267	2,45
Malattie del sistema nervoso	5473	10,60
Malattie dell'apparato locomotorio	3558	6,89
Malattie infettive	9794	18,97

Da sottolineare che le patologie dell'apparato cardiovascolare colpiscono soggetti di età relativamente più bassa rispetto alla società esterna (40-50 anni). Frequenti sono anche le malattie osteoarticolari e le bronco-pneumopatie croniche ostruttive (la maggioranza dei detenuti consuma in media dalle 20 alle 40 sigarette al giorno). Di difficile gestione sono pure le malattie del ricambio e metaboliche, come il diabete mellito di tipo I e II che comportano l'osservazione di un determinato regime di vita (dieta, movimento, autogestione dei farmaci)[90]. Predominano, fra le patologie infettive, le epatiti virali non A e l'infezione da HIV, in diversi stadi. Altre malattie sono la scabbia, la dermatofitosi, la pediculosi, l'epatite A e la tubercolosi. Le sintomatologie associate di frequenza ad eziologia infettiva sono febbre e diarrea (testo delle "Linee guida" riportato integralmente in appendice).

Dalla tabella 1 si evince la drammatica condizione dei numerosi detenuti affetti da AIDS o epatite virale (b e/o c), che vivono la doppia condizione di detenuto e di persona malata-infetta. L'AMAPI[91] stima in circa 8500 i detenuti affetti da epatite. Sono da considerare preoccupanti pure i dati inerenti la tubercolosi, infatti nel 1998 sono stati segnalati 250 casi.

Di contro la somministrazione dei farmaci di routine avviene entro poche ore o al massimo un giorno dopo la richiesta. Secondo un'indagine di Antigone gli psicofarmaci sono la categoria maggiormente somministrata, seguiti da antidolorifici, antinfiammatori, anti-ipertensivi e antibiotici. Questa graduatoria rimane quasi simile in tutti gli istituti visionati, ciò che differisce è la quantità: la somministrazione di psicofarmaci, anti-infiammatori e antidolorifici varia da percentuali del 70-80% fino al 20-30% sul totale dei medicinali distribuiti. Con Antigone si riflette che "E' difficile comprendere quanto l'uso massiccio di psicofarmaci sia la risposta ad un disagio psichico diffuso nel carcere oppure sia una strategia di controllo e un modo per mantenere l'ordine interno, soprattutto nelle sezioni di tossicodipendenti"[92].

[90] Per questa disamina ci si è basati su dati della Commissione governativa ministeri della Sanità e della Giustizia, dati del "Progetto obiettivo".
[91] AMAPI: Associazione Medici Amministrazione Penitenziaria Italiana

3.3.Patologie della reclusione

Nel doversi rapportare ad una "istituzione totale", per usare la nota definizione di Goffman[93], il soggetto deve abbandonare il suo modo di essere, le sue cose, il suo modo di pensare e di fare, cioè il modo di rappresentarsi a se stesso e agli altri. Dovrà ridefinirsi, non solo rispetto se stesso ma anche verso i nuovi compagni[94]. La cornice normativa della rappresentazione è data dalle regole dell'istituto e dal sistema simbolico vigente. Il detenuto è spogliato del suo passato, gli è dato un presente obbligato, il futuro è la sua rieducazione o viceversa?

Avviene quindi questa spoliazione del soggetto all'ingresso in carcere, cioè sono recisi i contatti con il ruolo sociale che deteneva "prima"; viene privato degli effetti personali, cioè gli sono presi gli oggetti che lo potrebbero identificare (la perquisizione è una prassi normale di controllo e di disidentificazione); di uno spazio personale; della capacità di decidere autonomamente, in quanto altri decidono per lui; e impara a fare la "domandina", intesa nel suo "alto valore pedagogico e trattamentale"!. Si realizza in questo modo la totale dipendenza del soggetto-oggetto nei confronti dell'istituzione. Questa dipendenza psicologica e fisica si ripercuote nell'equilibrio della persona creando scompensi anche di grave entità.

Riportiamo i dati di una ricerca condotta sulle patologie immediatamente visibili raccolte durante interviste con detenuti in unità speciali[95].

Le patologie più frequentemente riscontrate sono:

- ***Claustrofobia***: l'isolamento in uno spazio chiuso e invariato provoca sensazioni di compressione spaziale, simili al panico claustrofobico. Se il regime permane inalterato si causerebbe al soggetto grave psicosi e senso di irrealtà. I ricercatori sono portati a pensare ad un "contagio psicotico" della popolazione detenuta in sezioni speciali, vista la sensibilità dei detenuti alle condizioni psicologiche dei compagni.
- ***Irritabilità permanente***: manifestazione di profondi sentimenti di rabbia, senza possibilità di scaricarla. Molti detenuti si sentono "violati" in ogni istante delle loro giornate. Nel tempo questi disturbi evolveranno in patologie psicosomatiche.
- ***Depressione*:** mancando un obiettivo esterno, la rabbia viene rivolta contro se stessi e vissuta come depressione, la quale, se non più sopportata, si trasformerà in un motore di autodistruzione, con il passaggio all'atto in automutilazione e suicidio.
- ***Sintomi allucinatori*:** alcuni detenuti riferiscono di vedere su muri completamente bianchi macchie nere o strisce.
- ***Abbandono difensivo*:** è un ritiro proiettivo di sé da un ambiente ostile. Lo scopo sembra essere di de-sensibilizzarsi al fine di diminuire le sensazioni di sofferenza.

---

[92] In " *Indagine Antigone sulla sanità in carcere*", 2001

[93] Goffman E., *Asylums*, Eiunaudi, Torino, 1968

[94] Secondo D.R. Clemmer si assiste al processo di prisonizzazione che si realizza con l'assunzione delle abitudini e degli usi della cultura del carcere. Clemmer D., *The prison community*, in Santoro E., *Carcere e società liberale*, Giappichelli, Torino, 1997

[95] Per la stesura di questo problematica ci si è basati su una ricerca del National Prison Project sugli effetti del regime di isolamento sui detenuti, riportata da Gallo e Ruggieri, *Il carcere immateriale*, *op. cit*., pp. 88-91

- ***Ottundimento delle capacità intellettive, apatia:*** molti intervistati riferiscono di essere incapaci di concentrarsi. È da sottolineare come la diminuzione dell'abilità di focalizzare l'attenzione sia un chiaro segno di disinteresse sia per il mondo interiore che esterno, che, d'altra parte, è sempre uguale a se stesso ed immutabile!
- ***Disturbi psicosomatici***: perdita di appetito, di peso, malessere generalizzato e aspecifico, esasperazione dei problemi medici preesistenti, disturbi visivi, tachicardia.

Si ritiene però che il carcere ordinario produca gli stessi segni di sofferenza, anzi sembra quasi che il regime ordinario aumenti i livelli di stress dei detenuti in quanto richiede loro un incessante autocontrollo, "basandosi sull'autogestione della pena e sull'osservazione del comportamento, nonché sulla verifica continua del processo rieducativo […] I detenuti possono sopravvivere soltanto riducendo la distanza tra le proprie aspettative e la realtà della loro esistenza. Lo stress è insomma provocato, in larga misura, dall'indeterminatezza del regime, dalla frustrazione, dal gioco al ribasso delle proprie aspettative, che il regime impone incessantemente"[96].

Si possono aggiungere come effetti della detenzione anche:

- ***Disturbi della personalità,*** con danno delle capacità individuali di pensiero e di azione autonoma
- ***Disculturazione*****:** perdita dei valori e degli stili di vita che il soggetto possedeva prima dell'ingresso in carcere
- ***Estraniamento:*** incapacità di adeguarsi ai mutamenti della vita sociale, una volta libero

Da sottolineare che in Italia è stata condotta una sola indagine ad opera dell'Ufficio studi e ricerche del DAP, i risultati non sembrano né invalidare né confortare quanto già detto, tanto che si concludeva "Anche se la detenzione raramente riesce a rieducare il condannato, nella tragica realtà dei nostri istituti penitenziari, è inaccettabile sia sul piano dei diritti dell'uomo, che anche su quello meramente utilitaristico dell'interesse della società, che essa possa contribuire a deteriorare alcuni detenuti, colpendo in modo differenziale e discriminante proprio i soggetti meno difesi nella massa"[97].

3.4. Area psichiatrica

L'area psichiatrica rappresenta la vera emergenza degli istituti penitenziari italiani, in quanto sono il principale contenitore del dilagante disagio mentale e la cartina tornasole di una marginalità sociale costituita da tossicodipendenti, prostitute, nomadi, vagabondi alcolisti, barboni ed extracomunitari. Il carcere è una comunità chiusa che attraverso la segregazione esprime simbolicamente e fisicamente la funzione di controllo sociale sulle condotte devianti sia di tipo sociale che devianza psicopatologica. Si

[96] Gallo e Ruggieri, *Il carcere immateriale, op. cit.,* pp. 88-91
[97] *ibidem*

ritrovano soggetti affetti da parafilie di vario genere come transessuali, travestiti, omosessuali, pedofili che, spesso, non vengono seguiti dai servizi psichiatrici e dall'assistenza sociale territoriale.

Il carcere diventa così l'ambiente rivelatore del disagio e spesso il primo momento "ufficiale" di incontro di questi soggetti con le istituzioni. Si è quindi trasformato in una struttura preferenziale di raccolta e reclusione delle persone con problemi psicopatologici, una istituzione portatrice di un'ambiguità dialettica, della contraddizione tra assistenza e repressione. Il fenomeno della "porta girevole" (revolving-door syndrome), tipico nei servizi territoriali psichiatrici, si ritrova fra carcere e territorio, "in uno scambio continuo, perverso e inarrestabile di pazienti (trasgressori-colpevoli), per i quali il contenimento diventa spesso, e soltanto, un mezzo di segregazione e di ulteriore emarginazione" [98].

Per Giordano però esiste una "psicopatologia da carcere […] che non può che trovare in carcere, in situazione cioè di forte e costante controllo, di limitazione di libertà e sofferenza, il prodromo talora indispensabile di una cura […] sta a noi, al nostro controllo medico, psichiatrico, civile, far sì che costoro, in carcere, non trovino tanto quella punizione che soddisfa soltanto le pulsioni vendicative della società e degli operatori, bensì una pena che è nostro compito restituire al suo autentico valore medicinale, al suo valore di cura, di cura per la società proprio perché cura il soggetto"[99]. Insomma "veri e propri coatti della pena"!

Come vediamo esistono ancora pareri sostenenti l'idea che la pena abbia, intrinsecamente, un valore medicinale! Esiste, di fatto, in ambienti psichiatrici, un largo consenso per tali costruzioni ideologiche!

I disturbi psicopatologici alla base dei comportamenti considerati abnormi e socialmente pericolosi sono soprattutto disturbi di personalità, presenti in carcere in modo significativo, con manifestazioni di impulsività ed aggressività[100]. Questa condotta, di incontrollabile esplosione emotiva, è acuita dalla carcerazione, rendendo molto problematica la possibilità di instaurare rapporti interpersonali. L'imprevedibilità delle reazioni emotive dei soggetti fa sì che possano degenerare con caratteristiche manipolative e distruttive, soprattutto quando l'aggressività è usata per controllare l'ambiente circostante.

Questi comportamenti possono legarsi a strutture di personalità asociali o psicopatiche, con caratteristiche di incapacità di comprendere le emozioni che la loro distruttività provoca negli altri e di incuranza delle conseguenze delle loro azioni. La droga e l'alcool posso essere dei fattori aggravanti dei disturbi di personalità mediante l'azione biochimica di disinibizione sui centri nervosi superiori[101].

I pazienti con disturbi di personalità difficilmente trovano un ruolo sociale che sarebbe essenziale per iniziare a costruirsi una propria identità. Essi traggono benefici dai legami sociali e dal sostegno e continuano a perdersi se sballottati fra carcere e territorio senza un punto di riferimento.

In carcere esiste la compresenza di molti fattori determinanti uno stato di sofferenza psichica: angoscia, ansia, impotenza, promiscuità, rapporti sociali imposti, espropriazione di ogni riservatezza e di intimità. Si vive sempre una patologia fatta di solitudine, di emarginazione, di sradicamento, di perdita d'identità.

---

[98] Piro A., Valitutti C., *Psicopatologia a confronto. Carcere e territorio*, in *Il reo e il folle*, n. 15, Es.Ip.So., Firenze, 2000, pp. 157-166

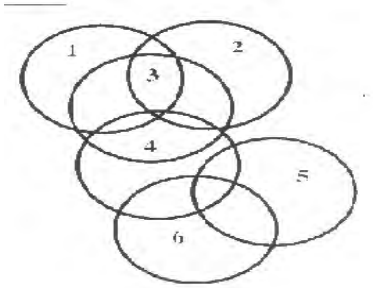
[99] Giordano P., *Psicopatologia in carcere e psicopatologia da carcere: quali profilassi, quali terapie*?, in *Il reo e il folle*, n. 15, Es.Ip.So., Firenze, 2000, pag. 113

[100] Dati inglesi parlano di disturbi schizofrenici o di psicosi maniaco-depressive nel 10% dei detenuti in attesa di giudizio e nell'8% dei definitivi; di disturbi della personalità nel 75% dei detenuti in attesa di giudizio e nel 68% dei definitivi!

[101] Piro A., Valitutti C., *Psicopatologia a confronto, op. cit.*

Ma anche problematiche legate a pregresse situazioni di disagio familiare e sociale, ove sono venuti meno modelli di identificazione strutturati, quali la famiglia, o dove all'interno di essa hanno subito delle esperienze a carattere traumatico dove la violenza è comune denominatore. Per tali individui il carcere sembra rappresentare la tappa obbligata di un percorso di marginalità destinato a consolidare la propria identità negativa. Nell'articolo del New York Times (5 marzo1998) dal titolo: Prisons Replace Hospitals for the Nation's Mentally Ill, vengono riportati dati impressionanti: su due milioni di detenuti nelle carceri americane, in circa il 10% sono stati riconosciuti disturbi psicotici. Per non parlare dei gravi disturbi di personalità[102].

In Italia per quanto riguarda le tipologie di disagio mentale sono stati individuati sei campi che interagiscono e, spesso, si sovrappongono, pur mantenendo la loro autonomia[103]:



1. campo psicotico
2. campo parapsicotico
3. campo tossicomanico
4. campo psicosomatico-somatopsichico
5. campo nevrotico
6. campo reattivo

1. **Psicotico**: è ampiamente rappresentato tra la popolazione detenuta. La capacità di intendere e di volere è in genere compromessa e la richiesta terapeutica è minore rispetto alle reali esigenze di cura.

2. **Parapsicotico**: è il campo numerosamente maggiore nell'ambiente carcerario, vi confluiscono tutte le forme psicopatologiche di tipo comportamentale e le diagnosi di confine. La capacità di intendere e di volere è compromessa e la richiesta di terapia è alta. È la categoria che comprende anche quei malati misconosciuti fuori dal carcere dove i disturbi gravi della personalità raramente sono oggetto di osservazione e assistenza psichiatrica. Sono fra i pazienti che impegnano maggiormente gli psichiatri.

3. **Tossicomanico**: in questi soggetti la tossicodipendenza è tale da prendere il sopravvento sulle capacità di volere della persona. La vita diventa una funzione della tossicomania.

4. **Psicosomatico:** in questo campo si incontrano soggetti con disagio precedente la detenzione; soggetti nei quali l'organizzazione patologica è conseguente la carcerazione; soggetti che

[102] Jannucci M., *Perché la violenza, perché la trasgressione, perché il carcere, perché la psichiatria*, in *Il reo e il folle*, n. 15, Es.Ip.So., Firenze, 2000, pp. 167-172
[103] Per l'inquadramento delle patologie si è seguita Brandi G., *Organizzazione dell'assistenza psichiatrica interna nell'ambito del progetto di riordino della medicina penitenziaria di cui al D.L. 230/99*, in *Il reo e il folle*, n. 15, 2001

manifestano crisi psichiche acute, passibili di sviluppo cronico, in seguito alla scoperta di una grave malattia somatica durante la reclusione. La capacità di intendere di tali soggetti è in genere integra, mentre quella di volere risulta compromessa, come dimostra l'insorgere di desideri autosoppressivi e il potenziale autoaggressivo che sostiene il disturbo somatico. Rientrano in questo campo i disturbi somatoformi e i disturbi fittizi.

5. **Nevrotico**: è il campo numericamente meno presente in carcere, se si intendono solo i disturbi strutturati, mentre sono rappresentate le manifestazioni nevrotiche, soprattutto di carattere isterico, vi rientrano inoltre i disturbi d'ansia, i disturbi dissociativi, la distimia, la ciclotimia. Disturbi che mantengono in parte integra la capacità d'intendere e di volere.

6. **Reattivo**: comprende quei soggetti caratterizzati da un quadro di disordine acuto delle capacità relazionali e di adattamento prodotto dal crollo di autostima determinato dall'evento-arresto. La capacità d'intendere e di volere è soggetta a rapido declino, il che richiede necessari interventi di supporto.

Come si rileva, il quadro che risulta dall'analisi e dalla sovrapposizione di tali campi è estremamente complesso e richiederebbe un intervento mirato alle singole esigenze soggettive. Brandi sottolinea che il rischio è grave: la distonia che si genera nei processi psichici (di percezione, di rappresentazione, di ideazione), di per sè grave e interiore, comporta, se rappresentata all'esterno, la possibilità di azioni lesive improvvise. La propensione all'azione autolesionista, anche grave e irreversibile, ha una tale incidenza in ambiente carcerario, da indurre a considerare questo problema come specifico (capitolo 4).

Per quanto riguarda le cure possibili non è possibile offrire una disamina adeguata della problematica, riportiamo solo però che nel Centro di osservazione neuropsichiatria del centro diagnostico e terapeutico del carcere di S. Vittore la delegazione del CTP[104], durante la visita, ha riscontrato che "nei due mesi precedenti erano stati usati quattro volte i mezzi di contenzione. Per questo scopo esisteva una cella specifica attrezzata con un letto dotato di cinghie di cuoio destinate a fissare le caviglie e i polsi del paziente. Lo psichiatra responsabile ha affermato che questi mezzi venivano utilizzati soltanto in casi di urgenza clastica e in associazione con farmaci, e che in queste occasioni veniva istituita una sorveglianza stretta da parte del personale. Il CTP desidera sottolineare che, a suo avviso, il ricorso a questi mezzi di contenzione per controllare un paziente violento e afflitto da turbe mentali è difficile da giustificare, se non in casi molto rari. Un paziente di questo tipo dovrebbe piuttosto beneficiare di un trattamento in cui vengano integrati una stretta sorveglianza e un sostegno appropriato, associati, se necessario, alla somministrazione di calmanti. *Naturalmente ogni mezzo di contenzione fisica applicato dovrebbe essere abolito al più presto; a questo proposito, va notato, che in ognuno dei quattro casi appena ricordati la contenzione fisica era stata applicata per tutta la notte*". Gli ispettori sollevano poi il caso di un detenuto che stava da ormai due mesi in unità di isolamento."il suo stato mentale era controverso: diversi soggiorni successivi nella vicina unità di preosservazione psichiatrica non erano bastati a permettere ai medici di

[104] Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti

chiarire il suo caso. *Nel dubbio la presa in carico di un tale detenuto dovrebbe essere attuata in ambiente psichiatrico, piuttosto che in un'unità di isolamento*" (in corsivo nel testo). [105]

Come si rileva anche dalle risposte degli ispettori del CTP sembra del tutto normale che il carcere debba curare e contenere i soggetti-pazienti alla stregua di un buon vecchio ospedale psichiatrico. Sembra non sfiorare il dubbio che la sanitarizzazione della devianza non sia una risposta adeguata al problema! Gli ispettori non si pongono neppure il problema della possibile incompatibilità dello stato di salute del soggetto con le condizioni di cura offerte dal centro clinico.

Un'altra importante tematica correlata alla infermità psichica è rappresentata dalle perizie psichiatriche: molti casi giungono al giudizio da "sani" mentre, in realtà, celano patologie che riducono in modo significativo la capacità di intendere e volere. Non è raro, infatti, rilevare una discordanza tra il parere espresso dai periti ed il giudizio emergente dalle valutazioni degli psichiatri penitenziari che seguono solitamente i casi per un periodo apprezzabilmente più lungo e all'interno di una diversa condizione di conoscenza qual'è la relazione terapeutica. Il rilievo non è senza valore se si consideri che non raramente la patologia psichiatrica è, se non causa del reato, almeno una importante componente e tale non è evidenziata in fase giudicante perché il soggetto è in attesa di giudizio o perché, incosciente del proprio disagio, viene in contatto con esso proprio nell'ambiente carcerario[106].

Da sottolineare l'importante e contraddittorio, a volte, ruolo vicario della psichiatria rispetto la giustizia: è "guardiana su un versante della pulizia clinica, garante su un altro della filantropia dell'assistenza. […] deve garantire la definizione e dislocazione […] di quel residuo istituzionale appunto, che è in quanto tale pericoloso"[107]. È una posizione pericolosa per la psichiatria ma soprattutto per coloro che devono ricorrere, da ristretti, alle cure degli specialisti. Perché il rischio che si può correre, ancora una volta, consiste nell'individuazione di una forma "morbosa e virulenta", denominata psychopathia criminalis, ovvero "…un'affezione della quale i democratici inveterati soffrono in maniera congenita e dalla quale i pensatori, gli ideologi e gli artisti in genere vengono, di volta in volta, aggrediti"[108]!

---

[105] *Rapporto degli ispettori europei sullo stato delle carceri in Italia che vale anche da manuale di istruzioni per carcerieri, carcerati e cittadini in provvisoria libertà*, Sellerio, Palermo, 1995, pp. 82-85

[106] Per questa impostazione si è seguito Andreano P., *Tutela della salute, op. cit*.

[107] Ota De Leonardis, *Statuto e figure della pericolosità sociale tra psichiatria riformata e sistema penale: note sociologiche*, in *Curare e punire*, a cura di Ota De Leonardis, Gallio G., Mauri D., Pitch T., Unicopli, Milano, 1988, pp.44-70

[108] Chiarini G., a cura di, *Oskar Panizza. Psychopathia criminalis*, Spirali Vel, Milano, 1990.

3.5.Area infettivologica-immunologica

Le malattie infettive[109] sono un problema importante in tutte le comunità chiuse, soprattutto nelle comunità penitenziarie in cui si verificano situazioni abitative, alimentari e comportamentali che ne facilitano la diffusione e l'acquisizione. È rilevante segnalare che l'eterogeneità della provenienza della popolazione detenuta costituisce un rischio rilevante per l'importazione e la successiva diffusione di patologie non presenti o non più attuali e comuni nel nostro Paese.

L'analisi delle patologie infettive più frequentemente segnalate in carcere indicano che:

- la prevalenza massima di infezioni è determinata dalle epatiti virali non A e dall'infezione da HIV in diversi stadi di evoluzione; sono prevalentemente acquisite al di fuori del carcere, anche se casi di trasmissione potrebbero verificarsi durante la detenzione attraverso rapporti sessuali, procedure di tatuaggio, scambio di siringhe e oggetti taglienti, etc.

- le malattie più frequenti in carcere sono la scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi, l'epatite A e la tubercolosi[110]; sono prevalentemente acquisite in carcere per trasmissione persona-persona a seguito dell'ingresso nel sistema di un soggetto infetto/infestato (con o senza segni e sintomi di infezione al momento dell'ingresso).

- le sintomatologie associate ad etiologie infettive sono febbre e diarrea. Possono essere prevalentemente correlate nel primo caso alla circolazione all'interno della comunità carceraria di influenza ed altre infezioni respiratorie acute a carattere epidemico, e nel secondo a problemi legati all'igiene dell'alimentazione, inclusa la conservazione di cibi all'interno delle celle.

Analizziamo in particolare:

a. infezione da virus dell'epatite;

b. infezione da HIV;

c. infezione da bacillo di Koch (tubercolosi);

a. Infezione da virus dell'epatite

[109] Per questa impostazione ci si è basati sul "Progetto obiettivo", testo integrale in appendice.
[110] La scabbia è una malattia parassitaria della pelle. La dermatofitosi è un processo patologico dovuto all'interazione fra sostanze vegetali e la cute. La pediculosi è un'affezione cutanea a causa del cosiddetto "pidocchio del capo, del corpo, del pube". La tubercolosi (TBC o tisi) è una malattia infettiva cronica causata da un batterio. Il contagio avviene per via aerea. Si ricorda che oggi è quasi scomparsa nei paesi occidentali.

L'infezione da virus dell'epatite[111] è la forma infettiva più frequente. Colpisce con maggior frequenza i soggetti tossicodipendenti nei quali è spesso associata all'infezione da HIV. I canali di trasmissione possono essere diversi a seconda dell'agente patogeno, ma, in generale, l'epatite virale predilige le vie ematiche sia per via parenterale (inoculazione di sangue e suoi derivati, uso di aghi, siringhe, strumenti chirurgici, trapianto di organi infetti) che attraverso la lesione non visibile della cute o della mucosa oro-faringea, uso di articoli da toilette, contatto sessuale, graffi, morsi, trasmissione fetale.

Ai fini della prevenzione e cura è necessario distinguere gli individui:

- affetti da epatopatia cronica, che presentano una alterazione dei parametri di funzionalità epatica e che necessitano di uno specifico trattamento farmacologico;
- portatori sani del virus dell'epatite, i quali non presentano epatopatia in atto ma rappresentano il principale serbatoio di diffusione del virus e in grado di subire una riattivazione dell'infezione in seguito ad un calo delle difese immunitarie;
- affetti da varie forme di danno epatico e di evoluzione cirrotica, quale fase precancerosa. Salvo trapianto, la terapia di contrasto di questa forma irreversibile di patologia consiste nella preventiva vaccinazione (non obbligatoria) e nella cura farmacologia a base di interferone, con gravi effetti collaterali.

Attualmente tra gli esami di screening infettivologico, all'atto di ingresso, non è, purtroppo, compresa la ricerca obbligatoria dei diversi agenti virali. La difficoltà di diagnosi risiede anche nelle caratteristiche subdole della patologia ed un sospetto di infezione sussiste solo per quelle categorie di soggetti come i tossicodipendenti che costituiscono il maggior gruppo a rischio. Ma in definitiva i comportamenti tra i detenuti (l'uso in comune di oggetti personale) e il cronico sovraffollamento rendono difficile l'opera di prevenzione.

b. Infezione da HIV

L'infezione da HIV è la malattia più allarmante. L'agente eziologico responsabile della patologia è un virus il cui decorso infettivo può avere diverse manifestazioni cliniche. Inoltre, in molti soggetti l'infezione da HIV può provocare la produzione di anticorpi senza alcuna manifestazione di sintomi clinicamente rilevanti. Parimenti, in assenza di test, la presenza dell'AIDS può essere testimoniata dall'esistenza di patologie (epatiti, TBC, dermatiti etc.) che generalmente accompagnano il decorso della malattia.

La quasi totalità dei casi di AIDS viene ricondotta ad una serie di gruppi cosiddetti a rischio: gli omosessuali, i tossicodipendenti per via endovenosa, gli emofilici o politrasfusi ed i soggetti aventi rapporti sessuali con gli appartenenti ad uno dei predette categorie (l'ambiente carcerario ne offre una significativa rappresentanza). Tutti i soggetti sieropositivi, indipendentemente dalla manifestazione clinica della patologia, possono trasmettere il virus: tale fattore rappresenta il motivo principale di allarme nell'attività di prevenzione del contagio che si può definire, per le caratteristiche ambientali, problema

[111] L'epatite virale è un processo necroinfiammatorio diffuso che interessa l'organo epatico.

specifico del carcere. Il dilagare dell'infezione ha, in pratica, trovato l'istituzione impreparata, a contrastare la diffusione per fattori propri ambientali e strutturali "predisponenti": sovraffollamento, mancanza di prevenzione, promiscuità, circolazione della droga, comportamenti sessuali a rischio, tatuaggi, uso in comune di articoli personali.

Un detenuto affetto da AIDS, o quantomeno da una forma minore, comporta numerosi problemi di gestione per l'Amministrazione penitenziaria, sia a livello di prevenzione che di cura. Il soggetto deve essere periodicamente sottoposto a complessi accertamenti: per monitorare[112] l'evoluzione della patologia e gli specifici interventi sanitari e farmacologici; per evidenziare le frequenti infezioni (toxoplasmosi, candida, etc.) e malattie (epatiti, TBC, sviluppo di neoplasie tipo sarcoma di Kaposi) alle quali gli affetti di HIV, in quanto immunodeficenti, sono esposti.

L'Amministrazione ha, per tempo, dichiarato la sua impotenza a gestire la patologia[113]. Concorde anche la Commissione Nazionale della lotta contro l'AIDS nell'affermare che "il permanere in ambito carcerario comporta per il malato di AIDS, il rischio di una riduzione del tempo di sopravvivenza, e per gli operatori rischi di contagio delle patologie ad alta trasmissibilità"[114].

L'opera di prevenzione è fondamentale come lotta a questa patologia ma si dovrebbe conoscere l'esatta dimensione del fenomeno, ma in base alla legge n.135 del 5.6.1990, nessuno può essere sottoposto al test in questione senza il suo consenso, "se non per necessità cliniche nel suo interesse". Il risultato è che la maggior parte della popolazione detenuta si rifiuta di sottoporsi allo screening infettivologico e solo la sua condizione personale (tossicodipendente, prostituta, omosessuale) può indurre, nel personale medico, il sospetto della presenza della malattia.

c. Infezione da bacillo di Koch (tubercolosi)

È ormai certa la ricomparsa di casi di tubercolosi nella popolazione detenuta[115]. La tubercolosi è una malattia infettiva, infiammatoria e cronica, in genere localizzata ai polmoni ma che può colpire qualsiasi organo (è comune, infatti, l'infezione dei reni che spesso si estende alla vescica e ai genitali). L'agente patogeno responsabile è il bacillo tubercolare che si trasmette per inalazione di aria inquinata da microgoccioline di secreti infetti, ma non è escluso che possa trasmettersi per contatto con urina infetta. La resistenza individuale alla tubercolosi dipende dallo stato di salute e dalle condizioni generali di vita: un cattivo stato fisico, un ambiente affollato ed insalubre, la malnutrizione ed altre condizioni sfavorevoli possono diminuire le difese corporee e favorire l'insorgenza della malattia.

Come per le altre patologie diffusive, il problema principale nel carcere è costituito dalla condizione di promiscuità e dalla mancanza di interventi organici in via preventiva attraverso la programmazione di esami radiologici e clinici. In teoria il malato dovrebbe rimanere in isolamento o comunque beneficiare di

---

[112] Lettera circolare n. 635071/2 del 9.4.1990 per oggetto: *"Protocollo diagnostico per AIDS e monitoraggio dei detenuti affetti da HIV"*.

[113] Decreto Interministeriale 8.6.1991 sulla prevenzione dell'AIDS in ambiente carcerario; Circolare n.3297/5747 del 13.12.1990

[114] Programma della prevenzione dell'AIDS in Decreto Interministeriale 8.6.1991 sulla prevenzione dell'AIDS in ambiente carcerario

[115] Andreano, *Tutela della salute, op. cit.*

una condizione ambientale migliore. Esiste anche in questo caso la difficoltà di attuare uno screeening infettivologico verso soggetti (ad es. extracomunitari) restii a sottoporsi ai relativi test.

3.6. L'area tossicologica

I tossicodipendenti rappresentano nel carcere una larga fetta della popolazione complessiva, nel rapporto di Antigone al 31 dicembre 1999 erano 15.097, il 29,26% sul totale della popolazione detenuta, cui si sommano i 2.392 tossicodipendenti in "affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari".

Negli istituti questa numerosa presenza comporta problematiche a vari livelli: gestionali, in quanto il soggetto è prevalentemente organizzato intorno all'opzione tossicomane; preventivi poiché portatore delle più svariate patologie di tipo infettivo che abbiamo appena analizzato: Aids, tubercolosi, epatiti[116], etc; inoltre il tossicodipendente è un soggetto che abbisogna non solo di cure organiche ma anche di supporti psicologici se non talvolta psichiatrici[117]. Nella quotidianità la tossicodipendenza richiede un'assistenza completa a partire da quella farmacologica (somministrazione di metadone) per arrivare ad una presa in carico in toto del soggetto, nella quale gli aspetti di tipo psicologico e sociale siano presenti in maniera determinante e qualificante.

È importante inoltre che il tossicodipendente non sconti la pena in carcere come un normale detenuto, che gli vengano concesse le misure alternative per realizzare la possibilità di un vero recupero in una comunità terapeutiche. Purtroppo, nonostante le buone intenzioni, il problema tossicodipendenza in carcere rischia di prolungarsi fintanto che non si attui una vera politica sanitaria che ottenga come primo risultato la scomparsa della droga negli stessi istituti.

Accanto alla tossicodipendenza va annoverata la categoria dei "farmacodipendenti", fortemente rappresentata. Gli antidolorifici, gli ansiolitici e gli antidepressivi accentuano questo problema con conseguenze incalcolabili in quanto sono capaci di agire a livello cerebrale e di modulare, così, la risposta comportamentale, specie se, come spesso succede, il detenuto, crea miscugli terrificanti con farmaci, stupefacenti e alcool. Inoltre si assiste all'abuso di farmaci impiegati diversamente dall'indicazione terapeutica (o in assenza, quando si tratta ad es. di agire non sulla malattia ma su di una modificazione dell'umore, dello stato del soggetto). I prodotti incriminati sono costituiti da: ipnotici (barbiturici),

[116] Per l'inquadramento della problematica si seguirà Andreano, *Tutela della salute, op. cit.*
[117] Le sostanze agiscono sul sistema centrale del soggetto, influendo profondamente non solo sui processi mentali ma anche su molti aspetti del comportamento: disturbi dell'adattamento, nevrosi, psicosi, sociopatie, quadri psicotossici e sindromi di deterioramento cronico della personalità.

tranquillanti (benzodiazepine), sedativi maggiori (neurolettici). I disturbi, simili a quelli correlati all'uso di stupefacenti, sono costituiti da:

- depressione, spesso di rilevante interesse clinico;
- disordini mentali;
- stati nutrizionali carenti;
- disturbi della sfera affettiva;
- difficoltà alla relazione interpersonale.

La soluzione alla farmacodipendenza è primaria nella battaglia contro le forme di dipendenza nel carcere. Difatti questi soggetti assumono spesso farmaci, in dosi e combinazioni tali da provocare una risposta chimica simile a quella prodotta da una sostanza stupefacente. In secondo luogo il problema farmacologico è legato alle varie sindromi di detenzione di cui abbiamo già discusso e alla mancanza di risposte adeguate ai bisogni effettivi dell'individuo. Il carcere dunque oltre ai malati mentali, alle devianze sessuali, sforna anche delle persone caratterialmente deboli e farmacodipendenti.

Il numero complessivo dei soggetti alcol-dipendenti, ovvero certificati come tali, è invece irrilevante, Antigone segnala 671 detenuti, pari all'1,3% del totale dei detenuti, cui vanno aggiunti i 124 che usufruiscono dell'affidamento in prova in casi particolari, come per i tossicodipendenti[118].

3.7. Intervista ad una infermiera[119]

Nei quartieri dove il sole del buon Dio non dà i suoi raggi (La città vecchia, Fabrizio De Andrè)

Rizzini presenta questo squarcio nel quartiere più buio della città dicendoci che: "Questo è il racconto di P.C. ex Infermiera libero professionista in un carcere del Italia settentrionale, che sperava di fare l'Infermiera tra gli uomini e con gli uomini in una realtà diversa da quella che la maggior parte dei suoi colleghi aveva scelto una volta finita la scuola".

P.C. che alla fine del suo racconto dice "*io stavo alle regole perché avevo bisogno di lavorare*" ma è lei la prima a non crederci quando afferma "*se il gruppo infermieristico fosse unito si potrebbe anche pensare con un po' di utopia di costruire e cambiare qualcosa*".

[118] Antigone, *Rapporto, op. cit.*
[119] In questo paragrafo viene riportata integralmente un'intervista ad una infermiera, a cura di Rizzini R., *Intervista*, in digilander.iol.it/aquilonelibero/carcere

Rizzini suggerisce di provare a leggere ciò che ha registrato e trascritto come se P.C. fosse lì davanti a voi.

L'autore sottolinea che ha cercato di fare pochissime correzioni, solo l'essenziale, per permettere una lettura scorrevole e il più possibile comprensibile e per il resto ha lasciato tutto come P.C. gli ha chiesto di fare perché "*altrimenti è inutile*".

Nell'intervista P.C. ha chiesto di non rivelare la sua identità perché "*è meglio così e perché non è detto che se io sono delusa della mia esperienza con la burocrazia, la gerarchia e il potere lo siano anche altri infermieri penitenziari…e poi non è detto che nelle carceri sia così come ho detto io. Mi auguro che altri colleghi abbiano più autonomia*".

"… comunque, se tu mi chiedi come l'infermiere in carcere si approccia al reinserimento e al recupero del carcerato, io ti dico chiaramente che non faccio nulla, che non ho la possibilità di fare nulla…come l'infermiere si pone nei confronti dell'emarginazione…io non ho nessun potere di gestione e di progettazione degli interventi perché il mio è un lavoro esclusivamente di esecutore;
io do la pastiglia, sempre do del lei e non ho nessun tipo di rapporto con chi è nella cella perché ho comunque sempre vicino a me l'agente penitenziario che mi controlla e ci controlla…e poi, comunque, il mio pormi non è sicuramente uguale a come si può porre un infermiere in una struttura sanitaria pubblica o privata perché per me che ero infermiera in carcere con un contratto da libero professionista era sempre conveniente farsi gli affari propri, senza esporsi troppo, perché comunque il contratto mi veniva rinnovato anno per anno e c'era sempre il rischio che non mi venisse rinnovato, con il rischio di rimanere a casa, come d'altronde succede per tutti quei lavoratori precari che per paura di essere licenziati spesso non hanno altra scelta che stare zitti e spesso subire molestie morali e l'abuso di potere…e tu capisci bene che quando si ha bisogno di lavorare è sempre meglio farsi gli affari propri; per un infermiere libero professionista è diverso che per un infermiere ministeriale che viene assunto con un concorso e poi c'è sempre e comunque il fatto che vai contro a mille, duemila, tremila persone quindi te ne stai nella tua piastrella e vivi li, non ti muovi; non sei protetto da nessuno, non c'è una capo sala…nella mia realtà era così: c'era un direttore sanitario medico che c'era e non c'era e quando esponevamo delle problematiche infermieristiche eri da solo e se su sette colleghi sei da solo stai nella tua piastrella, non ti muovi ed esegui.
Quando vai a lavorare in carcere sei una infermiera ma sei una infermiera che non fa quello che gli ha insegnato la scuola.
Quello che ti hanno insegnato non lo fai perché non lo puoi fare, non hai autonomia decisionale, sei un esecutore.
Ti trovi al di là delle sbarre dei tuoi coetanei a cui viene d'istinto dare del tu e sai che non lo puoi fare, devi sempre avere e dare rispetto e sottolineare quando loro non te lo danno perché poi se ne approfittano.
Questa è la realtà.
Ti dico che io non avevo né cartellino, né nome sulla divisa eppure loro sapevano il mio nome, il cognome, dove abitavo e cosa facevo, se ero sposata…quindi puoi capire che, se io gli permettevo anche di darmi del tu, come è capitato, quando davo il metadone diventava naturale chiedertene due ml in più, tre ml in più…quindi avere rispetto vuol dire che sanno che con te non possono fare determinate cose.

Adesso, dove lavoro, se la capo sala ti sente dare del tu non te la mena più di tanto; in carcere le guardie ti chiedono se lo conosci, come mai ti chiama per nome e tutte queste cose; in certe carceri italiane addirittura durante la somministrazione della terapia non devi guardare in faccia il detenuto e anche se nella realtà dove lavoravo io questo non succedeva, comunque non ti potevi rivolgere a loro con espressioni del tipo: "buongiorno, dormito bene questa notte?" ma solo con "buongiorno", "buonasera", "pastiglie" e "mi dia il bicchiere", sempre in maniera molto asettica.

In alcune case circondariali so che addirittura i carcerati non possono e non devono nemmeno guardarti in faccia ma stanno con gli occhi bassi perché è una loro regola di comportamento all'interno del carcere, perché comunque non ti devono riconoscere.

Non ti devono riconoscere fuori perché a me è capitato di incontrare ex detenuti a cui non ho fatto niente ma se gli avessi fatto qualcosa…e poi il problema grosso è che tu da sola devi somministrare la terapia a ottanta, cento persone e devi fare in fretta e comunque non avresti il tempo di fermarti…e poi con il metadone è un casino perché tu lo dai ma c'è chi lo nasconde, lo tiene in bocca, fa finta di prenderlo e lo sputa…una serie di cose a cui poi fai l'abitudine…ci fai l'occhio e l'orecchio e vai di corsa come un automa.

Le urgenze che ho visto quando lavoravo sono state un infarto, qualcuno che si è mangiato una lampadina per tentare il suicidio o chi si tagliava le vene ma lo faceva passandosi sopra il limone in modo che il sangue possa coagulare e quindi sanno benissimo che poi alla fine non vanno incontro ad un vero e proprio pericolo di vita…lo fanno per attirare l'attenzione ed essere spostati.

Poi ho visto gli scioperanti della fame che arrivano ad un livello tale che si collassano e quando succede viene avvisato l'agente penitenziario che a sua volta chiama in infermeria dove si avvisa il medico che va alla cella con l'infermiere e valuta se è il caso di trasportarlo in infermeria o no, e passano comunque sempre circa dieci minuti, se sei fortunato, anche perché non sempre il medico arriva con le scale ma deve anche prendere tre o quattro ascensori.

Dove lavoravo io eravamo undici.

Quattro infermieri e sette generici già in pensione.

Il rapporto era pessimo perché comunque anche se gli spiegavi le cose per fargli capire che la responsabilità di quello che facevano era comunque nostra, facevano apposta a fare il contrario e se ne sbattevano perché ti dicevano che loro, non tutte certo, non ne avevano per le palle di essere comandate da una ragazzina…loro erano tutte ex qualcosa in pensione e scherzi, "che una bambina", così mi chiamavano, "che ha finito la scuola da poco e che può essere mia figlia mi viene a dire cosa devo fare".

Quando gli dicevi "guarda che non puoi scaricare il gardenale perché la legge non te lo permette e soprattutto non lo puoi dare di tua iniziativa" si mettevano a ridere o magari si incazzavano insultandoti e non sempre se tu gli davi la compressa da distribuire lo facevano o comunque, se lo facevano, lo facevano male dicendoti "ho dato la compressa" e magari poi la buttavano.

Pensa che quando gli è stato detto che, compatibilmente con i turni, non potevano toccare gli stupefacenti ed avere la chiave della cassaforte ci è mancato poco che una infermiera venisse picchiata.

Tutto questo era ancora più difficile da gestire mancando la figura della capo sala…noi dipendevamo da un medico che era il direttore sanitario e tra noi infermieri si tentava di avere una linea comune di lavoro, anche perché tutti parlavano professionalmente la stessa lingua, ma poi, essendo pochi, quel poco che si riusciva a costruire veniva immancabilmente distrutto dalle generiche anche perché gli

infermieri erano pochi e non potevano garantire la presenza per ogni turno di conseguenza la pianificazione dell'assistenza infermieristica non esisteva perché eravamo troppo diversi noi e loro.

Pensa che quando io sono arrivata in carcere il passaggio delle consegne non esisteva mica, era già tanto avere un saluto perché loro erano abituate a lavorare tra di loro, e quando siamo arrivati noi infermieri ci hanno visto come dei nemici da combattere…come quelli che hanno studiato e vogliono fare i maestri, "noi non abbiamo mica studiato ma ce la siamo sempre cavata, quello che conta è l'esperienza, cara mia".

Eravamo troppo diversi per pensare ad una pianificazione dell'assistenza, sempre che in carcere si possa pianificare qualche cosa come in una corsi d'ospedale o come ci hanno insegnato a scuola; ci siamo noi e ci sono loro: le generiche, gli agenti penitenziari, i medici e spesso i detenuti che, bisogna dirlo, per la maggior parte non gliene frega nulla di essere recuperata, neanche quando stanno male; e poi il problema è che se il gruppo infermieristico fosse unito si potrebbe pensare anche con un po' di utopia di costruire qualcosa, ma da solo assolutamente no…perché comunque qualsiasi proposta deve passare attraverso mille teste che devono capire e approvare; devi proporre al direttore sanitario, fartela approvare, poi passa alla approvazione della direzione del carcere…per carità, tutte cose giuste, però…sempre hai a che fare con persone che di infermieristica non hanno niente a che vedere…persone esterne che mettono sempre davanti a tutto la sicurezza…ripeto, è giusto per carità, però…ad esempio quando sono arrivata io non esistevano i registri dello scarico degli stupefacenti e nemmeno del passaggio delle consegne, o meglio, c'erano ed erano una cosa obbrobriosa: non firmati e non controllati, quindi mi sono dovuta mettere quasi a pregare per fare capire che si rischiava grosso.

Tutte le volte dovevo dire "guardi dottore che non si può fare così perché per legge se succede qualcosa"…mesi e mesi per fare capire che le cose andavano cambiate.

Io posso spiegare come si deve fare ma se manca la cultura…se lui vuole ascoltarmi e ha cervello, mi dice "ok, va bene", altrimenti…

Penso che il carcerato malato viene si considerato come un malato ricoverato in una struttura pubblica, cioè una persona che ha un bisogno che va soddisfatto e risolto in quel momento, però è comunque sempre un detenuto.

Se io al malato normale do una compressa di Plasil non ho nessun problema, ma io so che se invece do una compressa di Plasil ad un detenuto, con quella compressa ci può fare di tutto.

I detenuti sniffano l'Aulin, di conseguenza se in ospedale dico "ma si, la prenda dopo oppure la prenda quando mangia" non posso fare la stessa cosa con un detenuto perché usano qualunque cosa per farsi del male o per essere trasferito o al centro dell'attenzione.

E' sempre un detenuto e ci sono detenuti che sono persone ragionevoli ma c'è gente come gli albanesi o i marocchini che non hanno la nostra mentalità o hanno esigenze e una cultura diversa…come gli altri detenuti italiani…come noi.

Mi chiedi come l'infermiere penitenziario si pone nei confronti dell'emarginazione sociale e morale di chi è in carcere?

Non ha nessuna possibilità di autonomia perché a livello di contatti è deludente, a livello di interventi zero…nel senso che io vedo l'emarginazione del tunisino ma non ci posso fare niente perché io, come infermiere, non ho nessuna possibilità di pianificare insieme, che ne so, all'infermiere del SERT o all'educatore…viene fatto tutto dal direttore sanitario che ha contatti con il medico.

E' il medico che discute con il direttore sanitario e questi, a sua volta, con il direttore del carcere.
L'infermiere in definitiva…vuoi che te lo dica chiaramente? Non interviene e no ha nessun ruolo se non quello di esecutore materiale e basta.
Se lavorando in ospedale io so che per la vecchietta è stata fatta la domanda per la casa di riposo una volta dimessa, in carcere, come infermiere, non so nulla e forse non sono tenuto a sapere nulla…è così…io eseguo gli ordini del medico senza nessuna possibilità di collaborazione e poca gestione del mio lavoro…"obbedir tacendo" come mi disse un giorno un agente penitenziario…io non ho nemmeno la possibilità di valutare se chi è in cella ha un problema grave o no.
Noi dipendiamo dal medico ed è il medico che conosce i suoi problemi e il detenuto non li viene a dire certo all'infermiere e, anche se dovesse farlo, noi non possiamo fermarci a parlare con lui come faremmo in ospedale perché comunque abbiamo sempre vicino l'agente penitenziario a cui dobbiamo sempre, anche in maniera inconscia, rendere conto.
Triste? Non lo so, io stavo alle regole del sistema perché avevo bisogno di lavorare e quando ho trovato di meglio, in ospedale, più sicuro economicamente e legalmente, me ne sono andata…cosa dovevo fare?"

4. MALATTIE SIMULATE E ATTI DI AUTOLESIONISMO

4.1. Simulazione e disturbi fittizi

La concessione di alcuni benefici, legati all'esecuzione effettiva della pena, è strettamente dipendente dalle condizioni di salute tanto che il detenuto, a volte, accentua o infine può inventare una malattia per ottenerli.

La simulazione è l'intenzione cosciente di ingannare, infatti il DSM-IV esplicita che "La caratteristica fondamentale della simulazione è la produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni come evitare il lavoro o un procedimento penale, oppure ottenere farmaci. In alcune circostanze, la simulazione può rappresentare un comportamento adattivo - per es. simulare una malattia quando si è prigionieri del nemico in tempo di guerra".

Così le patologie assumono gli aspetti più diversi: dall'esagerazione di un sintomo o dall'insincera accentuazione fino all'autoaggravamento o addirittura all'autolesione volontaria. La simulazione delle manifestazioni cliniche più svariate può realizzarsi accusando una sintomatologia inesistente. Ne sono state distinte tre sottospecie a seconda che si tratti di una malattia[120]:

- che il simulatore non ha in questo momento, né ha mai avuta;
- che il simulatore ha avuto nel passato, ma che attualmente è scomparsa (viene definita simulazione revocatrice);
- che il simulatore presenta al momento della visita, ma in forma assai attenuata, essendo scomparse le manifestazioni che il soggetto tenta di far apparire tuttora in atto (simulazione fissatrice).

La discriminazione fra malattia reale e simulata in una patologia organica si basa su accertamenti clinici e diagnostici "certi", questo è più difficile nella malattia psichica in quanto l'obiettività dei disturbi, per lo più comportamentali (confusione, disorientamento, alterazioni deliranti del pensiero, depressione dell'umore, autismo, alterazioni a carico degli istinti fondamentali), non è così clinicamente e facilmente distinguibile da una simulazione dei sintomi stessi. Molti autori concordano sulla possibilità di un inizio cosciente e non coerente della sintomatologia psicotica e di un decorso che assume poco per volta una sua progressiva autonomia e stabilità, soprattutto nei deboli di mente, in cui la carenza di critica favorisce l'autosuggestione e l'autoconvincimento di essere veramente malati. Kaplan e altri autori sostengono che l'eziologia possa essere associata ad un disturbo antisociale di personalità.

In pratica il detenuto mette in atto la "pantomima clinica" di una malattia, decidendo coscientemente di imitarne i sintomi patologici e di proseguirla nel tempo, con uno sforzo continuo, fino al conseguimento

dello scopo. Il tipo e la qualità della simulazione sono determinati da una serie di "abilità personali" del soggetto: dal livello intellettuale, dal suo grado di autosuggestionabilità, dalla possibilità di mettere in atto meccanismi psicofisici riflessi e di controllarli con la volontà. La simulazione diventa quindi una rappresentazione scenica che rispecchia, in modo grossolano, il concetto profano della follia[121]. Tale rappresentazione è teatralmente presentata con la pseudodemenza, cioè viene mostrato un grave decadimento psicofisico, ma però, nella pratica i detenuti rispondono in modo costantemente assurdo anche alle domande più semplici, e quindi clinicamente non patognomoniche, dimostrando un sorprendente deficit cognitivo non congruente al quadro clinico che volevano confermare.

Fornari ritiene che la reclusione da sola non produca un quadro psichico ma possa essere un fattore patoplastico, precipitante o slatetizzante una pregressa condizione di precario equilibrio mentale, e che possa innescare reazioni abnormi o aggravare l'esistenza di quadri psicotici preesistenti[122]. L'analisi psicopatologica è l'unica determinante per distinguere i malati da coloro che non lo sono, al fine di garantire ai primi il diritto alla cura e ai secondi il diritto all'ascolto del bisogno e alla prevenzione affinché la simulazione non si trasformi in un disturbo psichico conclamato. Per quanto riguarda i metodi diagnostici per smascherare la simulazione Fornari ritiene possibile individuare il simulatore, almeno nel periodo iniziale.

Per l'autore il simulatore può essere individuato in quanto manifesta:

- imitazione di sintomi singoli, isolati, non legati da una correlazione patologica;
- esibizione ed elencazione dei disturbi, mentre il malato mentale tende a negare lo stato di malattia;
- minor coerenza e costanza rispetto al malato di mente;
- denuncia di stati crepuscolari di coscienza (dal semplice ottundimento allo stupore) e quadri pseudodemenziali (perdita completa o quasi di tutte le nozioni);
- descrizione precisa e "scientificamente corretta" di deliri e allucinazioni;
- presenza di disturbi psicosomatici, con amplificazione del valore di malattia;
- refrattarietà ai trattamenti psicofarmacologici psicoterapeutici, ampiamente intesi;
- presenza di componente isterica, sia nel comportamento che nell'elenco dei disturbi;
- emissione di comportamenti puerili, ingenuità, drammatizzazione, variazioni dell'umore di tipo infantile, disegno di pupazzi, ricerca della madre;
- malattie e guarigioni rapide e prodigiose, correlate all'andamento del procedimento penale.

---

[120] In Pratelli D., *Incompatibilità, op. cit.*
[121] Bartolin, *La questione psichiatrica all'interno degli istituti di pena. L'esperienza del carcere di Sollicciano*, in: www.unifi.it/altrodir/sanita/bartolin/par
[122] Fornari U., *La simulazione di malattia mentale*, in *Compendio di psichiatria forense*, n. 6, 1986, p. 21

Di difficile interpretazione è la possibile situazione di un detenuto che presenta (o dichiara di avere) dei disturbi fittizi. In questo caso i sintomi vengono simulati deliberatamente e coscientemente dal soggetto, si tratta di segni fisici o psichici allo scopo di assumere il ruolo di malato, in assenza di incentivi esterni come nella simulazione. È presente pseudologia fantastica cioè raccontano bugie esagerate e sintomatologie fantastiche.

Il disturbo fittizio quando presenta, in modo predominante, sintomi fisici è noto anche come sindrome di Munchausen per i reiterati tentativi di entrare o rimanere in ospedale. I sintomi lamentati sono nausea, vomito, dolore, crisi comiziali, eritemi diffusi, ascessi, febbri inspiegabili. Il soggetto può intenzionalmente mettere sangue nelle feci o nelle urine, aumentare artificialmente la temperatura corporea, assumere insulina per abbassare la glicemia, indursi ematuria con assunzione di anticoagulanti.

Altre volte il soggetto può produrre intenzionalmente, in modo predominante, sintomi psichici quali allucinazioni, deliri, depressione, comportamento bizzarro. I pazienti si giustificano spesso sostenendo di essere stati sottoposti a fattori stressogeni. Come fattori psicodinamici riconosciuti si segnala la repressione, l'identificazione con l'aggressore, la regressione, la simbolizzazione.

Solamente il bisogno psicologico di mantenere il ruolo di malato è quanto distingue il disturbo fittizio dal disturbo di simulazione e nella pratica clinica è difficile distinguerli. Da sottolineare che nel disturbo fittizio i sintomi non sono causati da fattori inconsci o simbolici, ma il decorso è cronico in quanto anche, per definizione, una diagnosi di disturbo fittizio comporta sempre la presenza di una psicopatologia[123].

Altra questione di difficile interpretazione riguarda le situazioni, che spesso si riscontrano in ambiente carcerario, dove sono presenti disturbi di tipo psicosomatico. In questi casi si instaura un processo di "somatizzazione", con manifestazioni diverse per gravità: dalle vaghe e poco definite sensazioni di malessere per arrivare alle vere e proprie patologie organiche tipo l'asma bronchiale, gastriti, duodeniti, ecc. In concomitanza i soggetti manifestano anche psichicamente il loro disagio ed è di difficile interpretazione in quanto oscillano dalle "variabili d'ansia" all'angoscia, fino alle "equivalenze di depressione". In questo caso la sintomatologia ha una componente simbolica o inconscia e i sintomi non sono prodotti volontariamente ed intenzionalmente. Sono solamente i fattori psicologici ad influenzare negativamente la condizione medica.

Il malessere di tipo somatico, a livello emotivo ed affettivo, è generalmente vissuto con uno stato di ansia intenso, tale da determinare lo sviluppo di preoccupazioni di tipo ipocondriaco (timore di essere affetti da gravi malattie somatiche anche in assenza di evidenze di tipo obiettivo). In questi casi, assai frequenti, i detenuti chiedono continuamente sempre nuovi esami diagnostici e visite mediche, nella "speranza" di avere dei riscontri oggettivi ai loro sintomi, per "ricavarne" se è possibile anche qualche privilegio[124]. Questo ultimo punto differenzia il disturbo fittizio dal somatoforme in quanto nel primo non è presente la *belle indiffèrence*[125] e l'ipocondriaco non desidera essere sottoposto ad interventi chirurgici.

---

[123] Per la disamina delle problematiche psichiatriche ci si è basati su *DSM-IV, Manuale diagnostico statistico di disturbi mentali*, Masson, 1996

[124] Pratelli D., *Incompatibilità, op. cit.*

[125] La *belle indiffèrence* esprime una mancanza di preoccupazione per la malattia da parte del paziente

4.2. Atti di autolesionismo

Gonin[126] descrive il martirio del corpo incarcerato: parla degli ingoiatori, che usano il proprio intestino come ripostiglio; la vocazione diffusa per la bocca edentata, a seguito di una domanda ossessiva per l'estrazione dei denti invece che per la loro cura; le proiezioni selvagge sulla pelle, dai rossori agli eczemi fino alle martorizzazioni volontarie (labbra e palpebre cucite con lo spago, tatuaggi deturpanti); autoamputazioni delle dita, delle orecchie e altro ancora; rischio suicidario e di contagio a malattie infettive. Un percorso sul/nel corpo recluso.

La ricerca di Gonin ha messo in evidenza che i comportamenti autoaggressivi sono rari al momento dell'incarcerazione (1,7%); dai sette giorni ai quattro mesi raggiungono il 9%; dopo i quattro mesi la tendenza volge alla rassegnazione, la percentuale si stabilizza sul 4,5% dopo circa sei mesi; si mantiene intorno al 3,5% per tutto il periodo della detenzione. Si evidenzia inoltre che alcuni detenuti moltiplicano i gesti autoaggressivi lungo tutto il periodo della detenzione, alternando automutilazioni, scioperi della fame, ingestioni di corpi estranei.

Anche in Italia è segnalato che l'ingresso in carcere[127], specie in persone giovani, tossicodipendenti, malati mentali, extracomunitari, soprattutto se per la prima volta, può arrecare traumi tali da determinare pratiche autolesionistiche o suicide. È necessario dunque accertare eventuali stati di fragilità fisica o psichica o qualsiasi indizio o inclinazione della persona suscettibile di sfociare in atti di auto o di etero aggressione[128].

Secondo alcuni studiosi la condotta autolesiva del soggetto recluso può avere tre origini soggettive diverse, così da potersi distinguere, tra:

- autolesionismo con causa psichica: come sintomo di psicosi o nevrosi carceraria;
- autolesionismo con causa emotiva: come atto istintivo di protesta nei confronti dell'operatore dell'amministrazione penitenziaria e/o dell'autorità giudiziaria;
- autolesionismo con causa razionale, come atto deliberato diretto ad ottenere strumentalmente un beneficio[129] giudiziario-penitenziario.

Distinguerne le cause è di estrema importanza perché gli effetti giuridici delle condotte autolesive sono in relazione alle cause soggettive motivazionali che giustificano una pluralità articolata di reazioni da parte delle autorità penitenziarie e giudiziarie[130].

---

[126] Gonin D., *Il corpo incarcerato*, *op. cit.*

[127] È però estremamente importante sottolineare che l'autolesionismo fisico e l'autoesclusione psichica perdurano, paradossalmente, anche in regime di carcere attenuato.

[128] La preoccupazione è così espressa dallo stesso Ministero: "è assolutamente necessario che tutte le risorse e le disponibilità dell'Amministrazione penitenziaria, ed in particolare tutta l'attenzione e l'impegno del suo personale siano mobilitati per combattere questi fenomeni assolutamente non accettabili, e cioè per prevenire ed impedire gesti auto od etero aggressivi delle persone ristrette negli istituti di pena, tutelandone nel modo migliore e più ampio la vita e l'incolumità fisica e psichica".

[129] Di solito sono per ottenere un permesso, per l'avvicinamento alla famiglia, per il trasferimento in un altro carcere, per parlare con il magistrato o per un posto di lavoro all'interno dell'istituto.

Vi sono stati psicologici alla base del gesto autolesivo: uno dei più frequenti è la crisi ansioso-depressiva, che può manifestarsi con lo sciopero della fame, le lesioni da taglio multiple sugli avambracci o sull'addome o sul torace compiuti da detenuti di nazionalità italiana. Mentre, per i detenuti extracomunitari, specie se di religione mussulmana, l'atto di procurarsi enormi tagli con forti emorragie assume un valore purificatorio, quasi di catarsi[131].

Generalmente nei soggetti che ricorrono a questi mezzi "ricattatori", in assenza di un evidente quadro psicopatologico, si riscontra un atteggiamento di tipo rivendicativo, cioè risultano ipervalutati i "torti" subiti ma trascurate le responsabilità personali. Talora, inoltre, si notano anche personalità rigide, diffidenti, scarsamente adattabili, che possono porre in atto tali gesti con determinazione, spesso ripetendoli più volte, arrivano al punto di sottoporsi ad interventi chirurgici, se le loro rivendicazioni non sono accolte. Infine si può ricordare come in soggetti facilmente influenzabili la situazione ambientale particolare determini comportamenti imitativi, anche autolesivi, ritenuti necessari allo scopo di essere meglio accettati dal gruppo.

Nella realtà della popolazione detenuta, secondo i dati per il 1998 riportati dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dall'Associazione dei Medici penitenziari, i casi di autolesionismo sono stati ben 6.342.

Detenuti intervistati ritengono il "disagio psicologico" non meglio identificato una delle cause più importanti, delle volte è un modo per poter "parlare con il Direttore", altre volte gli stessi soggetti non riescono a spiegarlo: "E' un modo di agire spesso provocato da rabbia, esasperazione, rabbia repressa, dall'impotenza di fronte ai mille no…"[132]. In Gonin si legge " i conflitti, le frustrazioni, le angosce, non potendo più essere sopportate psichicamente, sono trasformate, digerite, anche se parzialmente, nel momento in cui sono accolte sul corpo. Il solo spazio ricettacolo di cui disporrebbe il soggetto per gestire le sue pulsioni sarebbe il corpo"[133].

"Quel pomeriggio egli aveva inciso nella carne la semplice richiesta di un trasferimento. Ci vollero diciassette punti di sutura per ricucire il "sollecito" di una traduzione tardiva", in quanto "quelli solo così li smuovi, solo così". Ovvero "di come l'istituzione manipola, mutila e distrugge l'identità per possedere il corpo del recluso e come il corpo del recluso si automutila per affermare la propria identità". Quindi una forma di reazione alla depersonalizzazione dell'istituzione, "il corpo che si mette in gioco per affermare un certo grado di libertà, […] di libertà paradossale[…] una automutilazione liberatoria […] contro questa società e le sue istituzioni totali, l'automutilatore si libera, vomitandole i suoi pezzi sulla faccia".

La mano del prigioniero che compie la "danza dell'ago" non compie un gesto autoerotico, è "la scelta di un linguaggio analogico per superare il brusio indistinto delle parole" e urlare la propria presenza "nel gioco brutale della reclusione". È la mano che mostra come "il corpo segregato è già cucito, ma l'ago che lo punge e il filo che lo insacca sono resi invisibili. Quel giorno la sua mano ruppe il silenzio", "prese ago e filo e si cucì i genitali e la bocca. Con questo gesto fece vedere ciò che l'istituzione abilmente

---

[130] Per questa distinzione ed interpretazione del fenomeno si è seguito Pratelli D., *Incompatibilità, op. cit.*
[131] Secondo dati del carcere di Sollicciano, in Pratelli D., *ibidem*
[132] Ristretti, *Intervista*, maggio 2000
[133] In Gonin D., *Il corpo incarcerato, op. cit.*

occulta: il corpo recluso non ha alcuna possibilità comunicativa; la relazione sessuale gli è preclusa; il linguaggio verbale è ridotto a brusio solitario”[134].
Una comunicazione viziata, “ristretta” o forse troppo urlata per essere ascoltata davvero.

Per tentare di contenere questo “problema” l'amministrazione penitenziaria ha emanato varie circolari raccomandando a tutto il personale il massimo impegno per prevenire il verificarsi di suicidi e di atti di autolesionismo da parte dei detenuti, sia rimuovendone, per quanto possibile, le cause, sia impedendone l'esecuzione. Infatti viene riconosciuto allo Stato il potere di intervenire coattivamente “quando l'atto autolesivo sia posto in essere secondo modalità tali da far sussistere un concomitante e prevalente interesse della collettività”. Questo può avvenire in tre casi:

1. quando l'atto sia talmente grave da porre in pericolo la vita dello stesso attore;
2. quando l'atto sia il sintomo di una malattia mentale che limiti o escluda la capacità di autodeterminarsi;
3. quando all'atto seguano conseguenze sulla diffusione ed il contagio di patologie incidenti sulla pubblica incolumità, di cui l'autore sia portatore.

In altri casi la reazione giuridica è di tipo negativo, nel senso che lo Stato interviene semplicemente non concedendo quel beneficio che l'autore voleva raggiungere ponendo in essere strumentalmente un’autolesione[135].
Il ripetersi di episodi di autolesionismo, può incoraggiare le direzioni ad adottare regimi di stretta sorveglianza e a trasformare un istituto in una grande sezione speciale. La trasformazione sarebbe dettata da circostanze che si sono realmente verificate: evitare l’epidemia degli atti autolesionistici; diminuire i carichi di lavoro del personale di custodia attraverso la limitazione dei movimenti consentiti ai detenuti. L’autolesionista che non abbia successo pieno nel suo tentativo, può essere rimosso dall’istituto ordinario e affidato ad un istituto speciale.
Come si evince drammaticamente la comunicazione, anche estrema, fra detenuto ed istituzione non sembra cosa possibile!

4.3. Ingestione di corpi estranei

Un mezzo significativo a cui spesso fa ricorso il detenuto per richiamare l'attenzione sulle sue vicende è l’ingestione di corpi estranei.

[134] Per questa interpretazione della problematica si è seguito Curcio R., Petrelli S., Valentino N., *Nel bosco di Bistorto, op. cit.*
[135] Per questa interpretazione si è seguito Pratelli D., *Incompatibilità, op. cit.*

Grazie all'ausilio delle radiografie[136], fra gli oggetti più frequentemente ingoiati, si trovano: tagliaunghie, chiodi, chiavi, viti, spilli, spazzolini da denti, manici di cucchiai, forchette, piccoli coltelli, catenine con crocifissi o medaglie, lamette, pile, lampadine, molle delle reti del letto, pezzi di vetro, pezzi di metallo in genere, cioè tutto quel materiale che è possibile recuperare in cella. Le lame di rasoio nello stomaco sono fra le cose che fanno più impressione. La tecnica per non tagliarsi consiste nel rompere a metà la lametta nel senso della lunghezza, sovrapporre le parti e farle scivolare sul fondo della lingua. Dalle radiografie non si evidenziano particolari lesioni e l'espulsione anale avviene, di solito, senza dolore e a volte senza che il detenuto se ne accorga[137]. Al fine di favorire l'espulsione naturale dell'oggetto ingerito, gli "ingoiatori" sono sottoposti ad una dieta a base di cibi solidi (mollica di pane, patate, mele, verdure, crusca). La progressione dei corpi estranei nel tubo digerente è favorita dai farinacei che avvolgendo il corpo estraneo, ne riducono anche la pericolosità per la parete gastro-intestinale e gli impediscono di restare impigliato nelle pliche della mucosa.

Ma che "risultato" ottiene l'ingoiatore? Si potrebbe pensare ad un ricovero in un centro clinico dell'amministrazione penitenziaria o in un ospedale civile se si tratta di un intervento urgente d'emergenza. E quindi, anche se in modo traumatico, il detenuto, anche solo temporaneamente, "evade" dalla propria cella[138]. Per Gonin non è così. Per l'autore i detenuti non sollecitano il ricovero in ospedale e il numero dei casi non è diminuito nonostante il mantenimento in stato di detenzione. Rappresenta certamente un gesto di aggressione nei confronti di sé stessi ma nello stesso tempo "è altrettanto probabile che questo stesso gesto possa, talvolta, essere finalizzato a segnalare l'esistenza trascurata, lo sconforto o l'abbandono di un detenuto. […] ma resta una zona oscura. Che il detenuto voglia dimostrare di essere posseduto anche nel suo spazio interno…il recluso non sarebbe più che un tubo digerente senza alcun rapporto con il vivente […] scivola in un nulla d'esistenza, come pietrificato dal minerale o dal metallo che contiene. Egli è diventato la pietra, il ferro, il vetro, la plastica del suo stesso contenitore. Egli è ormai il muro della sua stessa prigione"[139].

E in modo paradossale ma non per questo meno atroce sembra ci ricolleghiamo all'interiorizzazione della norma come avviene nel carcere piranesiano, all'ingoiare la norma stessa simbolicamente rappresentata da oggetti diversi. Dal punto di vista psicologico può essere assimilato al concetto di resistenza alla pena, kafkianamente intesa[140], come scrittura della norma infranta sulla pelle del detenuto. Un qualcosa che ti penetra dentro: tu diventi la Legge, dentro e fuori ma, in fondo, te la digerisci anche in un processo dinamico di trasformazione.

---

[136] Intervista direttore sanitario istituto di Solicciano
[137] In Gonin D., *Il corpo incarcerato, op. cit.*, pp. 106-108
[138] In Pratelli D., *Incompatibilità, op. cit.*
[139] Gonin D., *Il corpo incarcerato, op. cit.*

4.4. Sciopero della fame

Anche lo sciopero della fame rientra tra i vari gesti autolesivi che i detenuti possono compiere. A volte può trasformarsi in un ricatto la cui la posta in gioco è la perdita della vita intesa come prezzo da pagare contro il rifiuto dell'istituzione a rispondere ad una richiesta.

Si definisce sciopero della fame il rifiuto volontario e totale dell'assunzione di cibo (in genere con l'esclusione del rifiuto dell'acqua), senza giustificato motivo medico, che duri da più di tre giorni. Dopo di che l'amministrazione penitenziaria provvede a trasferire il detenuto in una cella singola per monitorare le condizioni psico-fisiche, cioè dovrà essere visitato due volte al giorno con particolare attenzione al peso. Questa precauzione è resa necessaria per verificare se si tratta di un vero e proprio sciopero della fame oppure di una simulazione dello stesso. Se il digiuno prosegue per lungo tempo sussiste la possibilità di conseguenti lesioni neurologiche.

Il soggetto può rifiutare, oltre gli alimenti, anche ogni intervento del medico penitenziario, sia a scopo diagnostico che a scopo terapeutico. Di conseguenza si pone il problema della legittimità o meno del trattamento coattivo da parte dei sanitari[141], il ricorso al quale può essere visto come necessario per il rischio di morte del digiunatore. Nel caso di sciopero della fame di persona detenuta si deve sottolineare l'obbligo giuridico dell'Amministrazione penitenziaria di tutelare la vita e l'integrità psico-fisica degli individui in custodia. In tale senso, non esistendo validi strumenti legislativi, l'amministrazione penitenziaria si avvale di quelle stesse norme applicabili per il trattamento dei cittadini liberi e, quindi, il cittadino detenuto, in quanto tale, ha il diritto di autodeterminarsi. Stando a queste norme, l'amministrazione può effettuare un t.s.o. solo quando "esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici". Spetta al dirigente medico dell'istituto decidere qual è il momento in cui le condizioni psichiche del soggetto sono tali da fargli venire meno la coscienza della realtà. Il medico penitenziario per procedere ad un t.s.o. deve avere l'emissione del provvedimento dal Sindaco, ed è importante sottolineare che spetta ai servizi sanitari e alle strutture ospedaliere pubbliche l'accertamento per l'esecuzione di un t.s.o., non ai servizi penitenziari.

Quanto segue è la risposta del D.A.P., in data del 6.9.96, ad un direttore sanitario di un istituto penitenziario, che doveva decidere sull'esecuzione o meno del t.s.o.: " Nel caso del cosiddetto sciopero della fame del detenuto, oltre a porre in essere le forme trattamentali più idonee per far recedere il detenuto da tale comportamento di nocumento su se stesso, si ritiene che l'alimentazione forzata debba essere attuata dal momento in cui il detenuto sia pervenuto a condizioni tali da trovarsi in stato di alterazione della propria volontà a causa di anormalità psichica e, ciò nonostante, prosegua nel rifiuto dell'alimentazione. Il sanitario, pertanto, ha il compito di seguire lo svolgimento cronologico dello stato

---

[140] Kafka, *La colonia penale, in Tutti i racconti.*

[141] In applicazione alla legge n. 833 del 23/12/1978 che prevede il trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.), disciplinato dagli articoli 33, 34 e 35.

morboso del detenuto scioperante e di adottare con tempestività i necessari interventi terapeutici per tentare di prevenire il ricorso alle situazioni di estrema urgenza, come nel caso del trattamento sanitario obbligatorio. Così, oltre che per il personale sanitario, anche per quello direttivo degli istituti penitenziari vi è l'obbligo di garantire al ristretto l'incolumità personale e la sua salute, in considerazione anche del fatto che la scelta di lasciarsi morire in carcere per fame è libera fondamentalmente soltanto in apparenza, essendo il comportamento del detenuto scioperante influenzato dallo stato detentivo, che può portare a distorcere a livello essenziale la percezione della realtà. Fra gli interventi che gli operatori e i sanitari sono tenuti a porre in essere per prevenire la morte o i danni da denutrizione del recluso che volontariamente rifiuta di nutrirsi vi è anche quello del ricorso al trattamento sanitario obbligatorio, secondo le procedure e le modalità indicate dal legislatore con la normativa di cui alla legge n.833/78, istitutiva del servizio sanitario nazionale"[142].

[142] Per l'impostazione di questo paragrafo si è seguito Pratelli D.,*Incompatibilità, op. cit.*

5. PROBLEMATICHE DI SALUTE PSICHICA

5.1. Problematiche psichiche

Nei detenuti sono stati riscontrati dei disturbi psicologici durante la detenzione, specie nella fase iniziale. È possibile suddividere i disturbi mentali in due grandi categorie[143]:

a. disturbi da cause organiche

In questa tipologia di disturbi è riconoscibile un'alterazione anatomica come esito di cerebropatia asfittica neonatale, da trauma, per problematiche vascolari (arteriosclerosi cerebrale, ecc.), tossiche (etilismo cronico, ecc.), infettive (encefaliti e loro postumi). Queste alterazioni organiche determinano disabilità diverse a seconda della causa, della zona colpita, della gravità dell'evento, sono in genere associati a disturbi della percezione, del pensiero, dell'area affettivo-emozionale e del comportamento di varia gravità e genere.

b. disturbi da cause non organiche

In questi disturbi non è stata identificata una causa riferibile ad alterazione anatomica.

La multiformità dei disturbi psicologici e delle malattie psichiatriche e la possibilità di forme di passaggio fra l'una e l'altra rendono difficile una classificazione. In linea generalissima, si può affermare che tali disturbi possono essere ricondotti alle seguenti categorie[144]:

- **Schizofrenia e altri disturbi psicotici**. I disturbi che vengono fatti rientrare in questa categoria sono tutti caratterizzati dalla presenza di sintomi psicotici con presenza di deliri e/o allucinazioni importanti non accompagnate da uno stato di consapevolezza del soggetto sulla loro natura patologica.

- **Disturbi dell'umore**, che possono assumere diversi gradi d'intensità. Citiamo la depressione, dove il soggetto presenta una grave mancanza di interessi per tutte le attività della vita quotidiana, alterazione del ritmo sonno-veglia, affaticamento fisico non giustificato, significativa perdita di peso senza essere a dieta oppure diminuzione dell'appetito. Queste caratteristiche proprie della manifestazione depressiva vengono amplificate dal regime di detenzione, sia per l'intrinseca gravità dell'elevato rischio suicidario associato, sia per la difficoltà di poter proseguire alcuni trattamenti farmacologici.

[143] Pratelli D.,*Incompatibilità*, *op. cit.*
[144] Per la seguente classificazione si è seguito l'impostazione del DSM-IV , *op. cit.*

- **Disturbi d'ansia**, come ad esempio l'attacco di panico con palpitazioni, tremori, sensazione di soffocamento, sensazione di asfissia, brividi, ecc. Oppure sindromi come la claustrofobia (pensiamo per un soggetto affetto da grave claustrofobia come possa essere stare rinchiuso in una cella) o l'agorafobia. Riportiamo anche il disturbo da ansia sociale, il disturbo acuto da stress e il disturbo post-traumatico da stress a seguito carcerazione o prima carcerazione.

- **Disturbi sessuali e dell'identità di genere**. In questa categoria rientrano le parafilie che sono state individuate come le più frequenti presenti nei soggetti che commettono alcuni tipi di reato, in quanto comprendono l'esibizionismo, la pedofilia, varie perversioni e violenze sessuali in genere.

- **Disturbi dell'alimentazione**, ad esempio l'anoressia nervosa (frequente in ambito carcerario), o la bulimia nervosa.

- **Disturbi del sonno**, che si possono presentare come difficoltà ad iniziare o mantenere il sonno, oppure come ipersonnia, cioè un'eccessiva sonnolenza, oppure come sonno in cui però non si riposa. Il sonno può essere abitato incubi, con risvegli frequenti e vissuti terrifici.

- **Disturbi del controllo degli impulsi**, che possono essere anche causa di reati, ad esempio la cleptomania, cioè l'incapacità di resistere agli impulsi di rubare oggetti di cui non c'è bisogno per l'uso personale o per il valore economico; non resistere alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sé e per gli altri; la piromania, appiccamento di incendi deliberato e intenzionale in più di un'occasione; il gioco d'azzardo patologico.

- **Disturbi dell'adattamento**, la cui caratteristica fondamentale è lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali significativi in risposta ad uno o più fattori psicosociali stressanti, quale ad esempio potrebbe essere la vita all'interno del carcere.

- **Disturbi della personalità**. Si intendono quei modelli di esperienza interiore e di comportamento che deviano marcatamente rispetto le aspettative della cultura del soggetto, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, e determina disagio o menomazione. Gli innumerevoli casi di disturbo antisociale presenti in carcere sono noti in quanto si assiste spesso ad una inosservanza o non rispetto dei diritti degli altri. Nei disturbi borderline e narcisistico grave, invece, il soggetto ha la sensazione che tutto gli sia dovuto, cioè, si aspetta trattamenti di favore, di soddisfazione immediata delle proprie aspettative; approfitta degli altri per i propri scopi. I detenuti con questi disturbi creano grossi problemi all'equipe medica del carcere per la ricorrenza di gesti auto-lesivi anche di particolare gravità.

- **Disturbi correlati a sostanze**. Sono disturbi secondari all'assunzione di una sostanza d'abuso. Importanti sono le problematiche psichiche legate alla tossicodipendenza in quanto si rileva che è significativamente più alta in carcere rispetto alla popolazione generale. "La tossicodipendenza sarebbe un fenomeno sintomatico di un disagio psicopatologico che la sostanza stupefacente

tende a coprire. I disagi più frequenti sono di tre tipi: depressione, che per lo più viene compensata con l'eroina, vere e proprie psicosi, ma soprattutto disturbi di tipo borderline"[145].

5.2. Psicosi carcerarie

Nelle istituzioni penitenziarie le manifestazioni psicopatologiche sono particolarmente frequenti. Esse possono essere la continuazione o l'esacerbazione e di disturbi psichici preesistenti, oppure la strutturazione di una risposta di tipo psicotico ad eventi particolarmente traumatizzanti dal punto di vista psicologico, quali l'entrata in carcere, l'attesa di giudizio, la previsione di condanna, la sentenza stessa[146]. Consideriamo la "sindrome da ingresso in carcere", come una serie di disturbi non solo psichici, ma spesso psicosomatici, che compare tanto più frequentemente e pesantemente quanto più elevato è il grado di educazione, di sensibilità, di cultura dei soggetti detenuti[147]. Il trauma da ingresso in carcere può diventare tanto più forte quanto maggiore è il divario fra il tenore di vita condotto in libertà e quello carcerario. La risposta del soggetto si modula in base alla sua struttura di personalità e alle abilità/capacità di adattamento in possesso, nonché all'ambiente-cella e ai compagni.

La capacità di adattamento sarà superiore in un soggetto con esperienza di precedenti carcerazioni, o che riesca a trovare nel carcere punti di riferimento (detenuti che appartengono alla stessa banda criminale, alla malavita della stessa zona o più semplicemente a piccola delinquenza dello stesso paese o quartiere)[148].

È certo comunque che per molti soggetti alla prima detenzione, anche se per ciascuno in modo diverso, l'impatto con la struttura carceraria costituirà uno dei momenti più drammatici dell'esistenza. Vari tentativi di umanizzazione dell'impatto con il carcere e allo stesso tempo di prevenzione dei comportamenti a rischio sono stati fatti. Il più importante è sicuramente la predisposizione, attraverso la Circolare Amato del 30/12/1987 n. 3233/5683, del Servizio Nuovi Giunti effettuato dagli psicologi del carcere attraverso un colloquio con ogni singolo detenuto all'atto di ingresso in istituto; tale colloquio è volto a valutare la personalità del soggetto soprattutto al fine di prevenire eventuali gesti autolesivi[149].

Inoltre sono state riscontrate alcune forme morbose psicopatologiche caratterizzate dal legame esistente fra la loro insorgenza e lo stato di detenzione, ed è a queste particolari patologie che gli studiosi si

---

[145] Bartolin M., *La questione psichiatrica, op. cit.*
[146] Ponti G., *Le psicosi carcerarie*, in *Principi fondamentali di medicina penitenziaria*, 1988, p. 850
[147] Ceraudo F., *La carcerazione – Eventi psicologici*, in *Atti del I° Convegno Nazionale AMAPI di Psichiatria penitenziaria*, Parma, 1993
[148] *ibidem*
[149] Pratelli D., *Incompatibilità, op. cit.*

riferiscono quando parlano di psicosi carcerarie, cioè vere e proprie forme psicopatologiche, con sintomi caratteristici, che insorgono in individui in detenzione e che non si osservano in altri ambienti. In tale senso Calzolari definisce le psicosi come "quell'insieme di malattie che pongono l'individuo in una situazione, temporanea o permanente, di perdita più o meno totale della capacità di comprendere il significato della realtà in cui vive e di mantenere tra sé e quella realtà un rapporto di sintonia sufficiente a salvaguardare un comportamento autonomo e responsabile. In base ai fattori eziopatogenetici possiamo suddividerle in due gruppi: le psicosi organiche (metaboliche, disendocrine, infettive, vascolari, degenerative, neoplastiche, post-traumatiche, genetiche) e le psicosi endogene (o funzionali), includenti le schizofrenie e i disturbi dell'umore"[150].

L'ambiente delle istituzioni carcerarie può favorire la "soluzione", in chiave di malattia psichiatrica, a volte, ad una condizione di vita particolarmente difficile, nella fattispecie a quella del detenuto: si sottolinea la deprivazione sensoriale, la mancanza di affetti, di rapporti sociali, che caratterizzano l'isolamento carcerario. La situazione di "punizione" si alimenta con il vissuto depressivo, che permea i rapporti personali, le vicende giudiziarie, le prospettive di condanna e la stessa struttura penitenziaria, sviluppando processi di autocolpevolizzazione che, a loro volta, sostengono quelle forme psicopatologiche che si ricollegano con i sentimenti di colpa (ad esempio nevrosi o psicosi depressive).

La carcerazione, proprio per il suo essere un evento improvviso e destabilizzante, può favorire lo sviluppo del meccanismo della psicosi a causa dello scompenso di un io, già fragile, che non riesce più a mantenere più il suo già traballante equilibrio; può dare il via a forme di schizofrenia che si sviluppano in tutta la loro sintomatologia dopo l'arresto, oppure in forme borderline che diventano chiaramente psicotiche.

Concludendo si vuole ricordare che tutte queste problematiche vengono curate ed assistite all'interno del carcere dal personale medico, in particolare dallo psichiatra dell'istituto, in quanto non è prevista una misura alternativa, che non sia quella del ricovero in O.P.G.. Dal punto di vita umano queste sono situazioni drammatiche in quanto creano angoscia e disperazione nei soggetti detenuti e producono effetti dannosi sulla psiche di un individuo, ma non sono così "gravi" da concedere l'incompatibilità con il carcere[151].

[150] Calzolari P.F., *Le urgenze psichiatriche*, in *Medicina Penitenziaria*, n. 9, 28, 1987
[151] Pratelli D., *Incompatibilità*, *op. cit.*

5.3. Sindrome di Ganser

Continuando nell'analisi dei disturbi psichici, una peculiare forma reattiva alla carcerazione è la sindrome di Ganser (pseudo-demenza psicogena o stato crepuscolare isterico)[152] . È un raro disturbo mentale che pur non presentandosi esclusivamente in carcere, si osserva generalmente in soggetti detenuti in attesa di giudizio. Consiste in una reazione isterica basata su di una motivazione incoscia del soggetto ad evitare la responsabilità, sforzandosi di apparire infermo di mente.

Uno tra i sintomi psicopatologici più caratteristici è il fatto che i soggetti non sono capaci di rispondere alle domande più semplici che vengono loro rivolte, sebbene dalle risposte è evidente che hanno capito il significato della domanda e nelle loro risposte tradiscono una sconcertante mancanza di conoscenze che essi hanno posseduto e che ancora, senza ombra di dubbio, possiedono. Gli individui praticamente parlano fuori tema, a vanvera, trascurano la risposta corretta e ne danno un'altra simile, ma inesatta[153]. Calcolano di traverso nell'esecuzione di calcoli semplici, mentre magari sono capaci di svolgere correttamente quelli più complessi e difficili.

La sindrome di Ganser è caratterizzata da un comportamento bizzarro, da allucinazioni visive ed uditive, da deliri, da disorientamenti, da amnesia, da convulsioni isteriche, da marcata variabilità dell'umore. Il detenuto può fare cose strane durante la visita: si può spogliare ed indossare gli abiti al rovescio, chiedere un biglietto per il treno ecc[154].

Sul piano espressivo, non c'è dubbio che tale condizione si presenti con un quadro di una certa gravità, ovvero apparentemente si qualifichi per la ricorrenza di sensibili alterazioni delle funzioni psichiche (dell'orientamento, della memoria, dell'attenzione). "Ma si tratta di sintomatologia "pseudo-demenziale", a metà strada cioè fra la simulazione e la reazione inconscia e con pressoché costante componente isterica a sostegno; può apparire psicotica ma la somiglianza è solo superficiale, a meno che naturalmente il quadro clinico non sia spia di una reale forma psicotica"[155]. La sintomatologia è contraddistinta dal puerilismo che si nota dall'aspetto recitativo o "bamboleggiante" che questi soggetti assumono[156].

Si tratta di reazioni relativamente rare, che compaiono per lo più in soggetti dotati di modesta intelligenza o con personalità premorbosa di tipo isterico, che reagiscono a condizioni ambientali stressanti, o comunque vissute con senso di pericolo o incapacità, con il ricorso a comportamenti apparentemente "folli", ovvero che egli ritiene possano essere interpretati come tali, in maniera in parte conscia ed in parte inconscia.

---

[152] Catanesi R., *Disturbi mentali e compatibilità carceraria*, in Riv. It. Med. Leg., XVII, 1995
[153] Ponti G., *La sindrome di Ganser, in Principi fondamentali di medicina penitenziaria*, n. 13, 1987
[154] Cerando, *La carcerazione – Eventi psicologici, op. cit.*
[155] Ponti G., *La sindrome di Ganser, in Principi fondamentali di medicina penitenziaria*, n. 13, 1987
[156] Dello Russo G., Rutigliano G., *Considerazioni sulle sindromi ganseriane*, in *Rivista psichiatrica*, III, 1968

La sindrome ganseriana impone una diagnosi differenziale con la simulazione in quanto restano dubbi circa il fatto che sia una simulazione cosciente o incosciente. È considerata di difficile trattamento intramurario in quanto, per definizione, si risolve nella rimozione della causa che l'ha prodotta. I trattamenti di tipo farmacologico si mostrano poco efficaci e quelli psicoterapici dono poco efficaci per mancanza di insight[157].

Se la somiglianza con quadri più gravi (demenza o comunque deterioramento su base organica da un lato e psicosi dall'altro) è solo superficiale, "se manca quell'uniformità sintomatologica che riflette la globale, reale compromissione dello psichismo e che si traduce in più gravi alterazioni del comportamento che tipicamente compaiono nelle condizioni alle quali il Ganseriano tenta di assomigliare, il giudizio non potrà che essere negativo"[158]. In altri termini, la sola ricorrenza dei sintomi più esteriori della Sindrome di Ganser, ovvero un parziale disorientamento unito ad apparente perdita del patrimonio conoscitivo, non costituisce condizione sufficiente ad integrare quei requisiti di particolare gravità richiesti dal IV comma dell'articolo 275 codice di procedura penale[159].

I sintomi possono sparire d'improvviso quando il tribunale giunge ad un verdetto, anche se questo è sfavorevole. Da sottolineare che la sindrome si presenta sempre dopo che il reato è stato commesso, quindi la sua presenza non ha alcun effetto sul giudizio medico-legale circa la responsabilità del soggetto e la sua imputabilità riferita al momento del fatto[160].

5.4. Sindrome da "prisonizzazione"

Una molteplicità di vissuti soggettivi sono alla base di quella che viene indicata, sul piano nosografico, come sindrome da prisonizzazione, sindrome che si articola in una vasta gamma di quadri psicopatologici che vanno dalla comune e breve reazione ansioso-depressiva sino alla sindrome ganseriana[161].

Per Clemmer con il termine "prisonizzazione" si intende l'effetto globale dell'esperienza carceraria sull'individuo. Indica l'assuefazione allo stile di vita, ai modi, ai costumi e alla cultura generale. Quasi un percorso di adattamento progressivo alla comunità carceraria culminante nell'identificazione più o meno completa con l'ambiente, con i suoi usi e costumi, con le sue singolari abitudini, con la sua cultura, con il suo codice d'onore, con i suoi esempi da imitare. Le esigenze di ordine, di controllo e di sicurezza inducono l'istituzione penitenziaria a ricercare ed alimentare l'uniformità degli atteggiamenti e dei

[157] Bartolin, *La questione psichiatrica, op. cit.*
[158] Catanesi R., *Disturbi mentali, op. cit.*
[159] Per questa impostazione si è seguito Pratelli D., *Incompatibilità, op. cit.*
[160] Bartolin M., *La questione psichiatrica, op. cit.*

comportamenti dei detenuti, attraverso l'imposizione di "valori" comuni. Questi "valori" altro non sono che i prodotti delle finalità e delle funzioni carcerarie, indotti in vari modi, esplicitamente o implicitamente, tramite un lento e spesso inconsapevole processo di assimilazione. I detenuti "acquistano familiarità con i dogmi e i costumi esistenti nella comunità. Sebbene questi cambiamenti non avvengano in tutti gli individui, tutti sono comunque soggetti a certe influenze che possiamo chiamare i fattori universali della prisonizzazione. L'accettazione di un ruolo inferiore, l'acquisizione di dati relativi all'organizzazione della prigione, lo sviluppo di alcuni nuovi modi di mangiare, vestire, lavorare, dormire, l'adozione del linguaggio locale, il riconoscimento che niente è dovuto all'ambiente per la soddisfazione dei bisogni, e l'eventuale desiderio di un buon lavoro sono aspetti della prisonizzazione che possono essere riscontrati in tutti i detenuti. Questi, comunque, non sono gli aspetti che ci preoccupano di più. [...] Le fasi della prisonizzazione che ci preoccupano di più sono le influenze che fomentano o rendono più profonda la criminalità e l'antisocialità e che fanno del detenuto un esponente caratteristico dell'ideologia criminale nella comunità carceraria"[162].

Attraverso la prisonizzazione l'istituzione penitenziaria tende ad eliminare le differenze individuali nei ristretti, assimilandoli e fagocitandoli.. I bisogni, i desideri e le esigenze personali del detenuto sono, così, annullati e sostituiti da altri eteroindotti e più coerenti con le finalità dell'istituzione.

D'altro canto però Clemmer afferma anche che ogni individuo sente l'influenza dei cosiddetti fattori universali, ma non ogni individuo diventa prisonizzato per altri aspetti della cultura. Se una prisonizzazione avviene o meno - continua Clemmer - dipende in primo luogo dall'individuo stesso, vale a dire dalla sua sensibilità dalla cultura che a sua volta dipende soprattutto dal tipo di relazioni che aveva avuto prima dell'incarcerazione, vale a dire dalla sua personalità[163].

Sul piano clinico Catanesi sostiene che la comune reazione d'ansia iniziale, a volte con spunti fobici e diverse manifestazioni somatiche, nel tempo di 2-3 giorni, viene sostituita dalla sindrome da prisonizzazione vera e propria oppure il soggetto, per lo più nei casi di recidivi, comincia a muoversi lungo le direttive di un progressivo adattamento[164].

In realtà il soggetto detenuto vive sensazioni angosciose ed opprimenti, può presentare tratti fobici, che possono trasformarsi in paura per la propria incolumità fisica. Solitamente questa fase, definita di "iperestesia" agli stimoli ambientali, si esaurisce in 2-3 settimane. Si nota come all'ansia siano correlati sintomi quali insonnia, inappetenza e un'incapacità di gestire la propria emotività. Queste sono le manifestazioni più dolorose sulle quali è necessario intervenire non solo farmacologicamente, ma soprattutto psicologicamente, poiché in questo momento il soggetto, sentendosi perso, può andare incontro ad improvvisi gesti autolesivi. Il disturbo si trasforma poi in depressione caratterizzata dal ritiro in se stessi, la paura è sostituita dallo sconforto, sono presenti idee di rovina. L'evoluzione e la capacità di far fronte a questa forma depressiva dipendono dalla personalità, dalle risorse individuali, dal rapporto

---

[161] Ceraudo F.,*La carcerazione-eventi psicologici*, in *Atti del I° Convegno nazionale AMAPI*, Parma, 1993
[162] Clemmer D., *The prison community*, in Santoro E., *Carcere e società liberale*, Giappichelli, Torino, 1977
[163] Pratelli D., *Incompatibilità, op. cit.*
[164] Catanesi R., *Disturbi mentali,op. cit.*

con i compagni di cella e dal sostegno della famiglia che il detenuto è in grado di avere. Un ruolo predisponente rivestono anche l'età, il recidivismo criminale, il condizionamento regionale[165].

Si può, in accordo con Pratelli, applicare la teoria di Goffman, relativa alle "istituzioni totali" (usata dall'autore in riferimento agli ospedali psichiatrici e la loro interazione con i degenti dell'istituzione stessa), anche ai detenuti, in quanto i reclusi sono sottoposti ad un processo di "spoliazione del sè", separati come sono dal loro ambiente originario e da ogni altro elemento costitutivo della loro identità.

Sostiene sempre Goffman che all'interno dell'istituzione si verificano delle vere e proprie "esposizioni contaminanti" dovute alla soppressione della privacy ed all'imposizione di condizioni ambientali sfavorevoli e fonti di malessere. Questo perché:

- tutte le espressioni della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto il controllo della stessa autorità;
- ogni fase delle attività giornaliere del detenuto si svolge in mezzo a tanti altri detenuti che sono trattati nella stessa maniera e a cui si richiede di fare la medesima cosa;
- tutte le fasi sono strettamente correlate e calcolate nel tempo.

In questo sistema, in cui tutto è automatizzato, sono pochi i detenuti che reagiscono, che riescono a resistere e a vincere l'ambiente; molti, invece, sono quelli che lo subiscono. In ogni sistema penitenziario vi è purtroppo una duplice contraddizione di fondo duplice: si ha la pretesa di insegnare al detenuto il modo di vivere e di comportarsi nel mondo libero e nello stesso tempo lo si costringe a vivere nel carcere che di quel mondo è l'antitesi[166].

Successivamente Sommer e Osmond hanno sottolineato tre effetti fondamentali della prisonizzazione:

- l’erosione dell’individualità
- la discultura, cioè la perdita dei valori che il soggetto possedeva prima dell’ingresso in carcere
- l’estraniamento, ovvero l’incapacità di adeguarsi al nuovo contesto dopo la scarcerazione.

Gli stessi autori individuano, come fattori fondamentali di stress che ulteriormente alimentano questa sindrome, l’isolamento (carenza di interazione fra interno ed esterno) e la privazione di stimoli. Altre ricerche infine hanno messo in relazione la prisonizzazione con il deterioramento mentale[167].

[165] Bartolin M., *La questione psichiatrica, op. cit.*
[166] Pratelli D., *Incompatibilità, op. cit.*

5.5. Condizioni di incompatibilità e patologie psichiatriche

Come già ribadito nei paragrafi precedenti il disturbo psichico sopravvenuto nel condannato comporta il trasferimento in ospedale psichiatrico giudiziario. Nei detenuti imputati il criterio ostativo alla custodia cautelare in carcere è definito quello delle "condizioni di salute particolarmente gravi incompatibili con lo stato di detenzione e comunque tali da non consentire adeguate cure in caso di detenzione in carcere"[168].

Cominciamo con il riportare le sentenze della Corte Suprema per definire lo "stato di condizioni particolarmente gravi": "…stato patologico idoneo, per la sua serietà ed imponenza, a pregiudicare notevolmente la capacità fisica e psichica[169]" , "una compromissione seria e notevole dell'integrità fisica e psichica del soggetto[170]", "di rilevante pregiudizio per la salute[171]". Come si vede non sono che formule vuote e confuse, di fatto non è chiarito quale sia in concreto la condizione di malattia!

Ma ancora si legge che la "particolare gravità" "deve essere tale da un punto di vista soggettivo ed oggettivo"[172] e tali non sono considerati "gli stati morbosi di origine psichica, soprattutto se legati all'afflittività della custodia in vinculis"[173]. Infatti se la patologia psichiatrica è direttamente riconducibile allo stato detentivo raramente ne viene riconosciuta la "particolare gravità" a meno che non sussistano motivati e gravi rischi per l'incolumità psicofisica del detenuto, quali inappetenza, rifiuto del cibo, sospetti di suicidio.

Anche sentenze più recenti non hanno mostrato maggiore attenzione alla malattia psichica, anzi, considerano ostativa alla persistenza della custodia cautelare in carcere "una sindrome neuropsicologica che abbia condotto il detenuto in breve arco di tempo a tre successivi tentativi di suicidio, l'ultimo dei quali compiuto con modalità tali da rendere molto probabile il realizzarsi dell'evento letale"[174].

Autori si orientano nel definire il concetto di particolare gravità, di esclusivo carattere psichico, tale quando "debba essere presente un quid pluris identificabile in una sindrome psicopatologica specifica di rilevanza tale da rendere lo stato di privazione di libertà, in qualunque modo attuato, idoneo ad interferire negativamente sulla efficacia del trattamento terapeutico, che si rende indispensabile nella specie, in modo da compromettere l'esito e così produrre ulteriore nocumento alla persona dell'interessato con caratteristiche di prevedibile irreversibilità o comunque tali da rendere ancora più grave il già di lui compromesso stato di salute"[175].

Ma la normativa prevede, come abbiamo già discusso, il confronto fra il concetto di "gravità" e la possibilità di trattamento intramurario, cioè la "gravità" sembra acquisire una maggiore e sicura "gravità"

---

[167] Curcio R., Petrelli S., Valentino N., *Il bosco di Bistorto, op. cit.,* p. 279

[168] Modifica dell'art. 275, IV comma c.p.p., apportata dalla legge 8 agosto 1995 n. 332 di riforma della custodia cautelare

[169] Cass. Pen., Sez. I, 19 maggio 1985, Cass. Pen. 1504, 1987

[170] Cass. Pen., Sez. I, 11 gennaio 1985

[171] Cass. Pen., Sez. I, 23 aprile 1992, Cass. Pen. 1567, 1993

[172] Cass. Pen., Sez. I, 19 maggio 1985, Cass. Pen. 1504, 1987

[173] Cass. Pen., Sez. I, 27 giugno 1984, Cass. Pen. 1367, 1985

[174] Cass. Pen., Sez. I, 9 ottobre 1992, Cass. Pen. 1157, 1994

[175] In Calcagni C., Salandini G., Murino P., *L'incompatibilità del regime carcerario nel detenuto in attesa di giudizio,* Ist. It. Di Medicina Sociale, Roma, 1986

nel momento in cui non sono possibili i trattamenti interni, non prima ("non consentono le cure necessarie in stato di detenzione").

Chiaramente non si può pensare che in carcere sia possibile una completa guarigione ma almeno di ridurre, se possibile, o non peggiorare il quadro clinico. Questo è un dato di realtà in quanto per molte psicopatologie, ad esempio la sindrome Ganseriana, la causa è proprio la condizione carceraria e, cosa molto importante, il carcere, di per sé, come abbiamo visto, produce sofferenza psicologica.

Se introduciamo il concetto poi di "incompatibilità" notiamo come l'interpretazione del concetto di "gravità" diventi ancora più difficile, in quanto l'incompatibilità dipende dalle possibilità terapeutiche e per la malattia psichiatrica è ovvio che le cure non sono adeguate in quanto solamente la condizione detentiva è fattore necessario e sufficiente ad escludere questa ipotesi.

A tale proposito si riporta uno studio[176] effettuato su detenuti portatori di malattia psichica e la relativa valutazione di compatibilità con il regime carcerario.

La casistica è visibile nelle tabelle (1,2,3,4) dalle quali si evince che su 50 casi considerati 17 attengono a problemi di natura psichiatrica, 11 casi sono stati ritenuti incompatibili con lo stato detentivo. Si sottolinea che per la maggior parte riguardano reazioni carcerarie di tipo ansioso-depressivo, con sintomi di anoressia, collegate a patologie di tipo psicosomatico con un decadimento delle condizioni generali dell'individuo.

[176]Studio commissionato dalla Procura della Repubblica di Roma e dall'Ufficio di Istruzione del Tribunale di Roma su 51 casi clinici ai quali, per incarico della Difesa, ne sono stati aggiunti altri 14. La casistica è apparsa in un articolo di Giusti G.V. e Ferracuti F., *Condizioni psichiche dell'imputato e compatibilità carceraria*, in Riv.It. Med.Leg.XI, 1989. Per questa impostazione si è seguito Bartolin, *La questione psichiatrica, op. cit.*

Tabella 1

Parere negativo per la concessione dei benefici (27 casi su 51 d'ufficio, pari al 53 %)

	sesso	età	Patologie
1	M	53	Modesta sindrome depressiva carceraria
2	M	49	Sindrome depressiva, lieve sindrome di Barrè-Lièou
3	M	47	Sindrome depressiva, sciopero della fame
4	M	25	Sindrome nevrastenica, tachicardia
5	M	31	Sindrome reattiva carceraria, sciatalgia
6	M	39	Sindrome depressiva, duodenite, artrosi
7	M	37	Lieve eretismo psichico
8	M	38	Neurosi reattiva, ernia inguinale
9	F	24	Lieve sindrome ansiosa reattiva
10	M	35	Depressione da astinenza cocaina
11	M	25	Farmaco dipendente da eroina
12	M	22	Sindrome depressiva, sciopero della fame
13	M	38	Sindrome depressiva reattiva, piccola insufficienza epatica
14	M	36	Sindrome ansioso-depressiva carceraria
15	F	35	Sindrome depressiva e anoressia, scadimento condizioni generali
16	M	36	Idee ossessive di morte (evidente simulazione)
17	M	28	Sindrome depressiva reattiva carceraria
18	M	51	Sindrome ansioso-depressiva, tachicardia, bronchite cronica
19	M	46	Reazione psico-somatica da carcerazione
20	M	36	Sindrome ansioso-depressiva, reattiva
21	M	27	Stato depressivo-reattivo in personalità psicopatica
22	M	42	Reazione depressiva, ernia inguinale
23	M	60	Reazione ansioso-depressiva carceraria, stenocardia
24	M	26	Sindrome depressiva carceraria decorrente con anoressia
25	M	26	Sindrome reattiva carceraria, postumi di frattura
26	M	35	Sindrome depressiva reattiva carceraria
27	M	30	Sindrome depressiva reattiva

Tabella 2

Parere negativo per la concessione dei benefici a condizione del trasferimento dell'imputato in ambito sanitario (centri clinici, ospedali, comunità terapeutiche): 12 casi su 51 d'ufficio, pari al 23 %

	sesso	età	Patologie
1	M	49	Frequenti crisi fobiche
2	M	52	Crisi neurodistoniche
3	M	18	Sindrome depressiva, rapido dimagrimento ed alterazione EEG
4	M	30	Sindrome depressiva reattiva, grave deperimento organico, disturbi del ritmo cardiaco, ulcera duodenale
5	M	25	Rilevante sindrome depressiva reattiva
6	M	62	Psiconevrosi d'ansia, ipertensione grave
7	M	33	Sindrome depressiva con anoressia, grave deperimento organico
8	F	26	Cocainomane con spunti psicotici e validi tentativi di suicidio
9	M	40	Grave reazione depressiva con spunti psicotici
10	M	61	Nevrosi d'ansia, spondilo artrosi grave, bronchite cronica
11	M	45	Sindrome reattiva, sciopero della fame
12	M	34	Schizofrenia paranoide
13	M	30	Sindrome depressiva, sofferenza endocranica da proiettile ritenuto
14	M	31	Politossicodipendente in svezzamento
15	M	41	Grave reazione depressiva ansiosa con spunti fobici

Tabella 3

Parere positivo per la concessione dei benefici (arresti domiciliari, o libertà provvisoria): 12 casi su 51 d'ufficio, pari al 23 %

	sesso	età	Patologie
1	M	64	Grave sindrome depressiva con grave deperimento organico
2	M	35	Gravissima reazione depressiva carceraria con grave deperimento organico
3	M	25	Sindrome depressiva d'alto grado e grave deperimento delle condizioni generali
4	M	35	Sindrome depressiva, gravissimo dimagrimento
5	M	22	Sindrome reattiva con anoressia e grave decadimento delle condizioni generali
6	M	35	Sindrome depressiva, cachessia da digiuno
7	F	40	Sindrome reattiva gravissima, decadimento delle condizioni generali
8	M	35	Grave condizione depressiva maggiore, grave dimagrimento
9	M	57	Grave reazione ansioso-depressiva
10	M	21	Grave depressione reattiva, anoressia, grave dimagrimento
11	F	56	Grave depressione reattiva, diabete mellito
12	M	57	Grave depressione endoreattiva, bronchite cronica, arteriopatia obliterante

Tabella 4

Parere positivo per la concessione dei benefici (arresti domiciliari, o libertà provvisoria): 14 consulenze di parte

	sesso	età	Patologie
1	M	24	Personalità schizoide
2	F	30	Stato psichico schizoaffettivo, tossicomane compulsivo
3	M	32	Grave reazione ansioso-depressiva, forte calo ponderale
4	F	40	Sindrome ansioso-depressiva reattiva
5	M	40	Sindrome depressiva maggiore
6	F	23	Sindrome depressiva, L.A.S. (HIV pos.)
7	M	30	Sindrome disforico-depressiva, ipertensione
8	M	34	Sindrome depressiva con episodi psicotici
9	M	29	Sindrome depressiva maggiore endoreattiva
10	M	44	Sindrome depressivo-ansiosa maggiore con spunti ipocondriaci
11	M	33	Sindrome depressiva maggiore
12	F	20	Sindrome depressiva maggiore
13	M	45	Sindrome depressiva maggiore
14	M	24	Sindrome depressiva maggiore, disendocrinia

5.6. Infermità e seminfermità mentale

E' importante sottolineare che l'infermità mentale assume rilevanza diversa a seconda del momento in cui viene riconosciuta e della posizione giuridica nella quale il soggetto si trova. Per comodità ci riferiremo solo all'ambito clinico penitenziario.

Dalla lettura dell'art. 20, Ordinamento Penitenziario "Disposizioni particolari per gli infermi e seminfermi di mente", sembrerebbe emergere una differenza di trattamento tra soggetti affetti da infermità fisica e quelli affetti da infermità psichica, infatti per le patologie psichiche, anche se diagnosticate a seguito di perizie, non è possibile adottare il differimento della pena, anche perché il ricovero del condannato in Ospedale psichiatrico giudiziario comporta la prosecuzione della pena stessa. Quindi non sembra prevista l'incompatibilità per problemi psichici, tanto che l'unica alternativa offerta alla detenzione è il ricovero in O.P.G.

Per i detenuti con condanna definitiva l'ordinamento penitenziario prevede che "nel caso di sospetto di malattia psichica sono adottati senza indugio i provvedimenti del caso, col rispetto delle norme concernenti l'assistenza psichiatrica e la sanità mentale". Tale previsione risulta applicata nel caso di infermità psichica sopravvenuta del condannato e tale accertamento è disposto dal magistrato di sorveglianza.

Nella pratica: ai condannati a pena superiore a tre anni ai quali sopravvenga infermità psichica è previsto il ricovero in O.P.G. o in casa di cura e custodia. Per i condannati a pena inferiore ai tre anni si ricorre ai

servizi dell'assistenza pubblica. Il ricovero è ordinato per un tempo non inferiore ad un anno, se la pena prevista non è inferiore a cinque anni. Se la pena prevista è minimo dieci anni o l'ergastolo la misura ha una durata minima di tre anni. Se esiste la pericolosità sociale del condannato il ricovero ha la durata minima di sei mesi, il giudice può sostituire questa misura detentiva con quella della libertà vigilata, solo se il condannato non ha già diminuzioni di pena in quanto affetto da intossicazione cronica di alcool o da sostanze stupefacenti[177].

Per quanto riguarda le cosiddette "misure di sicurezza psichiatriche" la durata minima è prefissata in misura diversa a seconda della pena massima prevista per quel tipo di reato. La legge stabilisce che il giudice possa graduare la pena ma non la misura di sicurezza, che è fissata per il tipo di reato commesso. Le misure di sicurezza sono flessibili in quanto possono essere espiate non solo dopo la reclusione ma anche prima o dopo la pena, interrompendone temporaneamente il decorso.

La legge prevede la seminfermità mentale quando all'imputato sia riconosciuta una diminuzione della capacità d'intendere e di volere, cioè la sua capacità di autodeterminazione. Il seminfermo subisce un trattamento particolare, per cui è considerato imputabile, ma la pena è diminuita e si applica la misura di sicurezza.

Le misure di sicurezza detentive non sono cumulabili, se ne applica sempre una sola. Se le misure sono di tipo diverso, se vi è, si applica quella psichiatrica. Se un soggetto sta scontando una misura di sicurezza di tipo non psichiatrico, e viene colpito da malattia mentale, sarà internato in O.P.G. per trasformazione della misura, dove rimarrà finché non sarà giudicato guarito[178].

Tutto ciò sembra confermare l'attenzione alla salute mentale del condannato, ma fa notare come le misure alternative con finalità di cura sono subordinate alla durata della pena, per cui, a parità di disturbo mentale, il condannato può fruire o no di cure adeguate. Ciò a causa di un conflitto che viene a crearsi fra il diritto dell'individuo alle cure e il dovere del sistema penale di subordinare quel diritto al grado di minaccia sociale desumibile dalla gravità del reato, la cui misura è indicata dalla sentenza.

La malattia psichica, dunque, non esprimendo una situazione di incompatibilità, comporta un trattamento diversificato nella misura in cui non sono offerte alternative al ricovero in OPG o in casa di cura e di custodia (ex art. 219 codice penale). La legge 180/78, sopprimendo gli ospedali psichiatrici civili, rende difficile, peraltro, una interazione con le strutture esterne al di fuori dei casi di urgenza.

Sottolineiamo che il trattamento degli infermi psichici è discriminato anche nei confronti dei soggetti di pari categoria che non delinquono, avendo essi diritto, a seguito della 180/78, ad un trattamento terapeutico non di tipo custodialistico e segregante come quello che caratterizza la malattia mentale in carcere.

Una proposta di cambiamento è presente nel "progetto Grossi", disegno di legge n. 177 del 1983. I firmatari del progetto si propongono di abolire la legislazione speciale per i malati psichici, vorrebbero abolire la nozione stessa di incapacità di intendere e volere, dichiarando quindi il soggetto imputabile, equiparandolo ai soggetti che commettono reati in stato di ubriachezza, di stupefazione, o in stato emotivo o passionale, abolire quindi l'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, sostituendolo con il carcere. Abolire inoltre la distinzione fra imputabili e non imputabili, considerando tutti gli autori di reato

[177] L'art. 219 prevede che possono essere sottoposti alla misura di sicurezza del ricovero in casa di cura e di custodia, i condannati per delitto non colposo ad una pena diminuita a causa d'infermità psichica o di cronica intossicazione da alcool, da sostanze stupefacenti o per sordomutismo.

[178] Per queste problematiche si è seguito Pratelli D., *Incompatibilità, op. cit.*

responsabili delle loro azioni, ma inserire, nel settore dell'esecuzione, trattamenti differenziati all'interno delle stesse strutture penitenziarie. In ultima analisi si propone di abolire la pericolosità del malato di mente autore di reati e delle misure di sicurezza collegate allo stato di malattia[179].

[179] Pratelli D., *ibidem*

6. AREE PROBLEMATICHE DELLA TUTELA DELLA SALUTE

6.1. Differenza di genere e malattia in ambiente carcerario

Attualmente, almeno nei paesi più ricchi e sviluppati, i corpi delle donne e degli uomini appaiono parimenti definiti da una rete densa di saperi, relativi alle funzioni fisiche e mentali, e da un assieme di prescrizioni relative al rapporto tra "cura di sé" e "buona salute", come sosteneva Foucault. Sembra quindi che la differenza di genere rispetto alla salute sia meno rilevante di un tempo, anche riferendosi ai suoi indicatori più evidenti e socialmente marcati. La Bimbi nota sia una "persistenza di modelli di genere legati al passato che un ridefinirsi della differenza sessuale attraverso assegnazioni di valore sociale diverse da quelle di un tempo"[180].

La differenza di genere diventa molto significativa, in relazione al modo di viverla e alle conseguenze, se si pensa che la pena e la reclusione sono istituzioni sociali che si sviluppano in un regime normativo egualitario.

Cressey e Irwin (1962) notano come le differenze nelle organizzazioni carcerarie siano la conseguenza dei diversi modelli comportamentali di uomini e donne nella società e poi ricreati in carcere in base alle esperienze predetentive e ai sistemi socio-culturali di riferimento. Inoltre le culture detentive sono una prosecuzione differenziale per genere della cultura esterna.

In particolare le donne e gli uomini utilizzerebbero nei confronti della cura di sé e degli altri in gran parte gli stili tradizionali dei rispettivi modelli sociali dell'identità, ma con risultati diversi. "L'espressione sociale della sofferenza è tradizionalmente assegnata al sesso femminile"[181]. Ma forse proprio questa manifestazione di debolezza è la forza delle donne: il saper comunicare senza vergogna le proprie emozioni e sensazioni, l'usare il proprio corpo in modo non distruttivo è un modo per reagire in maniera attiva alle costrizioni imposta dalla struttura e manifestare il proprio esserci ed esistere. Quindi "una maggiore insofferenza alla detenzione", "E così c'è chi riempie il buco nel cuore con il cibo o si lascia consumare dall'esaurimento nervoso"[182].

Il carcere divide dalla propria realtà sociale e dagli affetti e le donne ne sono colpite più degli uomini perché, come sottolinea la Bimbi, portano il peso maggiore di responsabilità affettiva: "quando una donna entra in carcere ci sono sempre, fuori, i figli, una madre, un padre e, a volte, anche un marito che contavano su di lei, che hanno bisogno di lei e che restano abbandonati e senza sostegni". E così la donna

---

[180] Bimbi F., *Differenze di genere di fronte alla salute*, in *La salute come costruzione sociale*, a cura di Ingrosso M., Angeli, Milano, 1994, p. 267

[181] *ibidem*, p. 281

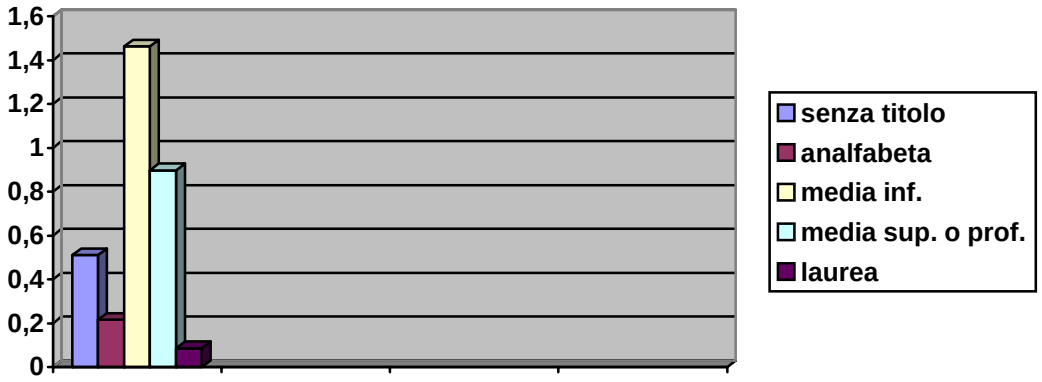
[182] *"La cella mette le donne allo specchio"*, Avvenire, 2 dicembre 2001

detenuta, oltre al peso della carcerazione, vive lo stare male della colpa. "Il fatto è che i figli ti mettono su un piedistallo, tutto quello che viene da te è giusto…E tu hai paura di perderli…"[183]

Le donne in carcere poi non fanno notizia in quanto, rispetto al numero degli uomini, sono poche ma quello che le rende particolarmente non degne di nota è che non sembrano patire la condizione di sovraffollamento!

Le donne in stato di detenzione sono "solo" 2.425, suddivise in sei istituti e svariate sezioni femminili all'interno di istituti misti. Il totale delle entrate in carcere dallo stato di libertà nel 2000 è di 6.519 unità. 1.115 sono imputate, 1.193 condannate, di cui 81 in semilibertà, 81 internate. Le donne straniere sono 946. Tendenzialmente la popolazione femminile è condannata a pene inferiori rispetto alla popolazione totale detenuta, secondo dati a gennaio 2001.

Tabella 1



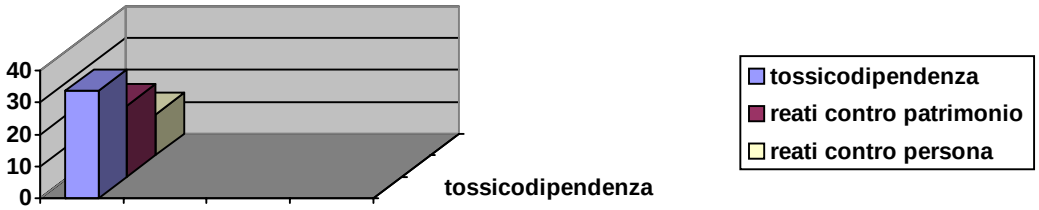
Come si legge nel grafico (tabella 1) sul totale delle detenute l'11,75% è privo di titolo di studio, ben il 4,71% è analfabeta, il 35,78% possiede il diploma di scuola media inferiore, il 20,92% il diploma di scuola media superiore, l'1,64% è laureata[184].

Secondo il rapporto di Antigone del 2000, circa il 70% è disoccupata, solo il 10,8% ha un lavoro, il 9,5% sono casalinghe, ma comunque per il 70% l'attività precedente alla detenzione era il lavoro operaio. Risulta inoltre che il 50% delle donne ha figli, mediamente l'80% di esse ne ha anche tre.

La tabella 2 mostra come il 33,70% dei reati commessi da donne è legato a violazioni della legge sulla tossicodipendenza, il 22,24% a reati contro il patrimonio, il 12,82% a reati contro la persona. Sono solo 33 le donne detenute per reati di associazione a delinquere e di stampo mafioso[185].

[183] *ivi,"La cella mette le donne allo specchio"*,
[184] Dati dal pre-rapporto 2001 dell'*Osservatorio sull'esecuzione penale e le condizioni di detenzione.*
[185] Dal rapporto di Antigone 2000, *op. cit.*

Tabella 2



Per quanto riguarda la condizione della salute della donna all'interno della struttura penitenziaria bisogna ricordare che le sezioni femminili, nella stragrande maggioranza in Italia, sono inserite in carceri maschili e pertanto il servizio sanitario è strutturato per rispondere alle esigenze di una popolazione di detenuti uomini.

Secondo la ricerca "Donne in carcere" le donne vivono più duramente e direttamente i "tempi della vita" sul loro corpo (le mestruazioni, la maternità, l'invecchiamento e la menopausa) rispetto agli uomini[186]. "Sembra che il disagio più grande sia costituito dal gioco dell'oca, citato dalla Mambro, dalla percezione del tempo che passa, mentre si è costrette all'inutilità, a stare ferme mentre il mondo va avanti"[187].

Per le donne parlare di salute quindi non si tratta solo di mera accessibilità ai servizi ma di affrontare il tema del "benessere psicofisico". Le autrici parlano di "Tempo e corpo recluso: i ritmi della salute e della malattia" proprio per sottolineare che i tempi del carcere stravolgendo in modo violento i tempi della vita sconvolgono anche i tempi del corpo. Sottolineano come i disturbi del ciclo mestruale sono il primo sintomo che compare nello stato detentivo: "è come se le donne detenute vivessero sul loro corpo non solo il peso della reclusione e della costrizione in un ambiente ristretto (questo lo vivono anche gli uomini) ma anche il diverso succedersi del tempo, l'angoscia della separazione, la negazione della femminilità e della maternità[188]".

La donna spesso somatizza il suo malessere e ai disturbi del ciclo mestruale si aggiunge la difficoltà a respirare. L'impotenza si esprime in crisi d'ansia, crisi d'angoscia, che insorgono alla sera, dopo la chiusura delle celle e che passano con la somministrazione di farmaci sedativi e ansiolitici: farmaci che sedano, per l'appunto questo dolore, questa lacerazione affettiva insostenibile[189]. Per resistere ancora.

Esiste una tendenza alla psichiatrizzazione di tutta una serie di problematiche femminili connesse al sentire ed al vivere delle donne per le quali la risposta psichiatrica va a riempire un vuoto ed una difficoltà dell'esistenza che ha la sua radice prima nella forte disuguaglianza di potere tra i due sessi.

La depressione, che secondo alcuni dati riferiti alla popolazione generale colpirebbe le donne in misura doppia rispetto agli uomini, pare avere influenze significative anche sul destino e sulla genesi dell'infezione da HIV. Infatti, in un ampio studio americano più della metà delle donne seguite presentava sintomi di tipo depressivo. Altri studi, poi, evidenziano un'incidenza maggiore di depressione nelle donne

[186] Ricerca condotta da Campelli E., Faccioli F., Giordano V., Pitch T., *Donne in carcere*, Feltrinelli, Milano, 1992
[187] Morelli F., www.ristretti.it/areestudio/donne/giudecca/muro.htm
[188] Zoia D., medico di S. Vittore
[189] Zoia D., *Donne, Carcere, Salute*, www.ristretti.it/sane-dentro

con infezione da HIV rispetto agli uomini HIV. Ancora, ricerche recenti tenderebbero a mettere in relazione questa forma morbosa a un aumento di vulnerabilità rispetto all'HIV. Anche se appare prematuro assumere in toto questo dato, non bisogna dimenticare che caratteristica delle forme depressive femminili è un atteggiamento di passività rispetto agli eventi, rafforzato dall'impossibilità ad autodeterminarsi che tutte le donne sperimentano nel loro esistere quotidiano.

Scarsissimi sono i dati ufficiali disaggregati per sesso relativi alla situazione italiana. Non disponiamo di alcuna informazione di fonte istituzionale differenziate per genere, in relazione alle fasce di età di prima infezione, alle sopravvivenze, all'accesso alle cure, ai servizi di screening e di terapia, ai farmaci, alla salute mentale, all'aderenza alla terapia, alla qualità della vita. Naturalmente le indagini vanno realizzate con modalità che tutelino pienamente la privacy delle persone interessate.

A determinare questa situazione gravissima concorrono diverse concause, fra cui la quasi totale assenza di un'informazione mirata alle donne, e l'incapacità dell'organizzazione sanitaria e delle altre istituzioni di affrontare la complessa questione della sessualità femminile. Inoltre il sistema sanitario non riesce ancora ad avere consapevolezza del fatto che il benessere delle donne sia influenzato da una complessa rete di variabili non solo biologiche ma anche cliniche, psicologiche, sociali, e etiche[190].

La donna detenuta sieropositiva rappresenta una realtà particolare in senso positivo.La donna detenuta non solo è una realtà biologica, esperenziale, educativa, culturale diversa da quella maschile ma si porta anche dietro realtà spesso particolari che possono meglio elaborarsi in un contesto di comunanza di esperienze fra donne. Molte donne vengono da esperienze di violenza, molte devono farsi carco del problema dei figli, spesso si misurano con la problematica dell'affido dei bimbi. Emerge inoltre da molte ricerche che le donne hiv-positive sono più legate ai propri patners e che più spesso vengono lasciate piuttosto che esse stesse abbandonare il compagno. Le donne detenute devono misurarsi con la struttura carceraria pensata e strutturata al maschile, in particolare la Mambro scrive che "Il carcere è una struttura inventata dagli uomini per gli uomini e solo recentemente adattata molto sommariamente alle donne"[191].

Per questo è importante che l'intervento con le donne affette da hiv e aids occupi spazi e progettualità particolari[192].

"Ogni mese una detenuta tossicodipendente viene spedita dal carcere romano di Rebibbia nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere (Mantova) ". La denuncia è di una psicologa, Mirella Castellano, che da 13 anni lavora a Rebibbia. Da due anni nel carcere romano è stato istituito il presidio psichiatrico per intervenire su situazioni di disagio psicologico. Le reazioni anche violente delle detenute tossicodipendenti di Rebibbia vengono liquidate come patologie psichiatriche e quindi si interviene con terapie psicofarmacologiche. "Da due anni – ha aggiunto Castellano- vedo tossicodipendenti ridotte allo stato vegetativo a forza di ricevere 150-300 gocce di Valium al giorno e psicofarmaci con dosi da cavallo. Queste sono, comunque, le donne da considerare fortunate perché le sfortunate vengono trasferite per un mesetto nel manicomio giudiziario". Secondo la psicologa, "ormai l'obiettivo della disintossicazione in carcere è un miraggio visto che non si completa neanche lo scalaggio del metadone". Mirella Castellano ha detto di condurre una battaglia solitaria. Una voce a sostegno è arrivata da C. Stillo,

---

[190] "*Raccomandazioni per un approccio di genere al tema donne, salute, hiv*", testo riportato integralmente in appendice.

[191] Mambro F., *Il bacio sul muro*, reclusa dal 1982 per reati di terrorismo. Ha trascorso 18 anni tra Voghera e Rebibbia.

dell'osservatorio per i diritti dei detenuti del carcere di Rebibbia per "evitare che le tossicodipendenti siano considerate pazze"[193].

6.2. Tutela dei bambini in carcere

La stragrande maggioranza delle donne incarcerate con figli di età inferiore ai tre anni appartiene ad ambiti problematici: tossicodipendenza ed etnia zingara. Non è un problema di grandi numeri in quanto coinvolge circa 50 bambini in tutta Italia.

Libianchi riferisce che sono pochi e discutibili gli studi sull'effetto della carcerazione sui figli di madri detenute al momento del parto o che hanno comunque subito una carcerazione. Sottolinea come lo stress del periodo pre e post-partum sia vissuto dalle donne in stato detentivo in modo amplificato per i vissuti di inadeguatezza ed impotenza. "Il retroterra sociale di deprivazione, i contatti familiari inconsistenti, l'isolamento, una instabile salute fisica e/o mentale e la coscienza che il bambino potrà essere affidato ad un ente assistenziale, sono solo alcuni dei problemi che subiscono queste donne, testimoniando un bisogno di tutela maggiore rispetto alle libere". L'Autore riferisce di alcuni studi tesi a dimostrare che i bambini, le cui madri hanno trascorso il periodo di gravidanza in carcere, risultano in migliori condizioni di salute e con un peso alla nascita maggiore rispetto a donne che sono state in carcere in periodi diversi dalla gravidanza[194].

Sono segnalati problemi legati all'ambiente sfavorevole quali: locali poco salubri, malattie infettive, ecc., bassi standard di igiene.

Vengono segnalati anche alcuni effetti patologici ambientali sul bambino che variano da stati di irrequietezza a crisi di pianto frequenti ed immotivate. La difficoltà di addormentarsi è frequente come pure i risvegli improvvisi durante la notte. Si riscontrano inoltre inappetenza e significative variazioni di peso, sia in eccesso che in difetto. Di difficile valutazione è l'entità del danno emozionale e relazionale.

Si possono distinguere[195] le cause da "danno carcerario" in:

a. Fattori contestuali

- Ambiente coercitivo, stressante
- Modelli di comportamento stereotipati
- Scansione innaturale del tempo
- Limitazioni relazionali

---

[192] Centro Poiesis del Gruppo Exodus: *Alcune considerazioni su hiv e detenzione in Italia*, in www.exodus.it/poiesis/hiv

[193] Hampe K., *Detenute o pazze?*, 2001. Viene riportata quasi integralmente la lettera di denuncia, www.fc.retecivica.milano.it.27.09.01

[194] Per questo argomento si è seguito Libianchi S., *Madri e bambini in carcere*, Rapporto giugno 2001, in *Rassegna stampa Ristretti Orizzonti*, Casa di reclusione Due Palazzi, Padova, 2001

[195] *ivi*

- Assenza di una figura di riferimento maschile
- Microsocietà solo femminile
- Distanza dalla famiglia
- Perquisizioni

b. Fattori Sanitari

- Ambiente patogeno (TBC, Epatite virale, etc.)
- Alimentazione differente (qualità?)
- Personale non preparato specificatamente

c. Fattori Generali

- Possibilità di differenti usi religiosi
- Assenza di standard di riferimento
- Disomogenea distribuzione geografica

Di fatto nel bambino-detenuto si sviluppano modalità relazionali particolari, in quanto il rapporto madre-figlio è soggetto ad ingerenze del personale di sorveglianza, del regolamento, delle vicende giudiziarie e delle frustrazioni personali. La minore tutela della figura paterna nel suo ruolo genitoriale appare essere un ulteriore grave problema per lo sviluppo dell'affettività del bambino, in quanto raramente tale figura viene contemplata quale pari opportunità rispetto alla madre[196]. I bambini vivono il dramma della separazione dal genitore e le difficoltà individuali successive di adattamento ad un diverso contesto affettivo. Biondi segnala il grosso impatto che sembra avere sullo sviluppo del bambino il momento del distacco coatto dalla madre, cioè dopo i tre anni[197].

Nel 1998 è stato attivato in via sperimentale, con la collaborazione della Direzione del carcere di Monza, un'iniziativa denominata "Infanzia in Carcere", con l'obiettivo di diminuire il livello di stress cui i bambini sono sottoposti all'interno del carcere. All'interno del penitenziario è previsto un asilo nido, con personale volontario, per offrire al bambino positive esperienze relazionali attraverso il gioco e per facilitare alle madri la creazione e/o il mantenimento di una situazione spazio-temporale personale. Il progetto prevede anche la creazione di una ludoteca come luogo per un colloquio facilitato dal gioco con i genitori. Un'altra iniziativa altamente qualificante realizzata dal volontariato a Roma presso il Carcere Femminile di Rebibbia, è quella dell'Associazione "A Roma Insieme" i cui volontari, una o due volte a settimana, portano in uscita esterna i figli delle detenute ricoverati presso il nido penitenziario interno.

D'altra parte però, associazioni come il Tribunale del Malato, continuano a non essere autorizzate all'ingresso testimoniando la durezza del regime.

Sporadiche iniziative simili sono segnalate anche presso le quattro sezioni femminili degli istituti per minori di Roma, Nisida (NA), Milano e Torino dove accanto al ginecologo opera anche il pediatra.

Un problema che merita di essere evidenziato è quello che i bambini in visita dall'esterno ai genitori detenuti vengano molto spesso sottoposti a perquisizioni personali alla ricerca di armi o droga. Tale pratica non risolve il problema delle eventuale presenza di armi, siringhe o droga all'interno degli istituti,

[196] Libianchi S., Dirigente Medico responsabile del Servizio di Tossicodipendenze degli Istituti Penitenziari di Rebibbia

[197] Biondi G., *Lo sviluppo del bambino in carcere*, Angeli, Milano,1995

ed è pertanto da considerare quanto meno inutile, non considerando i risvolti umani della sua applicazione[198].

Il 6 febbraio 2001 è entrata in vigore la legge sulle detenute madri "Misure alternative alla detenzione a tutela del rapporto tra detenute e figli minori"[199] dove viene finalmente riconosciuto l'inalienabile diritto del "bambino-detenuto" alla libertà, all'affettività e al rapporto con la madre.

Di fatto si sottolinea con forza che la presenza di bambini residenti in strutture penitenziarie appare come una pratica contraria ai diritti umani più elementari sia nei riguardi del bambino che del genitore se detenuto.

6.3. Immigrati e salute mentale

Secondo ricerche su 1012 soggetti, immigrati in Italia da meno di un anno, si evidenzia l'assenza di psicopatologie gravi e la sostanziale sovrapposizione del profilo sanitario degli immigrati con la situazione italiana, "confutando il mito dell'emigrante portatore di malattie", anche sul versante della salute mentale. Numerose altre ricerche condotte all'estero dimostrano che i disturbi psichici negli immigrati tendono a presentarsi con maggiore evidenza dopo uno o due anni dall'ingresso nel paese di immigrazione, manifestandosi attraverso un quadro clinico ricorrente, costituito da patologie psichiche minori, sindromi ansiose, depressioni, manifestazioni di tipo psicosomatico, etc.

In generale gli studiosi di medicina delle migrazioni hanno dimostrato l'esistenza di reazioni psicoemotive allo stress, dovuto dalle condizioni scadenti ed emarginate di vita dell'immigrato. Fattori di rischio sono: mancanza di lavoro e reddito, professioni rischiose non tutelate, degrado abitativo (senza fissa dimora, coabitazioni forzate, promiscuità, ecc), assenza di supporto familiare, clima diverso, abitudini alimentari diverse, abitudini voluttuarie (fumo, alcol ecc.), rischio di devianza (microcriminalità), discriminazione di accesso ai servizi sanitari.

La presenza di reazioni emotive sotto forma di manifestazioni psicosomatiche è forse il carattere più tipico delle patologie psichiche degli immigrati, con particolare peso nella componente femminile dell'immigrazione.

Dai dati rilevati su oltre dodici mila immigrati che si sono rivolti nel decenni 1983-1993 alle strutture sanitarie della Caritas diocesana di Roma, risulta che i sintomi prevalenti sono quelli dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e di tipo infettivo. La diagnosi di malattia psichiatrica risulta marginale, non superando l'1,7% sul totale delle patologie diagnosticate.

A questo riguardo va sottolineato come tra gli immigrati extracomunitari esista una diversa concezione della malattia tanto che la forte coesione tra individuo e comunità d'appartenenza, nonché la presenza di costruzioni culturali e simboliche di attribuzione della malattia mentale a fattori naturali o magici e

[198] *ibidem*

[199] Testo riportato integralmente in appendice.

sovrannaturali (fato, tabù, contagio per contatto, fatture e malocchio), determinano una sostanziale sotto utilizzazione dei servizi psichiatrici e di igiene mentale[200].

6.4. Il rapporto medico-detenuto: rischi e burn-out[201]

Le condizioni ambientali in cui si svolge l'attività sanitaria sembrano essere responsabili del rischio di burn-out[202] che può colpire il personale, nel quale è possibile notare una alta percentuale di assenteismo e una serie di disturbi sintomatici di uno stress emotivo quali ipertensione, abulia, etc. Gli operatori intervistati da Andreano hanno riconosciuto che l'ambiente carcerario rappresenta "un fattore ansiogeno per il personale medico e paramedico".

L'autore ha provato ad individuare alcune problematiche e ad analizzarle come possibili cause di difficoltà nello svolgimento dell'attività professionale.

- **relazione tra medico e detenuto**: si muove solo apparentemente secondo gli schemi di quella ordinaria che si instaura fra medico e paziente in quanto le manifestazioni patologiche stesse, in carcere, sembrano "diverse"; la posizione del sanitario è "diversa" in quanto codificata dall'Ordinamento Penitenziario ed è inserita in una organizzazione non prettamente di tipo sanitario, tanto che i suoi compiti esulano dalla normale applicazione della medicina. Il rapporto che si crea fra detenuto e medico non è di tipo "fiduciario" come si intende nella relazione con il paziente. Questo però non significa che la fiducia non possa entrare nell'operare del medico penitenziario, ma costui deve essere messo nella condizione di rispondere adeguatamente alle richieste "accettabili" del detenuto e, sopratutto, che non si ponga in una condizione di conflitto con lo stesso. Di contro l'attività medico-legale, svolta dal personale sanitario, difficilmente fa si che il detenuto veda nel medico solo la persona che è lì per curarlo.

---

[200] Per questa interpretazione vedere "*Immigrati e salute mentale*", in: Studi sociali e giuridici\Studi explorer 1-4…\malattiementaleedemerginazione, 07.09.01

[201] Per l'impostazione di questo capitolo si è seguito Andreano P., *Tutela della salute*, *op. cit.*, riportando fra virgolette anche brani significativi delle interviste da lui condotte nella C.C. di Solliciano al personale medico.

[202] La sindrome del burn out indica un processo di disinvestimento emotivo dell'operatore sanitario, nei confronti della propria professione, in risposta ad un carico di stress e alla tensione sperimentata sul lavoro. Le cause possono essere identificate anche nella frustrazione di non riuscire a rispondere adeguatamente al malato, nella inutilità degli sforzi compiuti. I fattori di rischio possono essere: alto carico di lavoro, scarsa autonomia, problemi di ruolo, insicurezza, rischi per la salute, salario inadeguato.

Di fatto il sanitario è "il punto di riferimento di problematiche che non sono sanitarie perché il medico è l'unico interlocutore con cui il detenuto riesce a parlare e ad esprimersi", diventa cioè la persona sulla quale il detenuto scarica le frustrazioni e le problematiche ambientali.

- **paziente "speciale"**: cioè " una persona che si vede circondata da avversari in un ambiente innaturale", con manifestazioni anomale e richieste non prettamente sanitarie.

- **"sanitarizzazione dei problemi**": è la tendenza, in ambiente carcerario, a risolvere le situazioni attraverso l'intervento medico. "Un problema che non si risolve, dal più piccolo al più urgente, diventa un problema sanitario. Il detenuto non riceve ciò che deve ricevere, si arrabbia, si taglia, non dorme, si agita. Si chiama il medico ma non si risolve il problema."

  Le richieste sono le più disparate: dal cambiare cella, alla possibilità di telefonare, oppure poter parlare con un Magistrato. La non risposta può determinare una manifestazione di protesta che si traduce sempre in una situazione sanitaria. Ovviamente non è nell'ambito medico risolvere questi problemi per cui l'utilizzo degli psicofarmaci diventa uno dei mezzi possibili per riportare la tranquillità nella sezione.

  Ma anche la stessa Amministrazione, a volte, cerca di ridurre gli eventi critici a problema sanitario: "Se uno protesta la prima cosa che dicono è: 'chiamate il dottore perché è agitato. Nei rapporti risulta che il detenuto si è agitato. Se poi uno invece di avere una crisi di agitazione, esce fuori dai binari si dirà che: 'in stato di agitazione è stato necessario contenerlo e quindi ha riportato...È stato chiamato il dottore ." In questo modo si cerca di far sottostare l'intervento medico e farmacologico alle necessità di sicurezza e disciplina del carcere.

- **"medicalizzazione impropria"**: esiste la strumentalizzazione ad opera del malato per ottenere vantaggi. Il detenuto può aggravare le sue reali condizioni o simulare uno stato patologico tanto da arrivare all'autolesionismo per ottenere un ricovero o altro beneficio, in quanto il medico penitenziario esprime parere in relazione a provvedimenti che incidono sul corso della detenzione (ricoveri, trasferimenti, incompatibilità, etc.). E lo stesso medico "vive in sè questa ambiguità di essere medico curante e, un minuto dopo, medico legale del suo paziente." L'ambivalenza del ruolo istituzionale "interferisce, crea un'ambiguità nel rapporto. Il cittadino detenuto deve vivere il proprio medico come quello che lo cura non come quello da cui può dipendere qualcosa. Lo stesso medico vive ambiguamente il suo ruolo. Non si può sostenere il paziente se questo ti può vedere come parte del sistema."

- **competenza clinica**: è necessario "che il medico penitenziario abbia occhio clinico 'vero' sia per essere terapeutico nell'intervento, sia per capire una simulazione". Le risposte emotive della persona, il suo stesso comportamento possono essere discriminanti: "Può sembrare un paradosso ma se veramente c'è una patologia il detenuto si fida poco del medico. Dà più noia (tra virgolette) in termini di richieste, la persona che vuole strumentalizzare la propria situazione. Il malato vero, in genere, non dà fastidio a nessuno." Si tratta di un ruolo difficile in quanto il sanitario si trova a rivestire il ruolo medico-legale con tutti i relativi oneri e senza essere, in

senso pieno, un componente effettivo dell'apparato penitenziario, anzi viene considerato come "un sottoposto" per quanto riguarda l'osservanza delle direttive e, al tempo stesso, un "libero" professionista.

Il problema dunque è sostanzialmente di conservazione di un'autonomia di giudizio tale che " Il medico che deve lavorare in carcere non deve pensare di lavorare in carcere. Deve pensare a fare il medico e basta. Non deve condizionare in qualche modo le sue scelte al fatto del detenuto. Non deve pensare che la persona possa essere un simulatore, a meno che non arrivi scientificamente a quella convinzione."

Il suggerimento è rivolto alla separazione dell'aspetto medico-terapeutico da quello medico legale "al quale va preposto personale esterno.": "Io medico curante non posso diventare medico di parte dell'autorità contro il detenuto esprimendo un parere avverso alla sua domanda: 'È incompatibile ?' Io devo rispondere al perito che accerto le condizioni. Farà lui le conclusioni."

6.5. Malattia e morte dietro le sbarre[203]

Ogni giorno nelle 212 carceri italiane tre detenuti tentano il suicidio. In un anno si verificano invece 1500 tra omicidi, ferimenti, incendi. Mentre quasi 6 mila carcerati l'anno mettono in atto lo sciopero della fame.

Il 13 aprile 2000, un uomo di 50 anni, Angelo Audino, è morto in una cella del Centro diagnostico terapeutico del carcere delle Vallette di Torino. Era stato arrestato ad aprile del '99, ma dopo alcuni mesi era stato ricoverato in ospedale e, a novembre, trasferito agli arresti domiciliari per le sue gravissime condizioni di salute. "Ipertensione arteriosa essenziale severa, cardiopatia ischemica monovasale e pregresso infarto miocardico con retinopatia causata dalle conseguenze", hanno detto i medici. Trascorse 23 ore a casa, era stato riportato in carcere per scontare una vecchia pena. Lì, le sue condizioni si erano aggravate e, la sera prima del decesso, gli era stato notificato l'ennesimo rigetto dell'istanza di differimento pena con la motivazione che le patologie di cui era sofferente sarebbero state controllabili in ambito carcerario. Quando il medico è intervenuto, il detenuto era già morto.
Il 1° maggio 2000, una donna di 28 anni, Giovanna Franzò, è morta nell'ospedale di Ragusa per un ascesso ai denti non curato. All'ospedale era giunta tre giorni prima, proveniente dal carcere della città, dove la donna, condannata a 7 mesi per furto, stava espiando la sua pena. Dopo settimane di sofferenze -

[203] *Malattia e morte dietro le sbarre*, in radicali.it/dossier-carcere/home.asp?q=3

il collo ingrossato, la febbre alta, il respiro sempre più affannoso - i medici del carcere hanno capito che la donna stava morendo e si sono decisi di ricoverarla in ospedale. La Tac ha rivelato l'evoluzione dell'ascesso dentario in una "mediastinite necrotizzante". Dopo due interventi chirurgici, la giovane vita di Giovanna Franzò si è spenta per sempre. Il 1° luglio, finita di scontare la sua pena, sarebbe ritornata a casa.

Il 20 maggio scorso, un uomo di 31 anni, Vincenzo Spina, si è impiccato nella sua cella del reparto "G7" dove si trovano i detenuti in regime di art. 41 bis (altissima sorveglianza e contatti limitati) del Nuovo Complesso del Carcere di Rebibbia. Stava scontando una pena all'ergastolo per omicidio. Il suo "fine pena: mai", si è risolto nell'arco di dieci anni.

Nella notte tra il 23 ed il 24 giugno, Eleonora Manna è morta di infarto nella sua cella nel carcere di Rebibbia.

Il 29 giugno, un giovane marocchino si è ucciso nel carcere di Modena, impiccandosi all'interno della cella di transito nella quale era detenuto. Era stato arrestato il giorno prima per resistenza a pubblico ufficiale, e aveva precedenti penali per droga. L'udienza di convalida dell'arresto era prevista il giorno dopo la sua morte.

Il 15 luglio, Giovanni S., 44 anni, detenuto da un anno nel carcere di Torre del Gallo (Pavia), si è suicidato. Si è stretto al collo la cintura dei pantaloni e, fissata alle sbarre di alluminio del letto a castello, si è lasciato soffocare fino alla morte. Giovanni S. era stato arrestato per spaccio di droga e una rapina e sarebbe dovuto uscire nel 2002. Non ha lasciato nessun messaggio, ma si era confidato con i compagni di cella sulle speranze di un'amnistia o di un indulto. Nell'apprendere dai telegiornali di mezzogiorno dell'uccisione di un maresciallo dei carabinieri in Puglia, ha temuto che la discussione politica sulla possibilità di un atto di clemenza si sarebbe arenata.

Alla Camera Penale di Milano è stato depositato un documento in cui è ricostruito il caso di A. Urso morto in carcere ad un anno di distanza dall'istanza di richiesta di scarcerazione per motivi di salute. Condannato a 4 anni e 6 mesi per un fatto di abusi sessuali, dopo l'arresto aveva subito chiesto il differimento della pena per gravi motivi di salute. L'istanza era stata respinta in quanto una perizia aveva stabilito che la cardiomiopatia dilatativa di cui era affetto poteva essere curata in carcere. Il 25 gennaio 2001 Urso aveva avanzato richiesta di arresti domiciliari e il 5 maggio era stato ricoverato all'Ospedale di Monza per un grave scompenso cardiocircolatorio. Tre giorni dopo il Tribunale di Sorveglianza aveva fissato per il 10 luglio l'udienza per decidere l'eventualità degli arresti domiciliari. Però Urso è morto il 5 giugno 2001[204]!

Sono solo gli ultimi casi di morti in carcere. Stando ai dati, nel 1999, sono state 83 le persone morte dietro le sbarre e 59 i suicidi. A questi casi di persone morte tra le mura del carcere, vanno aggiunti almeno altri 100 detenuti morti sulle ambulanze o dopo il ricovero in ospedale. Sempre nel 1999, nelle carceri italiane sono stati inoltre registrati 9.794 casi di malattie infettive; 5.000 sieropositivi; 6.536 casi di

[204] Fonte "*L'Eco di Bergamo*", venerdì 13 luglio 2001, in *Ristretti*, agosto 2001

autolesionismo; 920 tentativi di suicidio; 1.800 ferimenti; 2 omicidi, 50 incendi; 5.500 scioperi della fame; 4.800 episodi di rifiuto di farmaci e terapie.

"Chi entra in carcere non perde solo la libertà ma anche la salute", ha dichiarato Francesco Ceraudo, presidente dell'Amapi, l'associazione dei medici penitenziari.

6.6. La comunicazione negata: il suicidio

Con Tamburino si concorda che "gli atti di autolesionismo si prestano ad interpretazioni diverse. Spesso rinviano ad una certa teatralità, frutto del bisogno di catturare l'attenzione per instaurare un rapporto: un bisogno prepotente quando ci si sente abbandonati nel ventre di un'istituzione. Non così il suicidio, che non prevede nessun rapporto ulteriore ed anzi tronca definitivamente ogni relazione. Il suicida dichiara – senza ambiguità, senza alternative – che la sofferenza è stata più forte dell'istinto di conservazione. […] il condannato cessa di essere un recluso per affermarsi, attraverso la radicale negatività del gesto, come essere umano.[…] il suicidio appartiene alla storia dell'uomo, dentro e fuori le prigioni. Se si guarda al detenuto come a un caso patologico anche quando si suicida, si insiste nell'errore di non vederlo come persona e ci si condanna ad una comprensione limitata"[205].

Di fatto ho scelto di scrivere del suicidio in questa sezione "aree problematiche della tutela della salute" proprio per non confondere questo estremo gesto di resistenza con una qualsivoglia patologia. Il rischio che si corre è quello di appiattire, di "sanitarizzare" questa sola libertà, magari forse paradossalmente indotta anch'essa dall'istituzione, di negare questa ribellione. Di non volere ascoltare per l'ennesima volta questo urlo silenzioso e perforante la nostra umanità!

La media nelle carceri italiane è di un suicidio alla settimana! E l'istituzione vive questo atto di libertà come uno scacco, un fallimento. Per fronteggiare questa problematica dal 2000 il Dipartimento ha creato una Unità di monitoraggio (UMES)[206] per esaminare individualmente i casi di suicidio avvenuti, per tentare di capire cosa è successo, per vedere cosa si è fatto e cosa si può fare ancora.

Dall'analisi condotta emerge che alcune persone erano state segnalate come depresse o a rischio mentre i casi più frequenti riguardano persone di cui nessuno sospettava. Sono segnalati casi di persone alle quali mancavano pochi mesi alla scarcerazione o che fino a pochi minuti prima giocavano e scherzavano con i compagni di cella. Esistono poi morti che potremmo definire senza causa, delle quali nessuno parla, che

[205] Tamburino G., 2001, www.leduecitta.com/testi/nov01/iltema
[206] I componenti dell'Unità sono: Tamburino G., Gianfrotta F., Sabella A., Grazioso M.G., Pagano L.

non rientrano in alcuna statistica. Sono le morti di ex-detenuti o in procinto di essere liberati, sono le morti "dentro" che non hanno spiegazione medica. Sono le morti di coloro che in carcere, paradossalmente hanno lasciato la vita, la speranza, non ritrovano più loro stessi. Sono coloro hai quali Zeus ha tolto l'anima e lasciato l'angoscia di essere liberi! È "quel non saper uscire – non sapere e non poter uscire – dalle relazioni in cui si genera la propria sofferenza e dalle forme di auto-rappresentazione che la moltiplicano: questa è la prigione estrema"[207].

In una analisi si legge "Restituito al mondo esterno dopo essere stato orrendamente mutilato nel suo Sé-relazionale, chi è stato a lungo ospite di un'istituzione totale non ha più alcun luogo affettivo e realizzativo verso cui dirigersi e in cui ritrovarsi. […] Perso alla possibilità stessa di una sua autonoma reintegrazione in essi". "Di qui quello spaesamento doloroso, quello sbigottimento ineffabile per il rifiuto totale che il mondo esterno gli oppone: quel diventare ciechi non appena raggiunta la luce"[208].

Come dicevamo sopra molti suicidi e morti non spiegabili avvengono in prossimità della scarcerazione o sulla porta del carcere: "Molti reclusi, perfettamente sani fino ad un certo giorno, si spengono repentinamente come da malattie mortali apparentemente inspiegabili. Il modo attraverso cui la medicina parla di queste morti – anoressia mentale, leucemia fulminante, cancro polmonare…- occulta la responsabilità sociale che ne è alla base e la catastrofe relazionale che le genera. Ecco, l'azione reclusiva non si limita ad amputare i rapporti sociali concreti del recluso, poiché, abbattendosi contro gli universi simbolici che interessano il suo Sé-relazionale, li spinge al crollo"[209].

Riflette Tamburino che "forse è preferibile […] creare situazioni che facciano comprendere che la vita va apprezzata anche da chi è in carcere. Fattori positivi in questo senso sono il valore che viene dato alla salute, il riconoscimento di un significato della pena che si sconta, la prospettiva di una speranza al di là delle sbarre".

Ma, di fatto, gli unici provvedimenti che vengono messi in atto nei confronti di chi tenta il suicidio sono gli stessi che verrebbero presi nei confronti di un banale e qualsiasi malato di mente (!): visita del medico, colloquio con lo psicologo e con l'educatore, visita psichiatrica. Alla fine adozione di una misura preventiva che spesso consiste nell'isolamento o nella grande sorveglianza! [210].

"Ecco: qui ci vorrebbe un sogno, uno spazio personale di attività, una nuova speranza, dalla quale sussurrare a se stessi: Alzati!Alzati e cammina – questa è la strada.

Va detto ancora che il crollo di tutti gli universi simbolici può giungere anche dopo molti anni di vita reclusa, quando quell'Altrove alle cui fonti il recluso si era finora dissetato, per una ragione qualunque, s'inaridisce e dissecca. E a questo punto non resta che un'unica libertà: la libertà di morire"[211].

Tamburino riflettendo si chiede: "Come si può lavorare nella direzione di una ecologia del carcere? "Ecologia" significa una quotidianità più sana; significa prevenzione dello stress del personale […] significa disporre di strutture che liberino dall'incubo sicurezza per dedicarsi maggiormente alla cura di aspetti di vivibilità". Conclude sottolineando che "La capacità di ascolto dell'istituzione talora serve a poco se manca l'interlocutore rappresentato dai compagni di vita del detenuto a rischio. La prevenzione del suicidio ha bisogno dunque di una comunicazione tra detenuti e istituzione".

---

[207] Curcio R., Petrelli S., Valentino N., *Il bosco di Bistorto*, *op. cit*., p. 145
[208] *ibidem*, p. 160
[209] *ibidem*, pp. 134-135
[210] Bartolin M., *La questione psichiatrica, op. cit.*
[211] *ivi*

Ma non dobbiamo mai dimenticare che la morte di un detenuto è un problema per il carcere che deve tutelare la vita e mantenere, in qualche modo, l'integrità fisica dei suoi ospiti[212]. Ma per motivi molto più profondi il suicidio è lo scacco matto del detenuto ai dispositivi di sorveglianza, di sicurezza, alla fagocitazione carceraria. È la sconfitta dell'istituzione che ha lasciato uno spiraglio da cui è passata l'individualità non coartata. Infatti il suicidio carcerario viene descritto come "devianza che si manifesta non tanto attraverso la condotta criminale, quanto nella forma della condotta del "folle", ossia del deviante delle "norme residuali""[213].

6.7. La "banalità" della salute

Perdendosi nel mare della comunicazione globale a volte si trovano paesi non dimenticati dai topi…[214]

"*Aiuto, sto male! Potrebbe sembrare un vecchio titolo di giornale che parla del governo italiano, invece no, è la realtà del modo in cui si pone il problema della sanità all'interno di San Vittore, struttura ormai in come irreversibile.*

Elencheremo ora quello che giornalmente accade nei tre piani di questo paese dimenticato dagli uomini e da Dio.

Solo topi e gatti vivono indisturbati e a proprio agio in quest'area ben fortificata da muri, sbarre e agenti.

Ci piacerebbe, prima di ogni cosa, potere avere chiaro dove finisce la responsabilità della direzione e dove comincia quella del clero, poiché è una responsabilità che le due istituzioni si rimbalzano come una palla pesante e sempre in gol.

Il medicinale più usato e in alternativa a qualsiasi terapia è la così antica CAMOMILLA; infatti, quando una compagna sta male e chiede aiuto, si sente rispondere "camomillati".

Tutte le detenute hanno in comune un divieto d'incontro, con chi?

Ma con il "medico" naturalmente; forse bisognerà fare una specifica domandina al GIP?

Non riusciamo più a distinguere, camminando per le sezioni, quali siano le scene felliniane e quelle lageriane.

Se poi volessimo parlare dell'isolamento sanitario, ci troveremmo in grave difficoltà non sapendo da che parte cominciare.

È un isolamento solo per mettere in pace le coscienze dei sanitari perché la cella è sul piano, le docce (solo 2) sono le stesse, il disinfettante è acqua all'80% e l'aria è comune; quindi di "isolamento" rimane solo il nome.

Per malate non gravissime ci siamo sentite dire dai medici di formare dei gruppi, per non creare troppo disturbo o lavoro, in modo che il dottore possa effettuare un'unica visita.

---

[212] *Tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati*, circolare Amato n. 3233/5683, 30 dicembre 1987

[213] Bartolin M., *La questione psichiatrica, op. cit.*

Pensiamo che neppure il peggiore dei veterinari si comporterebbe così con un gregge di pecorelle.
Inoltre, siamo convinte che i tagli della sanità partano da qui, considerando anche che gli sponsor dei medicinali in uso sono pochi e sempre gli stessi: "AULIN-VELAMOX" (sono i primi in graduatoria ed efficaci per tutti i mali).
C'è comunque anche la possibilità di essere ascoltate e visitate quasi tempestivamente quando entra in campo la parola spauracchio: "DIRIGENTE SANITARIO".
Ma non sempre si ha la voglia di passare a questo genere di minacce o compromessi.
Forse ha ragione il nostro amico quando dice che è presunzione voler caricare il peso di un cavallo su di un piccolo pony.
Comunque, uscendo nei corridoi per andare a prendere il solito AULIN, abbiamo notato che si vedono i primi risultati dell'"effetto Topo" (casi di leptospirosi – n.d.r.): ci sono i corridoi stipati di mobili, forse stanno imbiancando e disinfettando in modo serio?
Se un topo può fare tutto ciò, ben venga!"

6.8. Perché non si parla di sessualità?

Parlare di sessualità nelle istituzioni totali è parlare di libertà, è infrangere il tabù del "diverso", di colui che nel rivendicare la sua sessualità ti sbatte in faccia che è uguale a te, uomo o donna, persona con un corpo. Il diverso è sempre stato considerato un'astrazione ma fin troppo vero nella sua esclusione: i matti, gli handicappati e i delinquenti fanno parte dell'immaginario collettivo volto a tutelare una moralità di giustizia. Le sbarre delle istituzioni e i cancelli della nostra ipocrisia vogliono cancellare il corpo delle persone colpevoli di diversità. La sessualità poi non viene mai intesa come fattore atto a contribuire a quello "stato di benessere psico-fisico" definito dall'OMS come stato di salute. Deleuze sostiene che "Io debbo avere un corpo, è una necessità morale, un'esigenza".
Molta letteratura e cinematografia raffigurano la sessualità dei reclusi come estrema, quando non brutale, confinante con la sopraffazione, subdolamente perversa. Il detenuto affetto da priapismo? Alla costante ricerca di oggetti di consumo sessuale?[215]
Ma in carcere "come i bambini soli si creano talvolta un compagno di giochi immaginario, così i reclusi, sessualmente deprivati, s'infiammano per le donne del vento". "L'amante immaginaria". E le fate e i fantasmi fanno si che si abbia una torsione della sessualità e stati di trance autoerotica.
E nei colloqui "egli può accarezzare l'amata con suadenti parole o farsi fare moine dalle sue. Loquizzazione dell'eros. Dietro la parete di vetro la guardi, l'addetta al controllo visivo non sente […] territori auditivi dell'intimità, riscoperta del tono nel suono. Analogia con gli stati […] di sogno lucido.

[214] Documento integrale da www.ecn.org/lilamilano/facce_maschere.htm, 02.10.01
[215] Gallo E., Ruggiero V., *Il carcere immateriale, op. cit.,* p. 69

Mentre una parte di sé si tende in un controllo ipervigile della situazione circostante, un'altra parte si estranea da tutto e si perde nel gioco della relazione più intima e affettuosa."

"Sogno di eccitazione erotica […] sensazioni di un corpo, perdute e ritrovate, che in questo lucido sogno si elaborano in fantasia guidata, portando a scioglimento l'ingorgo dell'eccitazione".

"Alla sinistra della sua branda, sul muro, proprio all'altezza degli occhi quand'era in posizione sdraiata aveva scritto…nomi. Trecento nomi…donne di carta e donne di scrittura…ne sceglieva uno. Era questo il suo mantra per entrare in trance: la ripetizione estenuante di quel nome"[216].

Gallo e Ruggiero concordano con Curcio e altri nel sostenere che i surrogati di donne che invadono ogni angolo di celle altro non sono che una risposta alla paura della perdita completa della propria dimensione sessuale a causa della deprivazione carceraria, "ai detenuti si impone una sollecitazione forte che colmi il vuoto degli stimoli, che scongiuri lo smarrimento totale di ogni desiderio"[217].

Alla torsione della sessualità si contrappongono due momenti, "intenzionalmente curativi":

- il recluso si rivolge all'altro sesso interiorizzato e, con tutto se stesso, si tende al recupero delle memorie sensoriali del suo vissuto erotico. Sembrano ricreare l'archetipo dell'androgino nell'intimo delle loro trance auto-erotiche.
- il recluso attua una estraniazione, cioè una dislocazione dell'immaginario fuori dal corpo, dove proietta anche i segni, i desideri, la stessa vita. Ovvero le offerte del mercato carcerario sono "videodonne, pornofantasmi e sogni di carta" che conducono fuori dall'esperienza sensoriale[218].

In base ad una ricerca condotta da due sessuologi nel carcere penale di Porto Azzurro, l'immaginario erotico dei detenuti per il 68% è collegato al tempo precedente la carcerazione; un 15% è legato all'effetto prodotto la lettere di mogli o amiche; un 27% dipende da immagini televisive; il restante 18% si accontenta di riviste pornografiche.

"La sensibilità erotica subisce in carcere una torsione violentissima. L'assenza di relazioni, prolungata, genera una difficoltà a percepire gli altri come persone concrete. Questa difficoltà può essere la premessa per la totale cancellazione dell'Altro; per la cancellazione del suo erotismo e della sua sessualità. Terribili le implicazioni: una cultura che non vede l'Altro come persona concreta ha, tra i suoi esiti possibili, lo stupro"[219].

Nadia e Vincenzo lottarono perché in carcere ci fosse una zona franca, ma dicono che "si può arrivare a vedere come una debolezza il nostro atteggiamento: affermare l'importanza dei propri sentimenti significa in realtà fare una scelta individuale, oppure rischiare di finire nel ridicolo, oppure ancora andare incontro ingenuamente alle inevitabili vessazioni supplementari che il carcere riserva ad ogni pensiero messo a nudo". Sostengono inoltre che l'affettività e il sesso non devono rientrare in una logica premiale perché "in questo modo anche il rapporto tra i sessi viene a fare parte delle politiche lealizzatrici delle coscienze, diventa premio o tortura bianca per la conversione"[220].

---

[216] Curcio R., Petrelli S., Valentino N., *Il bosco di Bistorto*, *op. cit.*, pp.17-32
[217] *ivi*
[218] *ivi*
[219] *ibidem*, pp.17-32
[220] Gallo E., Ruggiero V., *Il carcere immateriale, op. cit.*, p. 71

SECONDA PARTE

INCHIESTA SULL'ASSISTENZA SANITARIA E SULLA SALUTE ALL'INTERNO DELLA CASA DI RECLUSIONE DUE PALAZZI, PADOVA[221]

Presentazione

L'inchiesta condotta all'interno del carcere Due Palazzi si inserisce nel "Progetto Obiettivo per la tutela della salute dell'anno 2000" che espressamente prevede, fra le altre cose, che le A.S.L. predispongano "una ricognizione dei rischi per la tutela della salute" nelle carceri di rispettiva competenza con il coinvolgimento degli stessi detenuti e degli operatori penitenziari.

Il Veneto non partecipa alla sperimentazione avviata e nelle carceri di Padova non è stata finora effettuata alcuna ricognizione da parte delle A.S.L. per accertare la natura e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate alla popolazione detenuta.

Il Centro Studi del Centro di Documentazione[222] Due Palazzi prende spunto dalle indicazioni contenute nel Progetto Obiettivo, per realizzare, in collaborazione con la Direzione dell'Istituto, i dirigenti sanitari e il Gruppo Abele di Torino, una ricerca con un questionario anonimo distribuito ai detenuti nel mese di ottobre del 2001, i cui risultati saranno inviati al Ministero della Sanità.

Il valore di questa iniziativa è molto alto in quanto è stata seguita in tutte le sue fasi dai detenuti: dall'ideazione del questionario all'elaborazione statistica (sia pure con la supervisione dei volontari e di altri operatori). Per altro, questa ricerca dimostra che non servono grandi finanziamenti per portare a termine delle rilevazioni serie e strutturate.

I questionari sono stati distribuiti a 680 detenuti: 420 sono stati i questionari compilati, pari al 62% della popolazione coinvolta (i presenti nella Casa di Reclusione al momento della rilevazione). I detenuti–redattori di Ristretti Orizzonti[223], hanno illustrato il questionario agli intervistati e hanno poi curato anche l'elaborazione dei dati.

Il questionario è composto da 75 domande, molte delle quali prevedono anche risposte aperte, per dare agli intervistati la possibilità di esprimere opinioni ed esigenze personali, ed è strutturato sulla falsariga dell'ideale percorso detentivo di una persona con problemi sanitari nella norma (per lo standard del carcere).

Il questionario è strutturato in sezioni:

1. Informazioni socio-anagrafiche
2. ingresso nel carcere
3. scioperi della fame e atti di autoaggressività
4. rapporti con il personale sanitario del carcere
5. uso di farmaci e diete
6. ricoveri sanitari

[221] Ricerca interamente condotta dalla Redazione di Ristretti Orizzonti, giornale operante all'interno della Casa di Reclusione Due Palazzi di Padova.

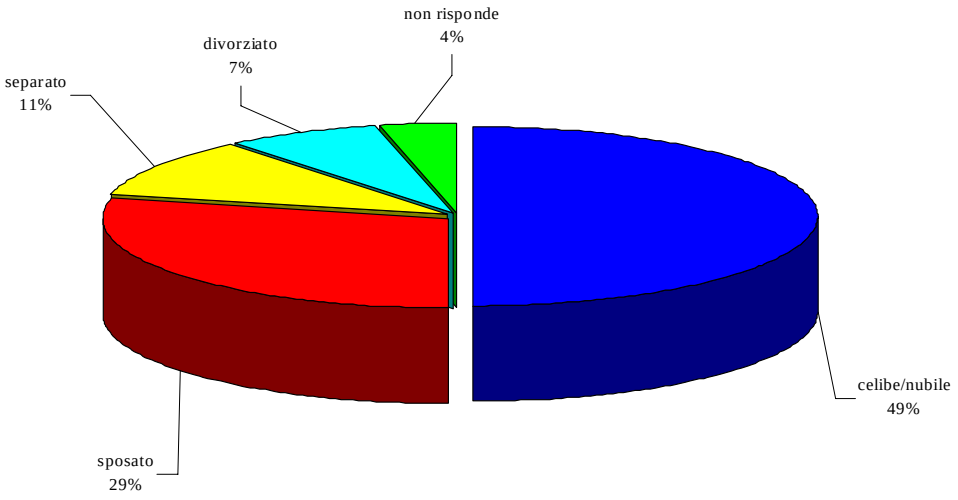
[222] Complessivamente vi lavorano una settantina di persone, tra detenuti e volontari esterni. Ne fanno parte il Gruppo Rassegna Stampa e la redazione di Ristretti Orizzonti.

7. informazione sanitaria
8. i problemi specifici dei tossicodipendenti
9. il bisogno di assistenza sociosanitaria dopo la scarcerazione
10. problemi di salute denunciati dagli intervistati
11. suggerimenti degli intervistati per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria nelle carceri

1. Informazioni socioanagrafiche

Sono gli italiani a rispondere per la maggior parte (70%) al questionario.
Dal grafico successivo si nota che la metà dei detenuti è celibe, il 29% è coniugato e il 18% sono separati o divorziati. Il 49,5% ha figli. Questo significa che un 2,5% ha figli senza un legame matrimoniale.

Stato civile degli intervistati

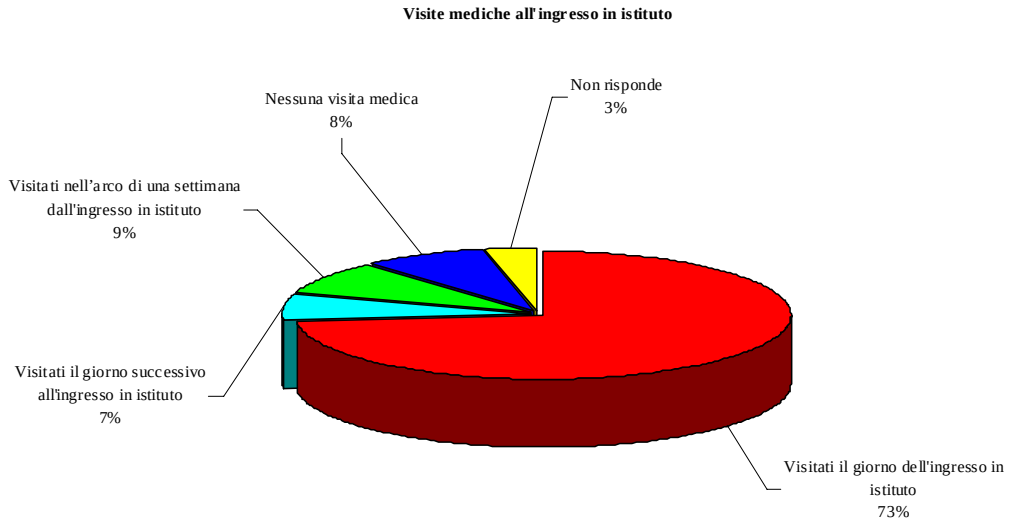


Il 33% è alla prima esperienza di carcerazione, il 61% è recidivo. L'87,6% dei detenuti è definitivo.

2. Ingresso nel carcere

All'ingresso al carcere i detenuti sono sottoposti obbligatoriamente ad una visita medica "mirante ad accertare eventuali infermità fisiche o psichiche" (art. 11 O.P.).
Nel 73% dei casi la visita da parte del medico avviene lo stesso giorno dell'ingresso, nel 16% entro la settimana successiva, ma l'8% dice che non è mai stato visitato.

[223] Rivista pubblicata bimestralmente all'interno della Casa di Reclusione Due Palazzi di Padova, da circa quattro anni e mezzo.



Per quella che è la nostra conoscenza, la visita medica di primo ingresso viene sempre fatta. Per altri versi può accadere che sia talmente frettolosa e formale per cui molti non ne conservano il ricordo, soprattutto a distanza di anni. Sta di fatto che, magari alla prima carcerazione, si sia talmente sperduti da rimuovere i "primi momenti" del carcere.

La prima visita consiste nel 42% dei casi in una visita medica generale, e nel 49% nella registrazione dei dati antropologici, dati che dimostrano come non esista un protocollo standard di visita d'ingresso.

All'ingresso il 59% viene sottoposto ad esami di laboratorio. Anche qui non sembra esistere un protocollo standard in quanto sono presenti dati disomogenei: l'88% dei soggetti è sottoposto ad esame del sangue, il 50,6% all'esame urine. Il consenso scritto è stato chiesto nel 51,4% dei casi per la ricerca HIV. L'esame HIV è stato effettuato dal 34,4% degli intervistati, acconsentendo con una dichiarazione scritta.

Per quanto riguarda poi l'esito degli esami è stato comunicato oralmente dal medico nel 58,6% dei casi, il 17,6% per iscritto e ben il 19,6% non riceve alcun tipo di informazione a tale riguardo. Capita pure, ma in bassa misura (3%) che l'esito venga comunicato da un infermiere o da altra persona.

All'ingresso in carcere 44 persone (17,6%) hanno scoperto di avere una qualche malattia, comunicata in modo formale dal medico nel 41% dei casi, in un colloquio prolungato, con un adeguato sostegno psicologico da parte del medico, nel 36%. Il ricorso alla diagnosi scritta si ha solo nel 16% dei casi. Ma anche qui le risposte alla domanda successiva smentiscono questi dati in quanto ben il 73% ritiene di non avere goduto di un adeguato supporto psicologico sia durante la comunicazione dello stato di malattia sia successivamente. Solo l'11% si ritiene soddisfatto.

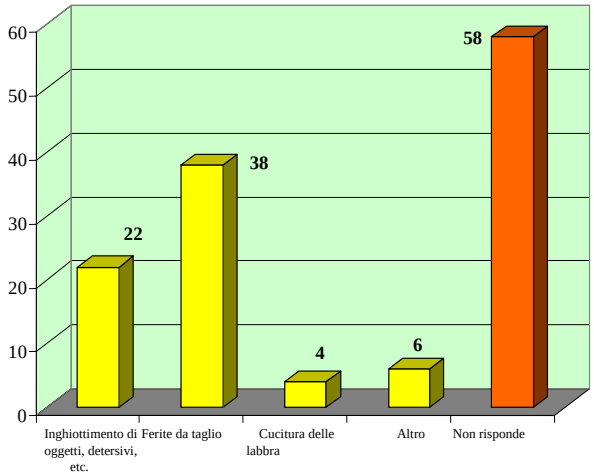
All'ingresso in carcere il 59% dei detenuti riceve in dotazione prevalentemente oggetti d'uso domestico (stoviglie, secchio, etc.), il 17% prodotti per l'igiene personale. Praticamente assente la divulgazione di opuscoli informativi sulle leggi carcerarie e sugli aspetti sanitari.

3. Autoaggressività

Sono state riunite in un'unica sezione del questionario le domande che riguardano le forme di protesta e rivendicazioni non violente, gli atti di autoaggressività e i problemi di natura psichica, in quanto espressioni di un disagio, difficilmente catalogabile e controllabile, che talvolta sfocia in gesti estremi, come il suicidio, e in altri casi determina il ricovero in strutture psichiatriche (O.P.G.).

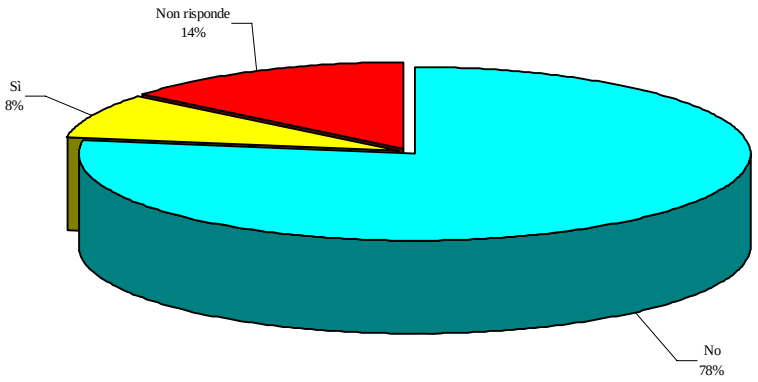
Dai dati si evince come circa il 30% degli intervistati nel corso delle carcerazioni abbia fatto, una (14,7%) o più volte (15,2%), lo sciopero della fame. Sono autori di atti di autolesionismo il 17,8%, con una preponderanza di ferite da taglio (50,6%), seguita da inghiottimento di oggetti e detersivi (29%). La cucitura delle labbra risulta agita in 4 casi (5,3%). Da sottolineare che le ferite da taglio e la cucitura delle labbra sono praticate prevalentemente da stranieri, l'inghiottimento di oggetti metallici, detersivi, ecc, soprattutto da italiani.

Hai mai compiuto atti di autolesionismo, durante la detenzione?

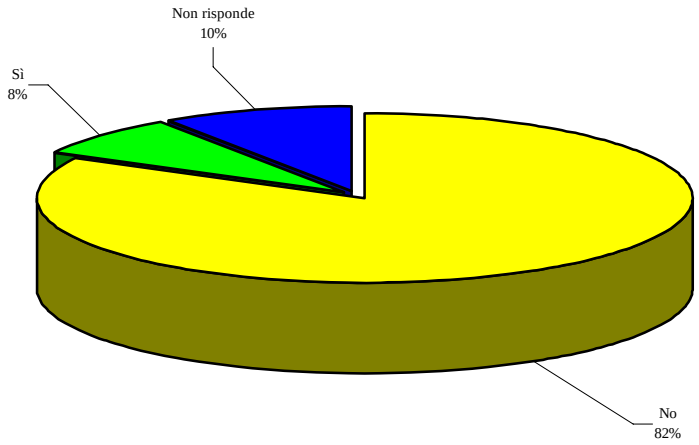


Il suicidio durante la detenzione è tentato in 35 casi (8,3%) e da 32 soggetti (7,6%) mentre erano in stato di libertà.

Hai mai tentato il suicidio, in questa o in precedenti carcerazioni?

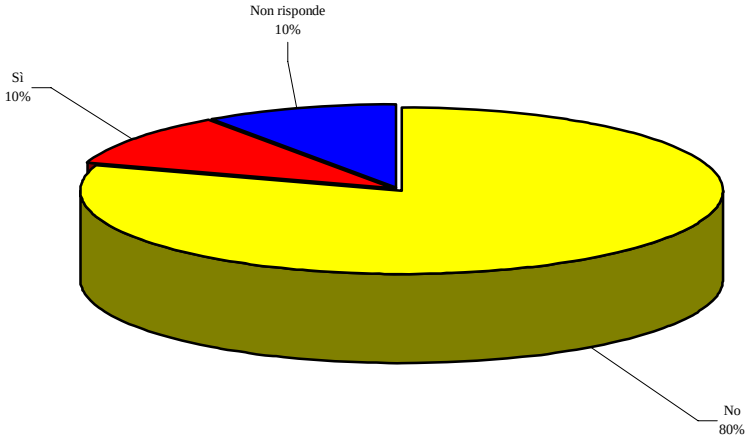


Hai mai tentato il suicidio, mentre eri fuori dal carcere?



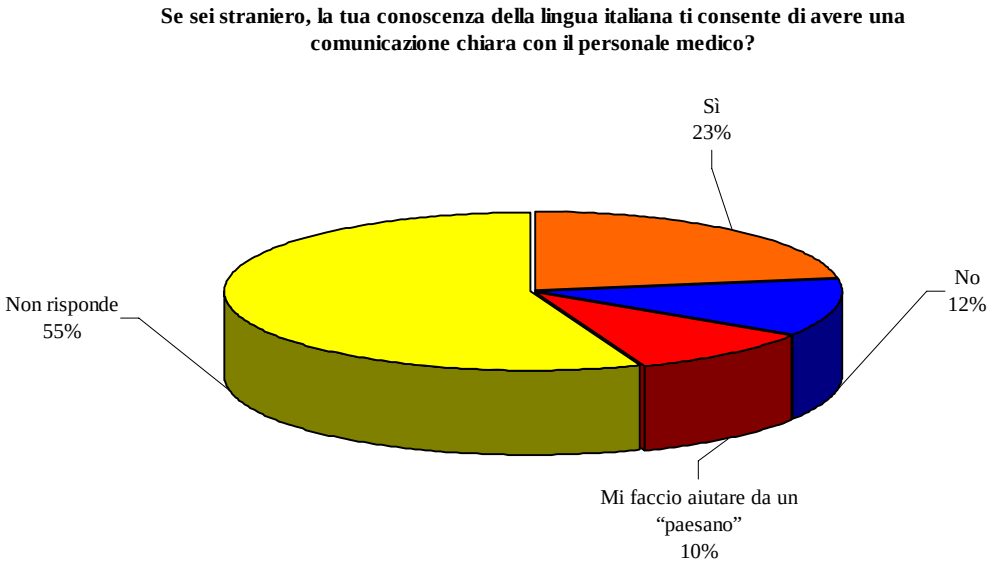
Su 420 soggetti 28 (6,6%), durante la carcerazione, sono stati ricoverati per motivi psichiatrici. Non è specificato il luogo di ricovero! Segnalano il ricovero in strutture psichiatriche, in periodi di non detenzione, 43 persone (10%).

Sei mai stato ricoverato in strutture psichiatriche, mentre eri fuori dal carcere?



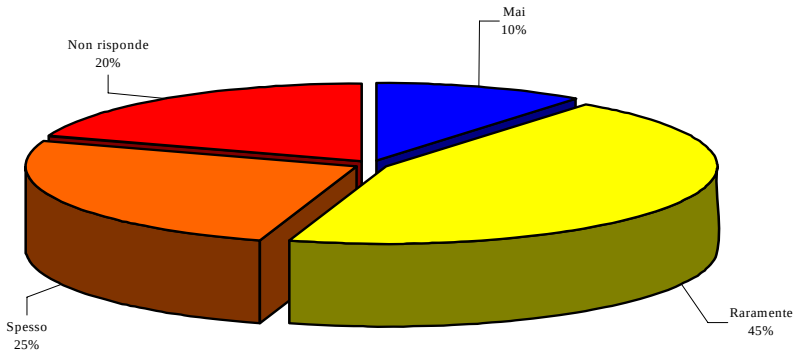
4. Rapporti con il personale sanitario del carcere

Questa sezione del questionario tocca uno dei punti dolenti dell'assistenza sanitaria in carcere.
Per gli stranieri la comunicazione con i sanitari è chiara nel 33% dei casi, a volte (10%) richiede l'aiuto di un "paesano". Non lo è nel 12%, ma la percentuale di non risposta a questa domanda è alta (55%).



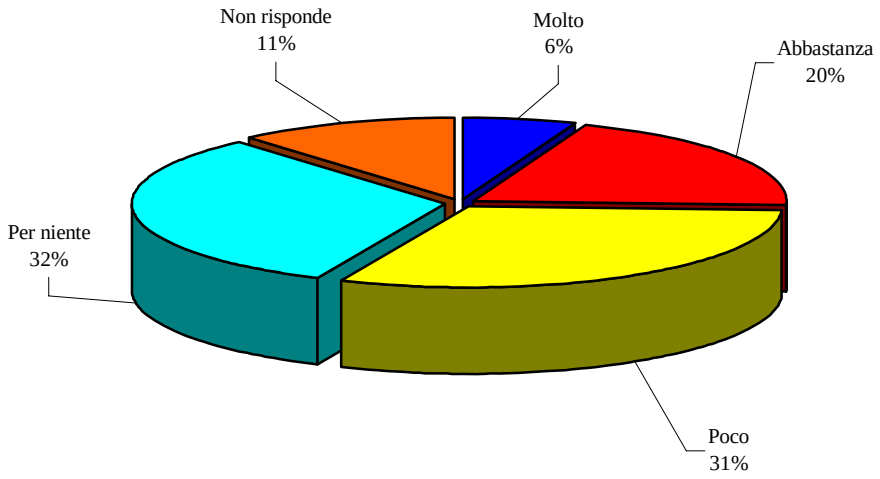
La stessa percentuale di non risposta riguarda le problematiche dovute alle diversità religiose o culturali nel rapporto con i sanitari. Con questi sono segnalati problemi dal 20% dei detenuti stranieri. Uno straniero scrive che "non devono esserci differenze etniche o economiche. Dovrebbero essere i medici a chiamare periodicamente i detenuti e non che debba essere il detenuto a chiamarli, quando si sente male: quanti malati in meno ci sarebbero".
In generale i detenuti chiedono raramente (45%) di essere visitati dal medico dell'istituto, con un indice di soddisfazione che per il 63% degli intervistati è molto basso (molto buono solo per il 6%).

Con che frequenza chiedi di essere visitato dal medico del carcere?



Il problema della superficialità delle visite, che siano quelle del medico o dello specialista è lamentato da molti. Ad esempio, un intervistato scrive che "servono visite mediche più frequenti e più complete, solo così si potrebbe prevenire qualsiasi malattia. Di solito, ora come ora, descrivi al medico il sintomo e lui ti prescrive una cura, senza nemmeno visitarti". Comunque questi episodi di non attenzione al malato sono "normali" negli ambulatori sia dei medici di base sia degli specialisti!

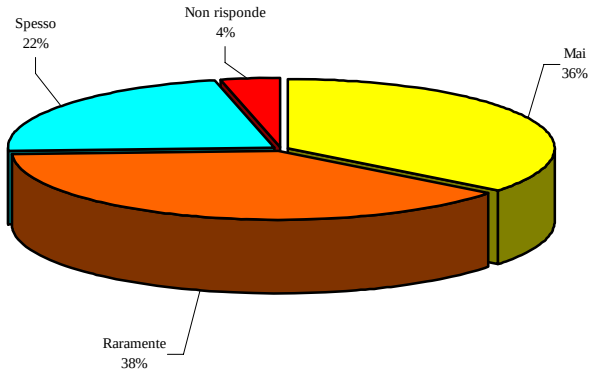
Quando hai avuto problemi di salute e ti sei rivolto al medico, sei rimasto soddisfatto?



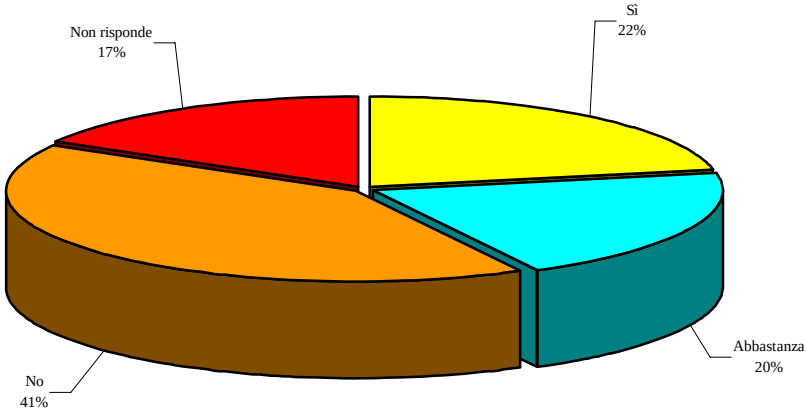
Il rapporto tra medico e paziente-detenuto è spesso falsato dal timore che quest'ultimo simuli il malessere, per ottenere vantaggi di vario tipo: "basterebbe un po' di buon senso per distinguere il vero malato da quello immaginario". Ma intanto un intervistato racconta: " Ho dolori fortissimi alla testa, ormai da tre anni, e chiedo ogni giorno una visita ospedaliera ma non la ottengo perché pensano che stia fingendo".

Per quanto concerne gli incontri con lo psicologo si nota che è solo il 22% a farne richiesta. La maggior parte degli intervistati considera questi incontri come non rispondenti alle proprie esigenze in quanto in numero non sufficiente.

Con che frequenza chiedi di incontrare lo psicologo?

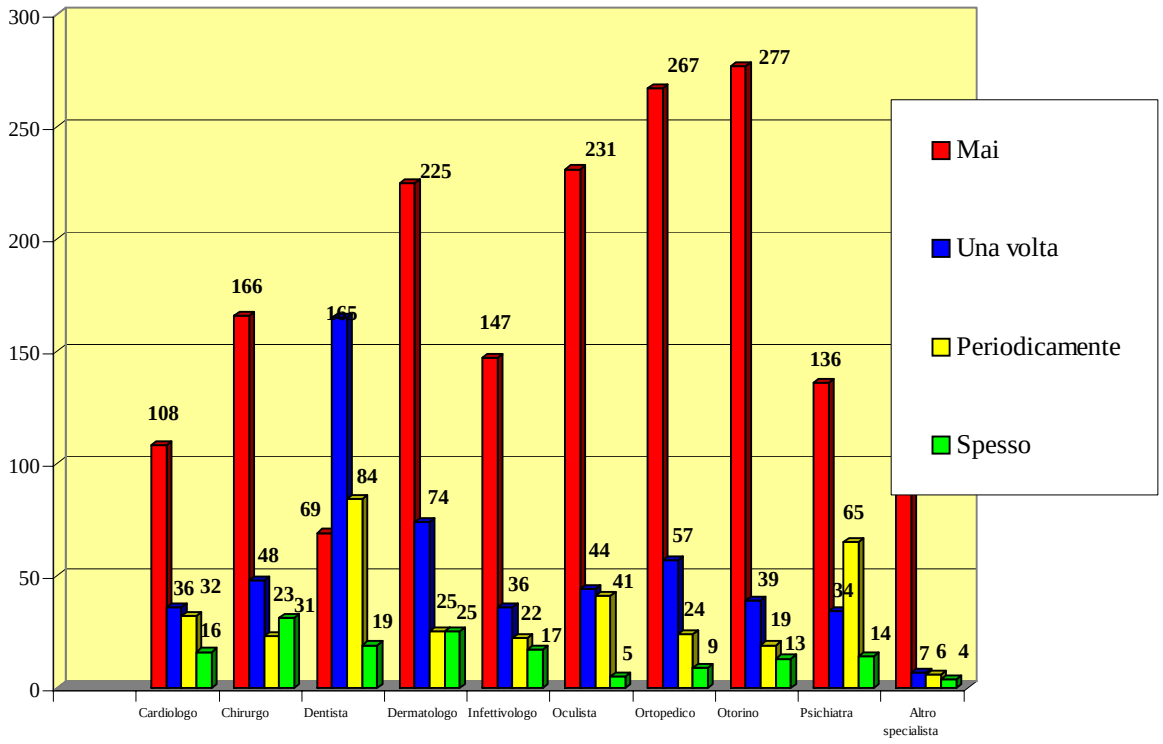


Ritieni che i colloqui con lo psicologo siano stati in numero sufficiente per le tue esigenze?

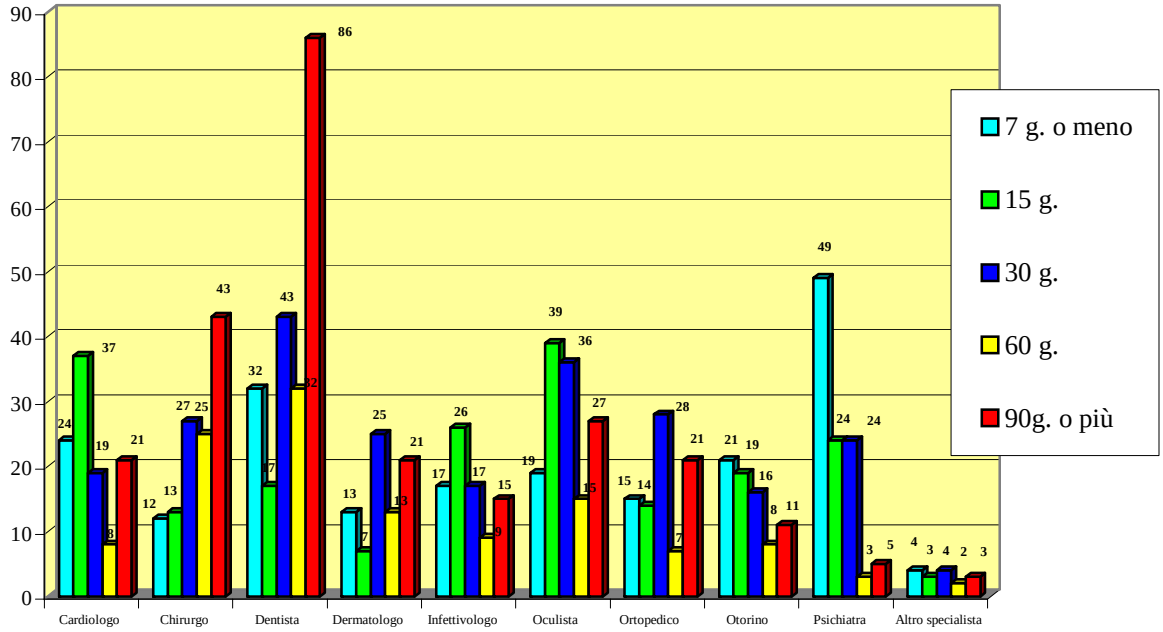


La seconda parte della sezione introduce un altro tema caldo, quello dei tempi d'attesa per essere visitato da uno specialista. Anche fuori dal carcere queste attese, a volte, durano mesi, solo che magari si può cambiare ambulatorio… I tempi di attesa variano a seconda della specialità: per lo psichiatra si attende meno di 7 giorni mentre per una visita dentistica la maggior parte dei soggetti attende anche 90 giorni e più. Se vengono prescritti esami clinici da effettuarsi fuori dall'istituto i tempi di attesa sono molto lunghi, di media dai 30 ai 90 giorni.

Sei stato visitato da un medico specialista del carcere?



Quanti giorni hai aspettato, in media, prima di essere visitato dai medici specialisti?

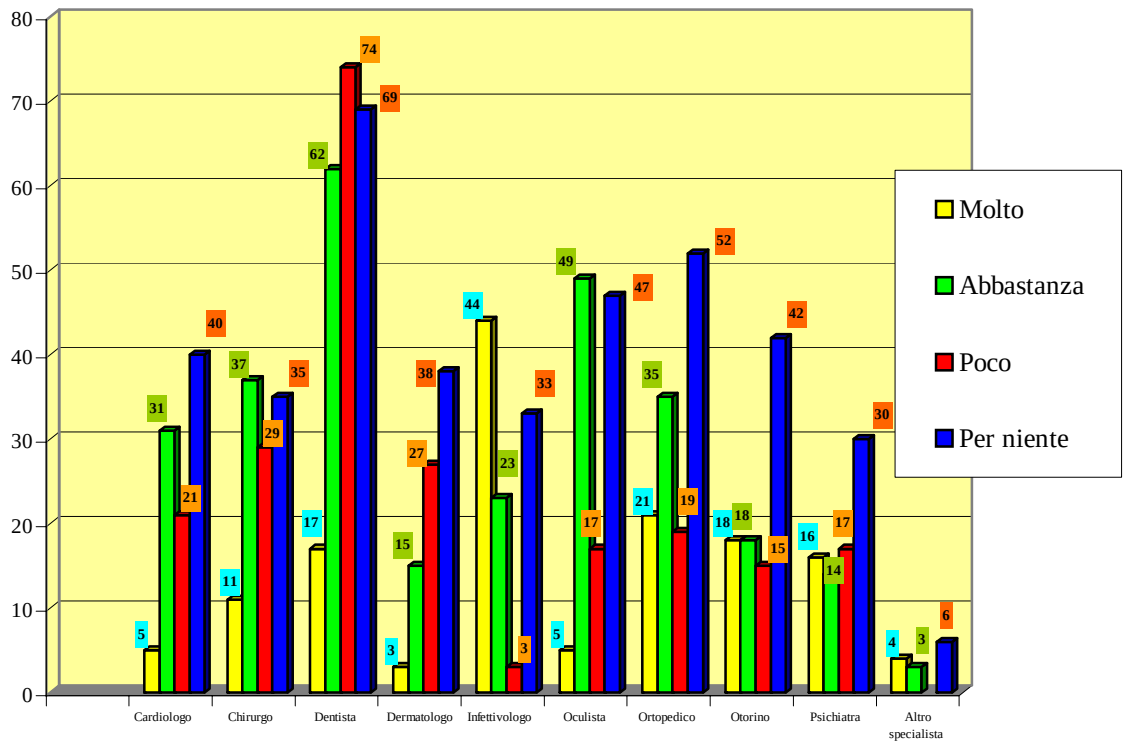


Il maggior numero di richieste di visite specialistiche è per il dentista. Gli interventi non sembrano avere continuità nel tempo dopo la prima visita. Raramente sembra esistere un controllo. Infatti un intervistato scrive che ha visto "il dentista una sola volta in sei mesi. E poi le cure non sono idonee: i denti vanno curati, non estratti. Se una persona rimane in carcere un po' di anni esce senza denti". Va detto che il dentista lavora in condizioni di perenne emergenza, perché un po' tutti hanno bisogno del suo intervento (circa l'80% degli intervistati) e molti frequentemente (più di 100 persone): la sua presenza sarebbe necessaria ogni giorno, invece che una, due volte la settimana, come accade ora.

Le visite psichiatriche mantengono invece un'alta percentuale di controlli periodici. Anche l'oculista sembra mantenere una continuità di controlli periodici. Le patologie dermatologiche (seconde numericamente alle richieste dentistiche) sembrano godere di un controllo costante e periodico.

L'indice di soddisfazione è basso per il dentista. Per l'infettivologo è molto più alta, come pure per l'ortopedico.

Sei rimasto soddisfatto dalla loro visita?



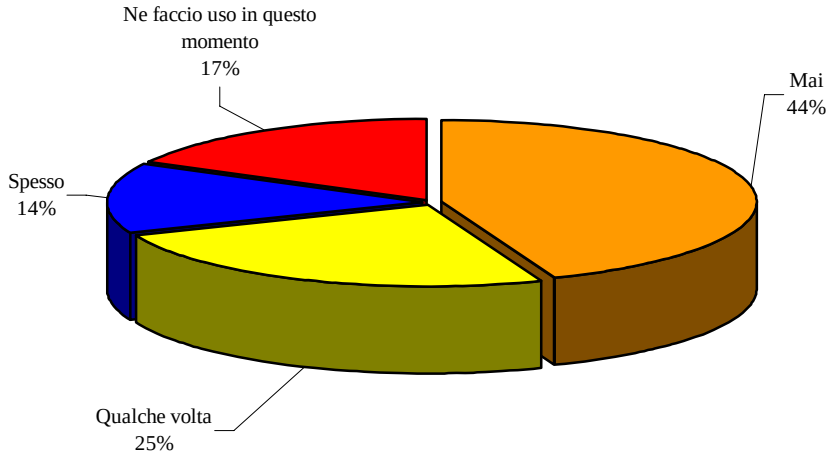
Il ricorso ad un medico di propria fiducia esterno è raro e per una minima percentuale di detenuti (11%).

Come commento ricordiamo che nell'Ordinamento Penitenziario, art. 11 comma 5, si legge che "L'assistenza sanitaria è prestata, nel corso della permanenza nell'istituto, con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati"!

5. Uso di farmaci e diete

In carcere il ricorso ai farmaci, in particolare a quelli psicoattivi (terapia per dormire, antidepressivi, ecc.), rappresenta la "soluzione più facile" per ogni problema di salute, quindi ne viene fatto un largo uso. Infatti, più della metà degli intervistati ha assunto o assume psicofarmaci.

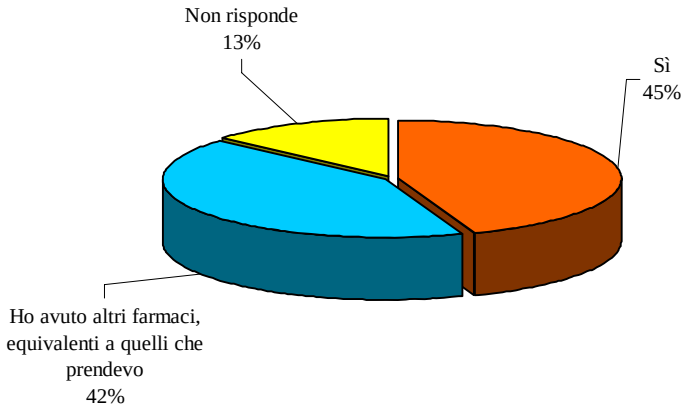
Hai mai usato degli psicofarmaci durante la detenzione (terapia per dormire, antidepressivi, etc.)?



D'altra parte, molti detenuti soffrono realmente di patologie che richiedono trattamenti farmacologici (e che richiederebbero anche un'alimentazione più adeguata di quella che offre l'Amministrazione), perché chi ha alle spalle storie di tossicodipendenza, di alcolismo, di deprivazione, di vita ai margini, non può che pagarne le conseguenze anche in termini di salute.

Il 25% dei soggetti prima di entrare in carcere seguiva una terapia che prevedeva l'uso di farmaci particolari, che ha potuto, nella maggior parte dei casi, continuare in carcere, o con gli stessi farmaci o con farmaci equivalenti.

In questo carcere hai potuto avere gli stessi farmaci che assumevi prima dell'ingresso?

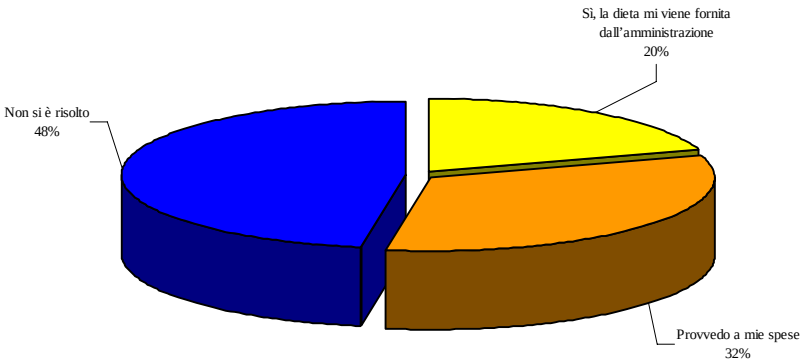


L'indice di soddisfazione per i farmaci prescritti in carcere è pari alla non soddisfazione. Dei farmaci, però, non sono state fornite informazioni sulla natura della composizione e sugli effetti collaterale nella quasi totalità dei casi.

I problemi emersi riguardano principalmente la difficoltà di ottenere i farmaci adatti e di poterli assumere nel momento in cui servono. Un intervistato scrive che "in carcere l'assistenza sanitaria non funziona, se non per le sole patologie a livello terminale e senza poi offrire cure adeguate, per mancanza di farmaci adeguati". Il che è spaventoso, perché in carcere non dovrebbero stare persone con patologie terminali! Speriamo sia solo un "modo di dire: terminali" e non in senso strettamente sanitario e medico! Per quanto riguarda poi l'accessibilità e la gratuità delle cure un altro intervistato scrive che "bisognerebbe poter acquistare (a proprie spese) qualsiasi farmaco che sia necessario, senza dover fare la trafila della richiesta di autorizzazione al direttore". Un altro dice di soffrire di frequenti mal di testa e "per avere un analgesico devo aspettare 24 ore. In cella non è possibile tenere nemmeno una compressa d'emergenza, altrimenti prendi rapporto e conseguentemente perdi 45 giorni di liberazione anticipata".

Per quanto riguarda i problemi legati alle diete si vede che solo in pochi casi (20%) è fornita dall'Amministrazione un'alimentazione adeguata. Una buona percentuale (32%) provvede a proprie spese.

Se la tua malattia prevede una particolare dieta, il problema è stato risolto?

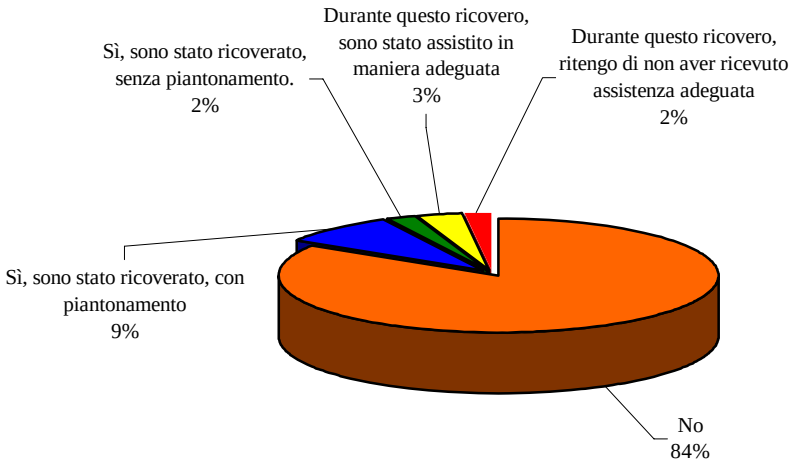


Certo è che la maggior parte (48%) lo vive come problema irrisolto. E "il vitto carcerario non è adeguato per chi deve rimanere detenuto a lungo: col tempo provoca patologie gastrointestinali e avitaminosi". Ma in particolare un intervistato dice: "Soffro di ulcera gastroduodenale, sono stato ricoverato e operato due volte per emorragie interne. Non mi è possibile seguire una dieta specifica".

6. Ricoveri sanitari

Il 15% dichiara di essere stato ricoverato all'Ospedale Civile, nel reparto "bunker"224, mentre il 10% afferma di essere stato ricoverato in un Centro Clinico Penitenziario. I casi di ricovero in corsia sono molto rari, la maggior parte dei quali con piantonamento.

Sei mai stato ricoverato, da detenuto, in una corsia dell'Ospedale Civile?

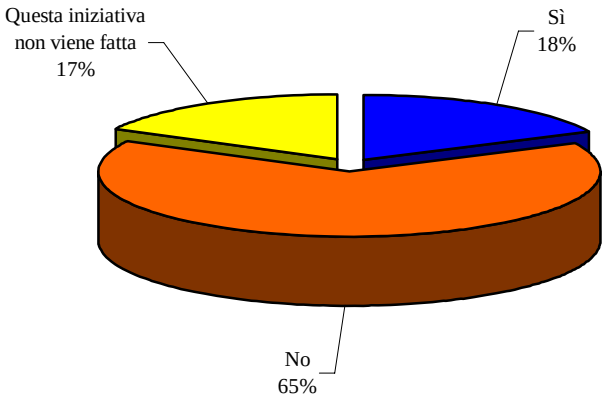


7. L'informazione sanitaria

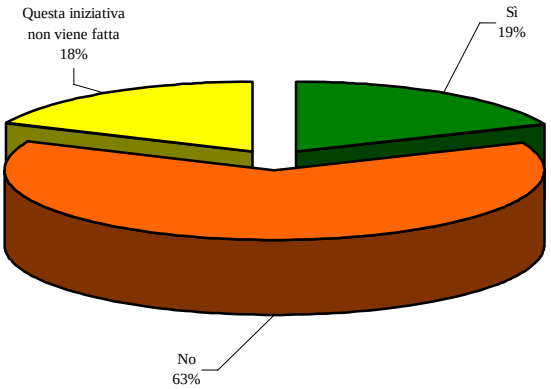
Nella quasi totalità i detenuti non sono mai stati coinvolti in campagne informative per la riduzione sia dell'uso degli psicofarmaci (71%), a fronte di una grande richiesta di questi come di alcol (63%).

[224] Reparto destinato ai detenuti nell'Ospedale Civile di Padova, ora in via di dismissione. Soprannominato dai detenuti "Bunker" per la rigidità del trattamento imposto e per l'ambiente poco confortevole.

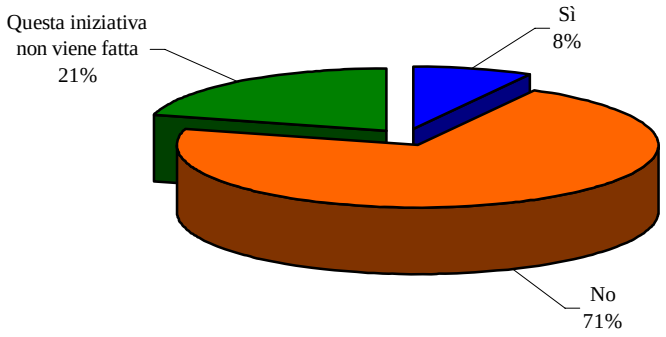
In questo, o in altri Istituti, sei mai stato coinvolto in una campagna di informazione sulle malattie infettive (H.I.V., epatiti, etc.), sull'igiene alimentare, sulle malattie sessualmente trasmissibili o altro?



In questo, o in altri Istituti, sei mai stato coinvolto in una campagna informativa per la riduzione dell'uso di alcool?



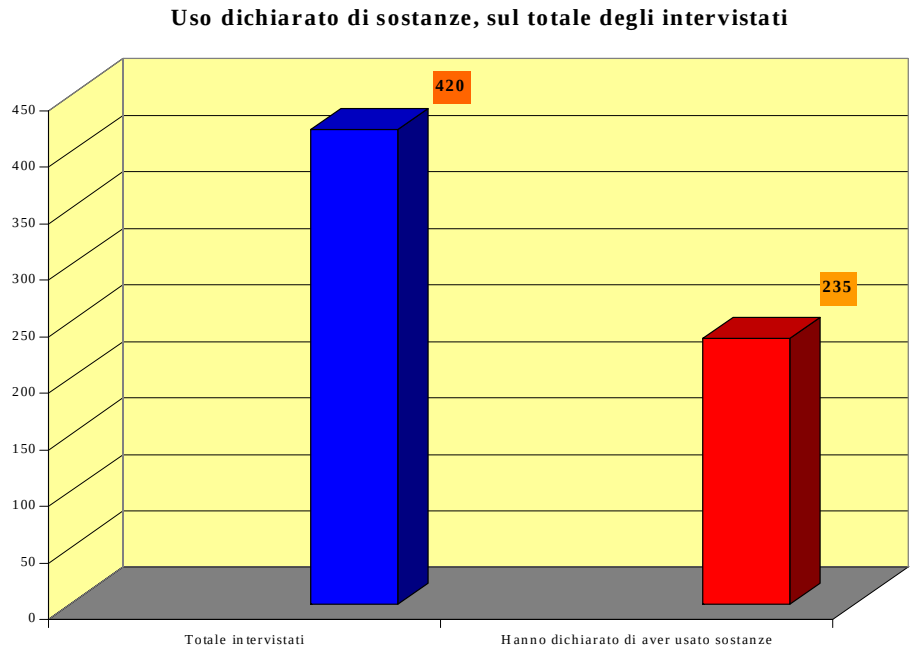
In questo, o in altri Istituti, sei mai stato coinvolto in una campagna informativa per la riduzione dell'uso degli psicofarmaci?

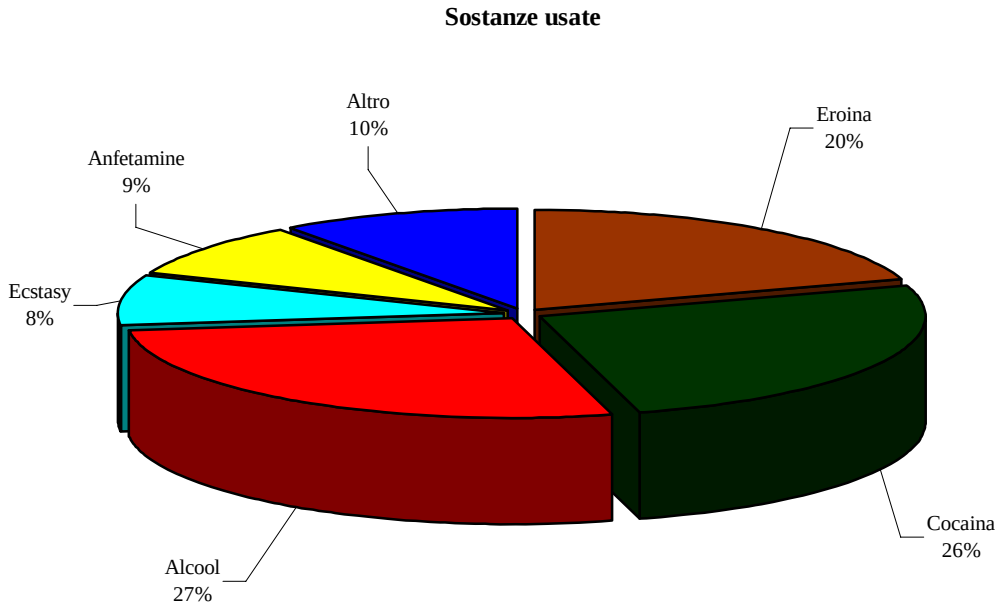


Solo il 18% conferma di essere stato coinvolto in campagne informative sulle malattie infettive (HIV, epatite), sull'igiene alimentare, sulle malattie sessualmente trasmissibili e solo il 16% sull'uso di droghe.
Molto importante è il dato sul bisogno informativo, cioè il numero delle persone che ritengono utili iniziative di questo tipo: 320 risposte affermative (76%) su 420 intervistati.
Anche dalle risposte aperte emerge con forza questa richiesta. Un intervistato, ad esempio, sottolinea come una "informazione sanitaria più accurata, anche per convincere la popolazione carceraria a non usare psicofarmaci: il malessere, in questo contesto, è più psicologico che fisico". Un altro evidenzia che "in carcere la salute non è tutelata prima di tutto perché l'igiene non esiste. Non esistono norme igieniche scritte che spieghino i problemi sanitari determinati dalla promiscuità".
E un altro scrive che "funziona solo "l'auto riduzione del danno", cioè non devi fare troppi casini, se vuoi evitare dispiaceri maggiori che non quelli causati dalle malattie. Qui non c'è assistenza psicologica ed il medico ti propina solo vari farmaci generici".

8. I problemi sanitari specifici dei tossicodipendenti

Una sezione del questionario è stata riservata ai detenuti con problemi di dipendenza da sostanze.
Sono 235 (56%) gli intervistati che hanno dichiarato di avere fatto uso di una o anche più sostanze contemporaneamente, con al primo posto alcool (27%), cocaina (26%) e poi eroina (20%). Molto diffuso l'uso associato di alcool e cocaina, ma anche di cocaina ed eroina.

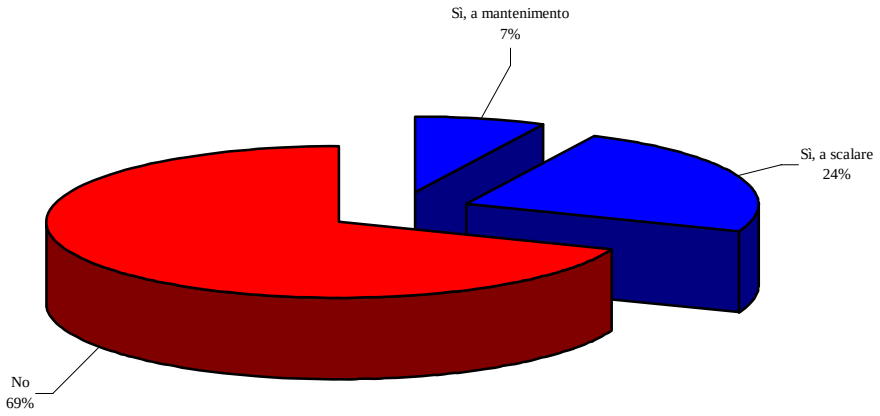




Prima di entrare in carcere ben 41 soggetti erano in trattamento metadonico: 27 a mantenimento e 14 a scalare.

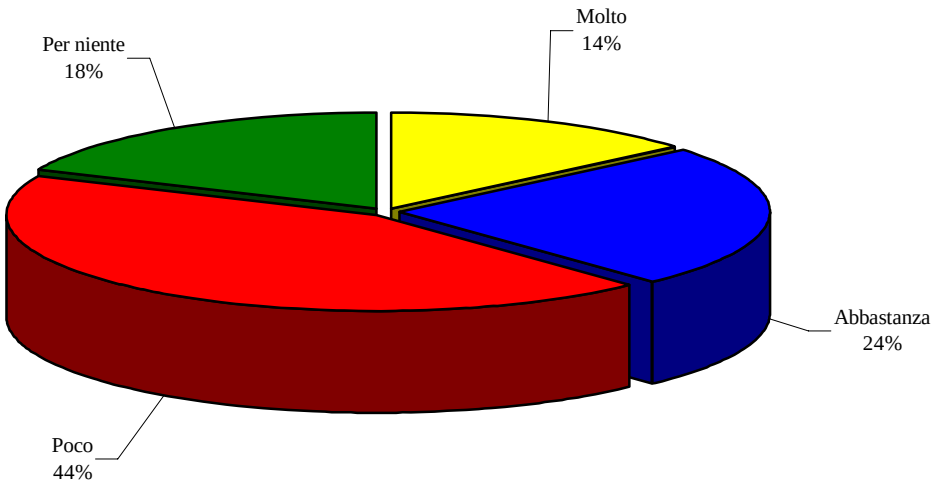
All'ingresso in carcere usufruiscono di una terapia metadonica 60 soggetti: 14 a mantenimento, 46 a scalare.

All'ingresso in carcere hai usufruito di una terapia metadonica?



I soggetti hanno ricevuto la terapia metadonica in giornata o il giorno successivo nel 73% dei casi, negli altri hanno dovuto aspettare più giorni. L'assunzione del metadone, pur necessaria per risparmiare ai tossicodipendenti le sofferenze connesse all'astinenza, sembra un'arma a doppio taglio come si comprende bene dalle dichiarazioni di alcuni intervistati: "il metadone per me è un problema enorme che dovrò risolvere facendomi ricoverare, quando esco, per disintossicarmi. In carcere non puoi disintossicarti, non ti danno niente per calmare i dolori che conseguono all'aver preso il metadone per due anni". E ancora "ho scalato l'assunzione di 70 mg di metadone in soli 70 giorni, per mia volontà. Soffro di postumi d'astinenza e non sono adeguatamente aiutato". E si il problema dell'aiuto è fortemente sentito tanto che il rapporto con gli operatori del Ser.T. è vissuto in maniera contrastata: il 43% dei tossicodipendenti intervistati non ha mai fatto richiesta di incontrarli e gli altri non ne risultano particolarmente soddisfatti.

Ritieni che questi operatori ti assistano in maniera adeguata?



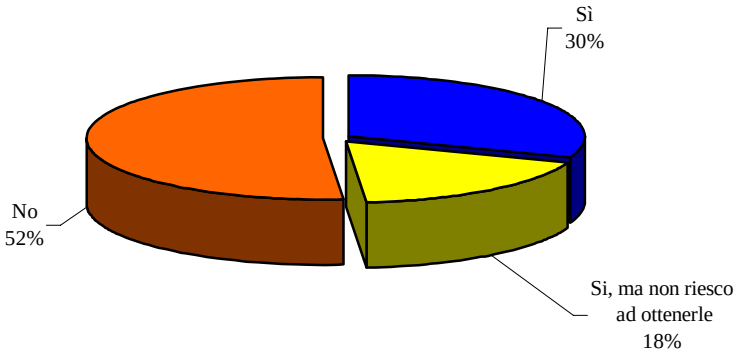
Di fatto nella Casa di Reclusione di Padova le prestazioni sanitarie di base, erogate direttamente dal Ser.T., sono garantite solo ad una ventina di tossicodipendenti, quelli in terapia metadonica di mantenimento, quindi in una condizione di tossicodipendenza attiva.

La Sezione a Custodia Attenuata, attiva nella Casa di Reclusione di Padova, viene considerata vantaggiosa per i tossicodipendenti (71%), anche se in questa è detenuto solo il 10% dei tossicodipendenti presenti nell'istituto.

La condizione di tossicodipendenza è vissuta come discriminante dal 22% degli intervistati, anche se c'è chi dichiara che "bisogna separare i detenuti tossicodipendenti e malati dagli altri, metterli in sezioni diverse, cioè ogni sezione dovrebbe avere una sua categoria di detenuti".

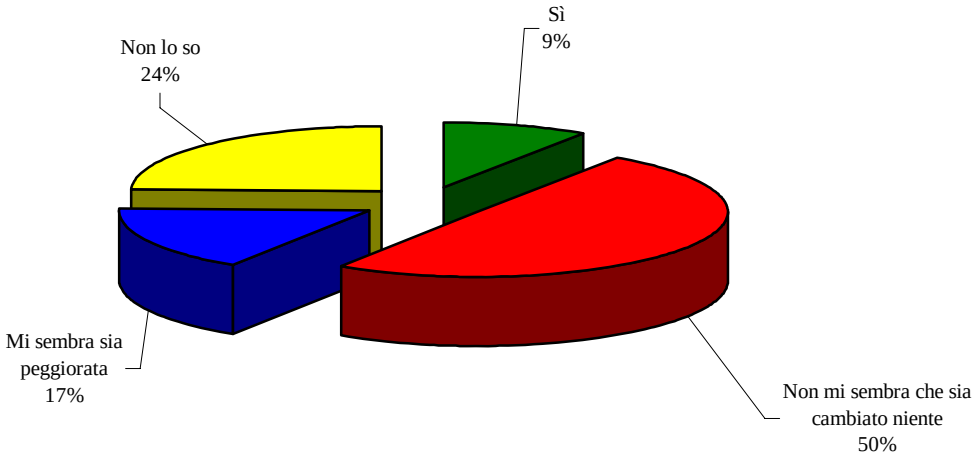
64 (30%) tossicodipendenti sono nei termini per ottenere le misure alternative, altri 38 (18%), pur essendo nei termini, non riescono ad ottenerle e il 52% non ha i termini per richiederle.

Sei nei termini per accedere alle alternative, previste specificamente per i tossicodipendenti?



L'informazione poi che la competenza per la cura dei detenuti tossicodipendenti è passata dal Ministero della Giustizia al Ministero della Sanità è conosciuta solo dal 35% dei detenuti! Anche perché, affermano, non è cambiato niente.

Da quando la competenza per la cura dei tossicodipendenti detenuti è passata al Ministero della Sanità, hai notato dei miglioramenti nell'assistenza?



L'uso di farmaci adatti per evitare episodi di overdose al momento della scarcerazione è sentito come importante dalla metà degli intervistati.

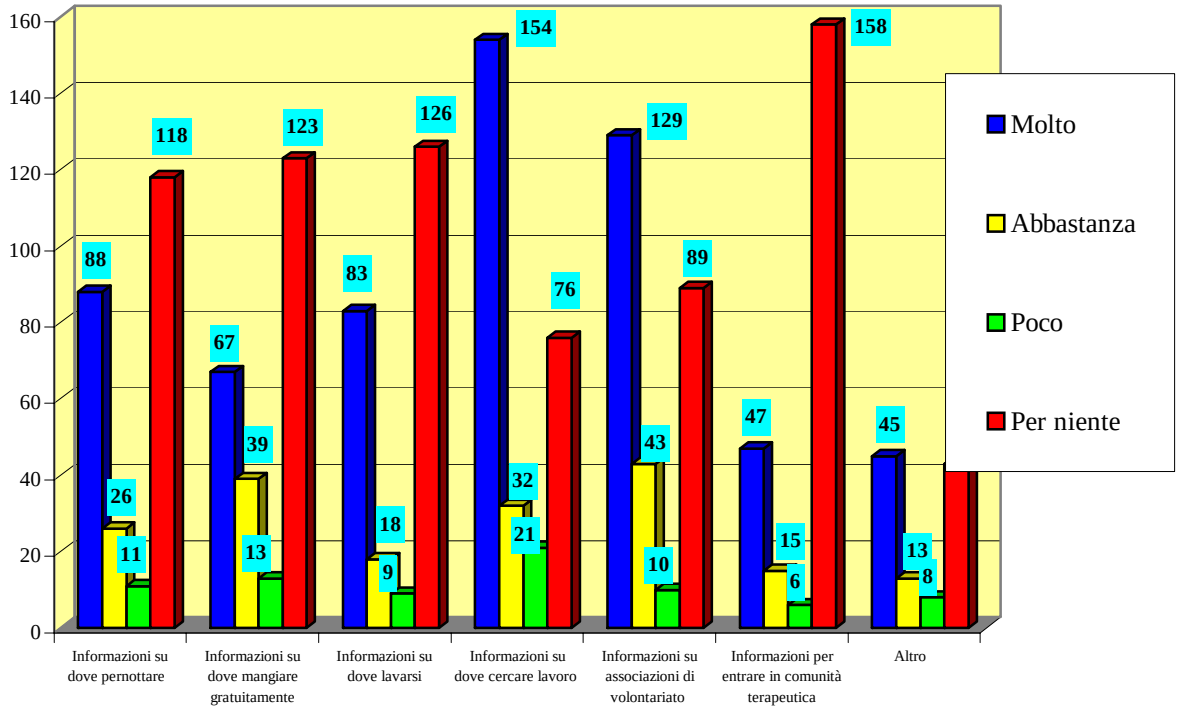
La tutela della privacy per quanto riguarda i sieropositivi all'HIV sembra non sia sempre mantenuta, anche se la metà degli intervistati non lo sa.

9. Il bisogno di assistenza socio-sanitaria dopo la scarcerazione

Le indagini che si svolgono in carcere, il più delle volte, trascurano ciò che avverrà dopo la detenzione, perché la competenza dell'istituzione termina nel momento in cui la pena è interamente espiata. Il questionario si è voluto occupare anche della fase di reinserimento nella società, che ovviamente è cruciale nel percorso di ogni persona scarcerata.

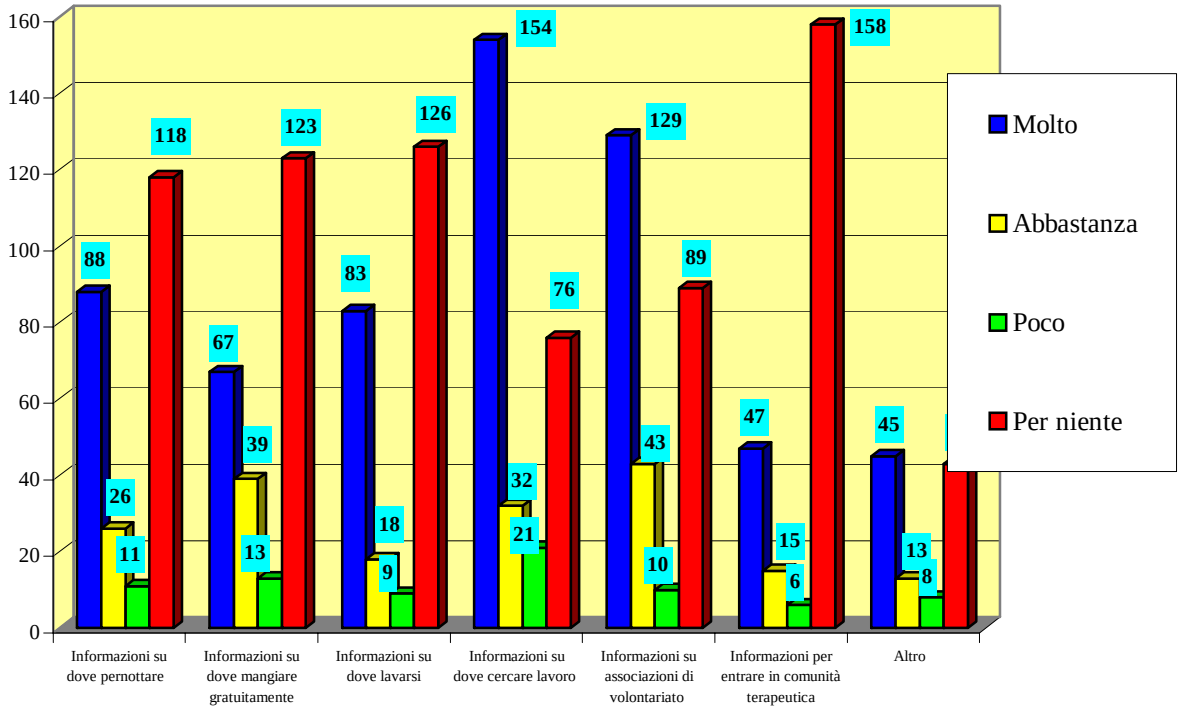
È stato chiesto agli intervistati di guardare con obiettività al futuro, valutando se all'uscita dal carcere potevano contare sul sostegno di qualcuno: le risposte incerte, "non lo so" sono state meno del 10%. Il 78% conta sui genitori, il 55% sul partner, il 45% sui parenti.

Pensi che, al momento della scarcerazione,
avrai bisogno di qualche tipo d'informazione?



Dalle risposte si nota come viene sentita maggiormente necessaria l'informazione sulla ricerca di un lavoro, sui luoghi dove dormire e dove mangiare, sulle associazioni di volontariato. Si nota pure che ben 63 soggetti ritengono di avere bisogno di informazioni per entrare in comunità terapeutica! Sui Servizi Sociali del Comune le aspettative d'aiuto sono basse. E un buon numero conta solo su se stesso. Le percentuali medie sono sull'80% per quanto riguarda il bisogno di sostegno concreto (economico, sanitario, psicologico, etc.).

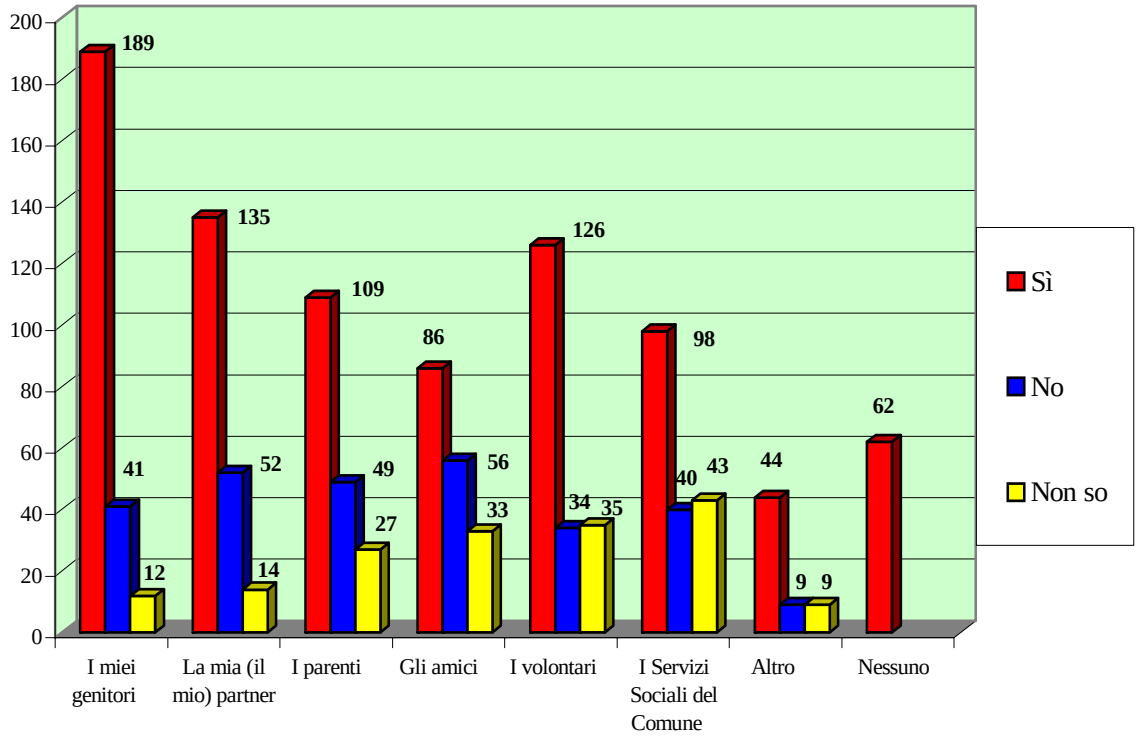
Pensi che, al momento della scarcerazione,
avrai bisogno di qualche tipo d'informazione?



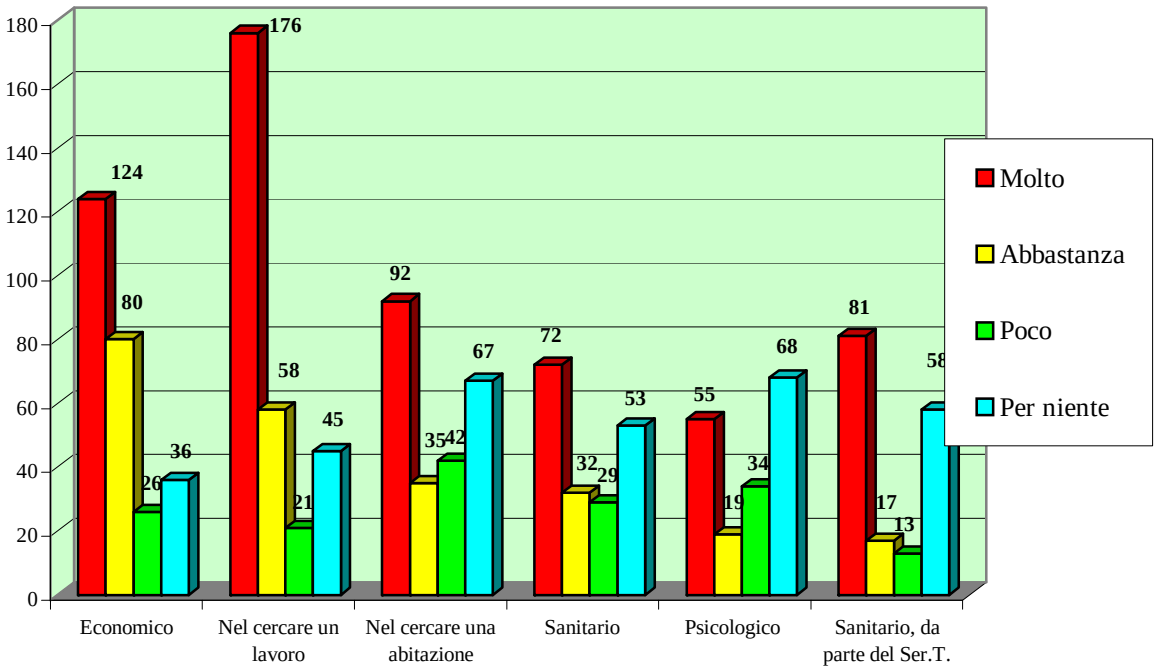
Per quanto riguarda la tutela della salute la metà degli intervistati ritiene utile al momento della scarcerazione di avere una relazione scritta sulle malattie e sulle cure effettuate durante la detenzione.

E una dichiarazione, nella sua drammaticità, richiama ad una realtà che tanti fingono di non vedere: "sono positivo all'H.I.V. e all'epatite C. Tra qualche mese esco, ma so già che fuori sarò abbandonato e dovrò tornare a morire in questo posto".

Una volta uscito dal carcere, pensi di poter contare sull'aiuto di qualche persona?



Pensi di avere bisogno di un concreto sostegno sociale e sanitario, una volta tornato in libertà?



10. Problemi di salute denunciati dagli intervistati

La rassegna delle patologie presenti nella popolazione detenuta è molto ampia. In genere, si tratta di situazioni cronicizzate per mancanza di un'adeguata attenzione all'insorgenza dei primi sintomi del male (avviene più facilmente quando la persona è libera e, magari, conduce una vita "disordinata"), ma anche per la mancanza di controlli e cure tempestive.

Nelle domanda aperte nessuno dei partecipanti all'inchiesta ha dichiarato di soffrire di disturbi psichici: forse coloro che hanno problemi mentali non sono stati in grado di parlarne (per vergogna, paura, etc.), oppure l'autoconsapevolezza, al riguardo, è molto bassa.

Tra le malattie più frequentemente denunciate spiccano quelle cardiache e tutte le testimonianze raccolte concordano sull'insufficienza delle cure ricevute: "Nel 1999 ebbi un infarto, mentre già ero detenuto, e mi ricoverarono all'ospedale di Padova. Ora sono abbandonato al mio destino, perché non vedo il cardiologo da oltre un anno". "Ho avuto due infarti in tre mesi e dovrei avere dei controlli periodici, all'ospedale di Padova, ma ad agosto ho rifiutato il ricovero perché non volevo tornare al bunker".

Ma anche chi soffre di malattie epatiche lamenta la mancanza di un'adeguata assistenza: "Sono affetto da epatite B e col tempo sono peggiorato, perché non ho avuto nessuna cura". "Ho l'epatite da parecchi anni e, attualmente, non so nemmeno in quale stadio della malattia mi trovo. Cerco di curarmi facendo attività fisica e con una dieta, ma non ho certezze che sia quella giusta".

Non sembrano passarsela molto meglio quanti hanno problemi ortopedici: "Sono affetto da una scoliosi multipla (diagnosticata quando ero libero), con invalidità riconosciuta del 50%: qui non mi è mai stato fatto alcun controllo". "In carcere ho avuto una frattura (curata male) e, ora, preferisco non farmi operare da detenuto per scarsa fiducia nei sanitari". "Ho continui dolori alla schiena, fuori portavo il busto ortopedico ma qui dentro non posso usarlo".

Ma c'è pure chi scrive "Ho saputo di avere l'epatite C, che da libero non avevo", oppure "Soffro di sifilide, finora ho fatto soltanto molti esami e sto più male di prima", ma peggio ancora"Nel maggio dell'anno scorso ho avuto una grave intossicazione, tanto da essere ricoverato al bunker per dieci giorni. Dopo un anno e mezzo ancora non so ancora cosa mi è accaduto, perché i medici dell'istituto non mi hanno mai dato alcuna spiegazione".

Per fortuna, dopo tante storie dolorose, c'è chi possiede ancora un po' d'ironia e spiega: "Come tanti compagni, sono affetto dal male peggiore di cui si possa soffrire: il menefreghismo dei sanitari".

11. Suggerimenti degli intervistati per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria

I detenuti hanno, poi, dato attraverso il questionario alcuni suggerimenti per migliorare la qualità dell'assistenza. Di fatto colgono e commentano aspetti importanti della realtà carceraria. Li abbiamo raggruppati in sezioni:

a. critiche alla qualità e professionalità dell'assistenza

b. critiche alla figura del personale medico
c. prevenzione e igiene
d. visite specialistiche esterne
e. rapporti con ASL
f. mancanze
g. proposte

a. Critiche alla qualità e professionalità dell'assistenza

- I sanitari prescrivono antibiotici e altre pastiglie senza nemmeno visitare i "pazienti" (e, se lo fanno, lo fanno controvoglia). Fanno i medici in carcere solo per lo stipendio.
- È importante ricevere assistenza seria e professionale. Non devono esserci differenze etniche o economiche. Dovrebbero essere i medici a chiamare periodicamente i detenuti e non che sia il detenuto a chiamarli, quando si sente male: quanti malati in meno ci sarebbero…
- È importante che i sanitari abbiano più professionalità e non si comportino da veterinari. Siamo sempre umani, ma di serie Z.
- Non si può trasformare un carcere in ospedale, le sezioni in corsie, soprattutto con l'attuale sovraffollamento. Non so che consigli dare, ma occorrerebbe una struttura idonea per il ricovero del detenuto-paziente.
- Curare e non "fare finta" di curare. Smetterla di curare tutti con la solita pastiglia. Credere al detenuto quando dice di stare male, e seguirlo di più.
- Quando il detenuto sta male, deve essere soccorso e seguito subito, non dopo molto tempo: qui per una visita specialistica passano mesi…
- Medici di guardia più competenti e pronti ad interventi nelle sezioni. Personale che mantenga un'igiene adeguata nei locali dell'infermeria. Infermieri più preparati ai loro compiti.
- Basterebbe un po' di buonsenso, una scelta più oculata del personale medico, e infine distinguere il vero malato da quello immaginario. L'assistenza sanitaria è fatta di persone, che una ad una sono pagate quindi, se la direzione volesse, potrebbe funzionare molto bene.
- Siamo circa 700 detenuti e dipendiamo tutti da un unico dentista, operante per un solo giorno la settimana, credo sia un po' poco!
- Magari, se fossimo tutti ragazzi di vent'anni… ma purtroppo gli anni passano e l'usura di questo vecchio scafandro richiede una manutenzione più accurata.
- Meno superficialità e soprattutto più efficienza nei soccorsi, perché ho visto ragazzi morire in cella per la lentezza e la poca organizzazione da parte dei sanitari in casi urgenti.
- Ci vuole più professionalità da parte dei medici, che ci trattano come bestie, e tempestività nell'assistenza medica…non intervenire quando si è arrivati al punto di non ritorno.

b. Critiche alla figura del personale medico

- Bisogna cambiare i medici, perché questi non hanno alcuna sensibilità verso il prossimo, soprattutto se questo “prossimo” è detenuto.
- Servono medici più disponibili, che non ti trattino come un pezzente; serve anche un briciolo di coscienza per il dentista.
- Bisognerebbe far capire ai medici che le visite sono “corporali”, non “verbali”, che non si viene in carcere solo per prendere lo stipendio, che non tutti i detenuti sono simulatori e, poi, farli rispondere delle loro colpe quando fanno morire un detenuto.
- Il medico penitenziario dovrebbe essere una figura autonoma, autorizzato a decidere al di sopra delle parti (direttore, custodia etc.) e dare maggiori possibilità di accedere in una struttura ospedaliera per quei primari esami che richiedono questi interventi. Perché, quando un medico ti visita, l’agente del piano deve essere presente? Perché il medico stesso non si comporta come un medico di fuori, reclamando il diritto al segreto professionale tra medico e paziente?
- Serve maggiore dialogo tra il medico e il paziente, non escogitare subito una soluzione per togliersi il malato di torno somministrandogli dei farmaci che dovrebbero curare un malessere che forse nemmeno esiste…
- Più personale qualificato e senza pregiudizi nei confronti dei detenuti.
- Alcuni medici sono anche buoni professionisti ma spesso, anche a causa della difficile personalità dei detenuti, sono poco comprensivi, sono meno tolleranti delle guardie stesse.
- Bisogna cambiare i medici, perché questi non hanno alcuna sensibilità verso il prossimo, soprattutto se questo prossimo è detenuto.

c. Prevenzione e igiene

- Servono analisi rapide e corrette, per prevenire le malattie. Molti detenuti si ammalano seriamente perché non hanno potuto curarsi in tempo.
- Servono visite mediche più frequenti e più complete, così si potrebbe prevenire qualsiasi malattia. Di solito, ora come ora, descrivi al medico il sintomo e lui ti prescrive una cura, senza nemmeno visitarti.
- C’è ignoranza sulle norme igieniche fondamentali. La struttura carceraria è inadatta per una corretta igiene dell’ambiente. La mancanza di frigoriferi non permette la conservazione dei prodotti alimentari, che si trasformano in bombe batteriologiche. Nessuno dei prodotti surgelati arriva a noi senza aver più volte interrotto la catena del freddo.
- Per prevenire la depressione e gli esaurimenti psicofisici dovrebbero dare la possibilità di prendere dei ricostituenti o dei complessi vitaminici, anche blandi.
- I sanitari dovrebbero sensibilizzare di più i detenuti, affinché facciano meno uso di psicofarmaci e medicinali in genere. Serve anche un maggiore dialogo sui problemi sanitari, più disponibilità da parte dei medici all’ascolto dei problemi di salute di ciascuno.

- Curare le persone nel momento del bisogno, per evitare che un piccolo problema divenga di proporzioni disastrose. Diminuire i tempi di attesa per il dentista, così da evitare che una carie da curare divenga un'estrazione.
- È scarsa l'igiene e scarso l'interessamento delle autorità ai problemi sanitari.

d. Visite specialistiche esterne

- Per una visita all'ospedale sono stato chiamato alle ore 7, e ho aspettato nel "blindato" fino alle 12. Il trattamento a cui mi ha sottoposto la scorta è stato vergognoso.
- Diminuire i tempi d'attesa per le visite specialistiche ed i ricoveri ospedalieri. I detenuti, spesso, rifiutano i ricoveri nei centri clinici penitenziari a causa del trattamento che in quei posti viene riservato a chi ha la sventura di capitarci.
- Il problema sta nei tempi lunghi di attesa, spesso le visite ospedaliere non possono effettuarsi per mancanza del personale penitenziario adibito alle scorte.

e. Rapporti con ASL

- Servirebbe qualche ispezione "a sorpresa" da parte dei responsabili dell'ASL. I medici del carcere si dimenticano d'essere medici, quando hanno a che fare con i detenuti. Vergogna! Bisogna cambiare tutto il personale sanitario e sostituirlo con personale adeguato, ma senza i soliti clientelismi…
- Più controlli sull'igiene, più pulizia nelle sezioni, nella cucina e negli altri locali. Servono controlli da parte dell'ASL, con ammende a chi dovrebbe garantire la pulizia degli ambienti e non lo fa. Migliorare anche la qualità e l'igiene sul cibo.
- Bisognerebbe che gli organi di controllo sanitario esterni (N.A.S., A.S.L., etc.), entrassero in carcere per un controllo… il resto verrebbe da solo.

f. Mancanze

- Serve un'autoambulanza del carcere, per non rischiare di morire prima che arrivi quella chiamata dall'ospedale.
- Manca l'assistenza d'emergenza, soprattutto la notte, per le difficoltà di apertura dei blindati (di notte non ci sono le chiavi).
- Al reparto infermeria i medici sono assenti per interi turni di servizio.

g. Proposte

- Permettere di acquistare aspirine, vitamine e prodotti simili, con un risparmio per chi non ne ha la possibilità.
- L'infermeria di un carcere dovrebbe avere i medicinali e le attrezzature idonee a far fronte a tutte le patologie, anche per effettuare TAC e schermografie.
- Seguire l'esempio dei regolamenti penitenziari spagnoli e tedeschi, dove le diete sono diverse a seconda del problema di salute di cui si soffre e il personale sanitario specialistico è presente in sezione senza bisogno di istanze, pareri, concessioni, etc.
- Poter acquistare (a proprie spese) qualsiasi farmaco che sia necessario, senza dover fare la trafila della richiesta di autorizzazione al direttore. Avere visite mediche specialistiche (a pagamento) da medici esterni di fiducia in tempi ragionevoli, 20 giorni ad esempio…
- Snellire la burocrazia per i ricoveri urgenti.
- Il responsabile sanitario e il giudice di sorveglianza devono sveltire le pratiche per le analisi ospedaliere ed i ricoveri.
- La presenza di persone "veramente" competenti potrebbe migliorare sensibilmente l'assistenza sanitaria. Ho potuto verificare, in una ventina di carceri italiane, che la situazione sanitaria è dappertutto molto precaria. Spesso i detenuti sono morti per ritardi nel soccorso o per una burocrazia portata all'eccesso.
- Accorciare i tempi d'attesa per essere curati, specialmente per quanto riguarda il dentista.
- Serve una maggiore assistenza agli alcolisti, soprattutto nel periodo in cui sono sottoposti all'uso di psicofarmaci.
- Evitare la somministrazione di psicofarmaci per sedare le frustrazioni. Più contatti con gli psichiatri e con il personale del Ser.T., che qui a Padova praticamente non esiste, o quasi.
- Avere la possibilità di farsi curare da un proprio medico, con il quale magari in libertà già si era instaurato un rapporto. In carcere l'assistenza sanitaria non funziona, se non per le sole patologie a livello terminale e senza poi offrire cure adeguate, per mancanza di farmaci adeguati.
- Bisogna fare più prevenzione, anche con campagne di informazione ed educazione sanitaria.
- Questa del questionario è una buona iniziativa, dovrebbe essere riproposta due volte l'anno e non rimanere una iniziativa isolata.

Ciò che emerge con maggiore chiarezza dalle richieste riportate è la critica all'atteggiamento poco disponibile dei medici, tanto da essere molte volte confuso con una scarsa professionalità. Di fatto è evidente la non comunicazione fra le parti che sembrano su due opposti versanti, entrambi pronti alla battaglia. A fronte di un impegno a volte gravoso del personale medico, con i detenuti da una parte e con le richieste dell'Amministrazione penitenziaria dall'altra, i risultati sono scadenti, come abbiamo visto dalla ricerca. Sembra persistere una scarsa comprensione delle problematiche sanitarie all'interno dell'istituzione penitenziaria o, forse, ciò che manca è la possibilità dell'incontro medico-utente oltre il

pregiudizio dell'etichetta "detenuto-falso malato", incontro che dovrebbe già di per sé avere valenza terapeutica.

Dalla lettura emergono carenze molto importanti quali l'impossibilità di prestare assistenza immediata nelle emergenze, quando cioè le necessità di sicurezza prevalgono sulla tempestività di prestare soccorso, perché, comunque, esiste un iter formale da rispettare prima di poter fare qualcosa!

Altro fatto sconcertante è che la legge sulla riforma sanitaria non è percepita dalla maggioranza dei detenuti. I rapporti con le ASL non sono neppure considerati, se non da pochi detenuti.

I soggetti detenuti hanno, inoltre, interiorizzato il fatto di esserlo, si riconoscono come tali e quindi sanno che alcuni diritti sono loro preclusi o ridotti! È ridotta la percezione delle loro possibilità e di come poter usare le risorse disponibili. Loro stessi si sono procurati un handicap: si sono ridotti il potenziale di salute.

CONCLUSIONI

La ricerca internazionale indica in modo univoco che le condizioni di vita in carcere non favoriscono la promozione ed il mantenimento della salute, come abbiamo più volte nel testo ribadito.

Nel progetto del 1977 la Terza Assemblea Mondiale per Sanità ha deliberato che "l'obiettivo sociale primario […] dovrebbe essere la conquista da parte di tutti i cittadini del mondo, entro l'anno 2000, di uno stato di salute che permetta loro di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva" (risoluzione WHO 30.43)[225]. Questa risoluzione presenta inoltre il concetto innovativo di "promozione della salute", intesa come "quel processo che permette agli individui e alle comunità di accrescere il controllo sugli elementi determinanti della salute e quindi incrementare la propria salute" (Health Promotion Glossary)[226].

In Europa l'OMS rileva che "il livello di salute dei popoli è di gran lunga inferiore a quello che dovrebbe essere" […]; si dovranno sostenere interventi tali che l'individuo possa "fare pieno uso delle sue capacità fisiche, mentali ed emotive. Saranno gli individui stessi a realizzare l'obiettivo della salute per tutti" (ROE[227] of the WHO, 1985). In tale senso quindi i paesi europei, con il documento EUR/RC30/R8 Rev.2, si pongono l'obiettivo della "salute per tutti". Questa direttiva è "ovviamente" disattesa in quanto una parte di territorio, cioè il carcere, sembra non solo essere nella condizione di non potersi allineare con questi obiettivi ma per di più fattore predisponente a uno stato di indigenza sanitaria. Infatti, si concorda con Piperno nell'affermare che esiste una contraddizione insanabile tra i messaggi di natura preventiva ufficiali, che, come abbiamo sopra riportato, promuovono l'autonomia di scelte personali di salute, e la situazione del carcere, "tendenzialmente infantilizzante", che disincentiva l'iniziativa personale[228]. Di fatto l'ottica custodiale è nettamente prevalente su quella trattamentale, come emerge in modo inequivocabile dai dati della ricerca effettuata nella Casa di Reclusione di Padova.

La restrizione della libertà impedisce ai soggetti di seguire i propri criteri-guida per tutelare la salute e per mettere a frutto il proprio bagaglio di informazioni e la propria esperienza. Infatti la percezione del rischio, che incide sul nostro comportamento, si basa su aspetti relazionali dell'esperienza passata e presente, sulle caratteristiche dell'ambiente sociale in cui si vive e sulla costruzione sociale dei significati attribuiti alla malattia: è certo che l'istituzione si oppone a questa maturazione, specie quando si tratta di malattie quali AIDS e HIV[229]. Ma non solo, il carcere limita e depaupera, in proporzione al tempo trascorso in reclusione, le risorse di salute dei soggetti, il loro potenziale di salute, tanto che Buisson parla chiaramente di "sindrome degli esclusi" riferendosi agli ex detenuti che, per analogia, possono essere assimilati a rifugiati o internati. "Come tutti gli individui rimasti isolati risultano più sensibili, fragili, vulnerabili, in tutti i sensi. Sono persone più emotive, quindi più esposte, che hanno più facilmente

[225] WHO, 1981, *Global strategy for health for all by the year 2000*, Geneve. WHO: World Health Organisation – Organizzazione Mondiale della Sanità

[226] Citato in Ingrosso M., Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute, Angeli, Milano, 1987, p.16

[227] ROE of the WHO, 1985, *Gli obiettivi della salute per tutti*, Ragno, Roma. ROE: Regional Office for Europe – Ufficio Regionale per l'Europa.

[228] Piperno A., *La prisonizzazione: teoria e ricerca*, in Ferracuti F., *Trattato di criminologia, medicina criminologia e psichiatria forense*, Giuffrè, Milano, 1989, vol. 11, pp.57-68

[229] Demori A., Roncali D., Tavani M., *Compatibilità carceraria, op. cit.*, p. 37

le lacrime agli occhi. Le conseguenze anche a livello fisico sono evidenti…". Un quadro inquietante: turbe, disagi, deterioramento psico-fisico, spesso un invecchiamento precoce che stigmatizza, come un marchio indelebile, i volti di quanti vengono dal "mondo delle sbarre"[230].

Una riflessione molto lunga meriterebbe il concetto di prevenzione in quanto, come abbiamo già più volte scritto, sembra non essere di pertinenza di nessuno! Ma all'art. 20 della L. 833/78, legge che istituisce il Sistema Sanitario Nazionale, un'attenzione particolare è rivolta alla prevenzione dello sviluppo dei fattori nocivi nell'ambito dei luoghi pubblici e degli ambienti di lavoro.

Ma perché quindi ancora la necessità di parlare di salute in carcere?

Considerare i diritti umani fondati sulla dignità della persona è un presupposto ineludibile nel trattare seriamente queste problematiche. Il diritto alla salute rappresenta uno dei diritti fondamentali della persona e, abbiamo visto, come esso sia chiaramente sancito da tutte le Carte dei diritti dell'uomo.

Molte volte è travisato il senso dell'esecuzione della pena o della sicurezza tanto da ritenere "giustificabile" che il detenuto possa essere trattato in modo non consono alla dignità umana, privato o "ristretto" nell'applicazione dei diritti fondamentali. Ma difendere i diritti, quale quello della salute, non vuol dire fraintendere il dettato istituzionale del carcere!

Fino ad oggi la medicina penitenziaria ha sopperito, come meglio ha potuto, alle necessità di cura dei detenuti e alla mancanza di attenzione a questa problematica da parte delle politiche sanitarie statali. Le risorse statali non sono incanalate verso la risoluzione di questi problemi, ma convogliate solo nella "sicurezza" sociale, tant'è che l'ennesima riforma sanitaria non ha previsto alcun stanziamento economico. Di fatto la" qualità della pena e della giustizia" sono legati ad un valore economico, o meglio, la qualità della salute del cittadino recluso dipende da bilanci statali più o meno attenti a queste problematiche.

L'esercizio concreto del diritto alla salute deve essere suffragato dall'elaborazione di paradigmi etici promossi da una visione della giustizia personale e sociale, cioè attenta a rispettare le esigenze del singolo e quelle collettive. Parlare di giustizia è cioè mediare le necessità del singolo rispetto a quelle collettive, evitando la subordinazione della collettività all'individuo e prestare attenzione a coloro che sono più marginali in termini di possibilità e diritto di accesso alle risorse.

Il diritto alla salute deve essere considerato come un diritto sociale del cittadino, "ristretto" o temporaneamente libero, in linea con la Costituzione. La regola delle pari opportunità prevede che "a nessuno dovrebbero essere concessi benefici sociali sulla base di proprietà vantaggiose immeritate ed a nessuna persona dovrebbero essere negati benefici sociali sulla base delle sue proprietà svantaggiose"[231].

Si deve superare, per una reale giustizia, ogni forma di discriminazione anche in relazione all'assegnazione delle risorse pubbliche nel campo della salute per non penalizzare ingiustamente singoli soggetti o intere categorie sociali, come, nel nostro caso, i carcerati.

È interessante la definizione data da Sartorius, secondo il quale la salute può essere considerata uno "stato di equilibrio tra l'individuo, il suo sé privato ed il mondo che lo circonda"[232]. La tutela della salute in carcere spesso si sovrappone e coincide al concetto di difesa della propria personalità, della propria individualità e integrità in nome proprio del mantenimento di una identità che viene sistematicamente

---

[230] Gallo E., Ruggiero V., *Il carcere immateriale, op. cit.,* pp. 83-85

[231] Dell'Erba A., Fineschi V., *La tutela della salute. Compatibilità economiche e garanzie sociali*, Giuffrè, Milano, 1993, p. 35

[232] Sartorius, *Psychology and Health care: A who perspective*, in Johnston (ed.), *Health Psycology in Europe*

negata e violata. In carcere non esiste la possibilità di un concetto di equilibrio come intende Sartorius se non negando parti di sé, se non in stati modificati di coscienza. È come dire che in carcere non ci stanno delle persone ma solo delle vuote forme perché l'attore si è spostato, è Altro. L'attore recita sempre una parte: a volte sorride per compiacerti, altre volte ti seduce con tristezze o sguardi, la sua voce ti trasporta sempre solo fino al limite del copione ma "Solo gli emarginati lo piangeranno, perché solo degli emarginati è il lutto"[233].

VERSO UNA CARTA ETICA PER IL CARCERE[234]

Sono lieto di pubblicare questo testo provvisorio, in appendice al bel lavoro di Laura B. a documentazione di un percorso che è in atto, e il cui esito non si conosce ancora. Devo a Laura B. un notevole impulso all'elaborazione di questa bozza, e le sono per questo in ogni caso grato.

Quello che segue non è un testo giuridico, né come modo di esprimersi, né come contenuto. Certo vi si parla di giustizia, ma a un livello più profondo, quello della coscienza da cui procedono eventualmente i comportamenti verificabili e sanzionabili in base alle leggi.

Quel che segue non è neanche un testo ufficiale. Non è ovviamente compito di una istituzione laica come il carcere proporre modelli etici. Tuttavia la laicità di un ambito dovrebbe oggi consistere, piuttosto che nella neutralità e nell'indifferenza, nell'attitudine ad ospitare una varietà di motivazioni etiche (tradizionali o no, religiose o no), a suscitare il confronto tra queste e a sollecitare eventuali convergenze su elementi comuni.

Questo non è nemmeno un testo filosofico. L'articolo 27 della Costituzione italiana parla di trattamento "umano", ma la nozione di "umanità", come quella di "persona", o di "natura umana", o di "pena" rinviano a grandi dibattiti e offrono molteplici accezioni, a seconda delle filosofie e dei momenti storici; qui si è voluto partire dalla realtà detentiva quale essa è, con le sue esigenze materiali e morali, e con i compiti e le responsabilità che ne emergono, prima ancora dei diritti-doveri giuridici.

Questo testo perciò trae dal basso la sua possibile efficacia persuasiva e la sua eventuale autorevolezza. Nel carcere molte norme sono imposte e vanno rispettate. Molti diritti vengono formalmente riconosciuti. Ma si sente la mancanza di riflessione sulle motivazioni morali che debbono indurre al rispetto delle norme e alla attuazione dei diritti. Si sente più in generale la mancanza di un discorso etico: certo non come imposizione dall'alto, ma come capacità di esplicitare, di far circolare, di discutere temi e problemi fondamentali dell'agire umano, prendendo magari posizione rispetto a questi. Ciò ovviamente con speciale attenzione agli argomenti rilevanti per l'esistenza reclusa, ma nella consapevolezza che si tratta di temi e problemi pressoché comuni ad ogni tipo di esistenza.

Il contenuto di questo testo è stato discusso e fondamentalmente condiviso da un notevole numero di persone che per vari motivi e in vari ruoli hanno esperienza della reclusione. Esso nasce da, e si rivolge a

[233] Questi versi della "*La ballata del carcere di Reading*", sono incisi sulla tomba di Wilde Oscar nel cimitero Père Lachaise di Parigi.

tutti coloro che sono coinvolti nella realtà detentiva, anche se, come si è detto, in realtà i temi toccati riguardano la vita umana come tale. Il testo dovrebbe essere soggetto a regolare revisione.
La sua forma - "temi e domande" - mira a favorire un atteggiamento di esame, e anzitutto di auto-esame, nella direzione di una critica costruttiva del proprio presente, a partire dalle condizioni date: cominciando da ora. I primi cinque punti sono di ordine più generale.

1. *Il tempo è un nostro possesso, prezioso e incerto. Nonostante le dolorose restrizioni che la durata della pena e la situazione di custodia impongono, una certa parte del suo uso dipende ancora da noi.* E' vero questo? Come vivere pienamente qui e ora il tempo che ci è dato? Come cogliere le opportunità che si offrono?

2. *Vivere è cambiare, possibilmente in meglio. Probabilmente il cambiamento non avviene se alla consapevolezza della giustizia violata, del torto inflitto, non si accompagna la scoperta della possibilità di una nuova relazione con gli altri, compreso chi ha subito il torto.* Si può condividere quest'affermazione? Come, quando, con chi si può instaurare questo nuovo rapporto?

3. *Si può suggerire come un buon principio, quello che la giustizia sia resa, il diritto sia rispettato, il dovuto sia dato senza che venga meno quella spontaneità che fa dell'atto dovuto un atto pienamente umano.* E' vero questo? In quali situazioni questo si può verificare, nella situazione detentiva?

4. *A fondamento di qualsiasi processo di autoeducazione e di formazione sta la persuasione che la bellezza, esterna e interiore, la conoscenza, la scoperta della legge e la stessa autodisciplina costituiscono un bisogno profondo della persona, piuttosto che un' imposizione.* Si può essere d'accordo su quest'asserto? Che cosa può risvegliare, appunto, questo bisogno? Che cosa può mettere in moto e accompagnare un processo di auto-coltivazione? Come criticare i “falsi assoluti morali”? Come sconfiggere simulazione, ipocrisia, conformismo?

5. *Un principio, molto semplice e probabilmente universale, per regolare i rapporti è: "Fa' agli altri quello che desidereresti fosse fatto a te", e il suo corrispondente negativo. Questo principio tanto più si arricchisce di contenuto quanto più profondo è il contatto con il proprio bisogno, il proprio desiderio, il proprio corpo: solo così è possibile correlarsi al bisogno dell'altro.* Che cosa può frapporsi ad ostacolare questo contatto, questa correlazione? Che cosa è una "giusta distanza" fra le persone?

6. *La conoscenza è un potente mezzo di liberazione e di crescita: istruzione, studio, lettura, cultura...* Quale conoscenza? Con quali strumenti? Quali possibilità sono offerte dal carcere, a tutti coloro che ci vivono? Come si accolgono le varie proposte educative e culturali? Qual è il livello della biblioteca?

7. *Le religioni sono, storicamente, e anche attualmente, una significativa componente delle culture umane. Si suggerisce di considerare la religiosità (nelle varie sue forme e tradizioni) come un elemento importante, non tuttavia indispensabile; mentre è imprescindibile una maturità spirituale e morale.* E' corretto? Quale atteggiamento viene proposto e perseguito durante la reclusione?

---

[234] Testo e commento del prof. Pier Cesare Bori, Università di Bologna. Documento presentato al Convegno

8. *Il carcere, molto più di altri ambienti, è un luogo in cui sono presenti molte culture. A di là delle difficoltà di comunicazione, si tratta di cogliere questa pluralità come una ricchezza e un'occasione di scambio.* Come conoscere, come far convivere le culture e le tradizioni, nonostante gli antagonismi che spesso esistono fra di esse?

9. *Della compiutezza armonica della persona, della sua dignità, fa parte, secondo molto culture, la capacità di silenzio, di contemplazione, di meditazione.* Si condivide questo bisogno? Quale spazio può esservi dedicato nel contesto detentivo? Di quanto silenzio vi si può disporre?

10. *Anche l'attività, il lavoro fanno parte di questa compiutezza.* Occorre distinguere tra attività e lavoro? Quali opportunità di lavoro si presentano? Quale parte ha il lavoro, nella vita detentiva, quale significato?

11. *La cura del proprio corpo, l'esercizio fisico, il mantenersi in salute, il gioco, l'attenzione al vestire, al cibo sono espressione di stima di se stessi e manifestano il proprio senso di dignità.* Come favorire tutto questo nel giusto equilibrio?

12. *La vita degli affetti interviene in profondità nell'essere, nel pensare e nell'agire umano. La saggezza del vivere è scoperta sia nella relazione con un essere umano d'altro sesso, sia attraverso altre variegate e profonde relazioni.* E' vero questo? Le restrizioni della libertà sono evidentemente un ostacolo alla piena esplicazione di questi rapporti, che cosa si può fare per favorirne lo sviluppo?

13. *La famiglia d'origine, insieme con il luogo e la cultura d'origine, rappresenta un legame imprescindibile, che va recuperato e coltivato, anche se spesso si tratta di un rapporto difficile e conflittuale.* Vero? In che direzione occorre lavorare in tema di legami originari?

Dopo numerose discussioni, confronti, modifiche, ho messo da parte questo testo, "Verso una carta etica" per tutta l'estate, e lo ho ripreso in mano solo ora, per questa circostanza. Ma questo mettere da parte è stato solo per riflettere sul significato complessivo di questa iniziativa. Non si tratta del dubbio che questo documento proponga mete troppo alte, idealistiche - potrebbe essere altrimenti? Potrei senza mancare di rispetto proporre ai compagni nell'umano qualcosa che non sia ciò che di più alto e nobile sia stato espresso dall'umanità? C'è invece un dubbio un'obiezione grave, che viene da amici di cui ho altissima stima. Alla base c'è un dilemma: cambiare se stessi, o cambiare le strutture? Oppure: è possibile cambiare se stessi, senza cambiare le strutture? La risposta implicita in tutto questo testo è: si, è possibile, si può, si deve cominciare da se stessi, qui e ora. E' una posizione che non può essere accettata da chi pensa che la critica delle strutture sia preliminare ad ogni lavoro su se stessi, e questa divergenza riposa su una grande diversità di premesse teoriche, o su diverse visioni dell'uomo e del modo, che sarebbe qui troppo lungo esplicitare. Mi basti solo dire, per quanto riguarda la visione qui rappresentata, che dietro al testo c'è un complesso di pensieri, espressi da autori e culture molti diverse: lo stoicismo, il platonismo, il confucianesimo, il buddhismo, il cristianesimo, l'islam (dovrei naturalmente rendere conto: quale islam, quale cristianesimo ecc: c'è di mezzo molta mia ricerca e insegnamento, in carcere e fuori). Tutti pensieri convergenti nell'affermazione della priorità e possibilità di "coltivare se stessi" rispetto a

"reggere l'impero", per rifarsi alla tradizione cinese. Ovvero, tutti convergenti nella direzione di un'antropologia fiduciosa nelle risorse della persona nel misurarsi con il negativo che è in noi, con la pressione della comunità e della società. Una convergenza che mi rassicura anche contro il dubbio, prima che obiezione: sei solo tu a dire tutti questo? Allora, dinanzi all'obiezione grave, che ci riporta alla questione iniziale: questo riportare l'impegno al soggetto non costituisce forse una sottrazione di forze ad un impegno politico volto a riformare le strutture? Non rischia di essere un servizio reso all'istituzione così che è, invece che un servizio alla sua critica e forse distruzione? Risponderò con quello che mi ha detto un detenuto, assai consapevole e battagliero, rassicurandomi: no, il lavoro su se stessi rende indipendenti dall'istituzione. In questo senso, anche il silenzio, anzi proprio il silenzio può essere sovversivo. Da ultimo. La "carta etica" potrebbe più modestamente chiamarsi "Temi e domande sulla questione etica in carcere".

Comunque è essenziale che ogni asserto sia seguito da un 'è proprio vero'?

APPENDICE LEGISLATIVA

Decreto legislativo recante "disposizioni per il riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

VISTI gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

VISTO l'articolo 14 della legge 23 agosto 1988, n.400;

VISTO l'articolo 5, comma 1, della legge 30 novembre 1998, n.419;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella riunione del …;

SULLA proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e del

Ministro della sanità, di concerto con il Ministro di grazia e giustizia e con

il Ministro per la funzione pubblica;

EMANA

il seguente decreto legislativo:

art. 1 Diritto alla salute dei detenuti e degli internati

1. I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla 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 e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.
2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, in particolare, ai detenuti e agli internati:
a) livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi;
b) azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;
c) informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso in carcere, durante il periodo di detenzione e all'atto della dimissione in libertà;
d) interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;
e) l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate;
f) l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, in ragione dell'ambiente di vita e di relazione sociale, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.
3. Ogni Azienda unità sanitaria locale, nel cui ambito è ubicato un istituto penitenziario, adotta un'apposita Carta dei servizi sanitari per i detenuti e gli internati. Ai fini della predisposizione della Carta dei servizi sanitari le Aziende unità sanitarie locali e l'amministrazione penitenziaria promuovono consultazioni con rappresentanze di detenuti ed internati e con gli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini.
4. I detenuti e gli internati conservano l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico-generica.
5. Sono iscritti al Servizio sanitario nazionale gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia.
6. I detenuti e gli internati sono esclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario nazionale.

art. 2 Principi

1. Lo Stato, le regioni, i comuni, le aziende unità sanitarie locali e gli istituti penitenziari uniformano le proprie azioni e concorrono responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati, attraverso sistemi di informazione ed educazione sanitaria per l'attuazione di

misure di prevenzione e lo svolgimento delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione contenute nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.
2. L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.
3. Alla erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda unità sanitaria locale. L'amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati ivi assistiti.

art. 3 Competenze in materia sanitaria

1. Il Ministero della sanità esercita le competenze in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari.
2. La regioni esercitano le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi.
3. Alle Aziende unità sanitarie locali sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari. Il direttore generale risponde della mancata applicazione e dei ritardi nell'attuazione delle misure previste ai fini dello svolgimento dell'assistenza sanitaria nei suddetti istituti.
4. L'amministrazione penitenziaria segnala alle Aziende unità sanitarie locali e, ai fini dell'esercizio dei poteri sostitutivi, alle regioni e al Ministero della sanità, la mancata osservanza delle disposizioni del presente decreto legislativo.

art. 4 Competenze in materia di sicurezza

1. Al Ministero di grazia e giustizia sono riservate tutte le competenze in materia di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie ubicate negli istituti penitenziari e nell'ambito dei luoghi esterni di cura ove siano ricoverati i detenuti e gli internati.
2. Sulla base degli indirizzi formulati con decreto del Ministro di grazia e giustizia di concerto con il Ministro della sanità, il direttore dell'istituto penitenziario, sentito il direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale, disciplina il regime autorizzatorio e le modalità di accesso nell'istituto medesimo del personale appartenente al Servizio sanitario nazionale.
3. Il personale appartenente al Servizio sanitario nazionale è tenuto all'osservanza delle norme previste dall'ordinamento penitenziario, dal relativo regolamento di esecuzione, dal regolamento interno dell'istituto penitenziario, nonché delle direttive impartite dall'amministrazione penitenziaria e dal direttore dell'istituto medesimo in materia di
organizzazione e sicurezza.
4. In relazione alle esigenze dell'amministrazione penitenziaria è definito, senza oneri a carico del bilancio dello Stato, con provvedimento adottato dal Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro della sanità, con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentite le organizzazioni sindacali, un contingente di personale medico e sanitario da destinare all'Amministrazione penitenziaria. Con il medesimo provvedimento sono stabiliti i requisiti e i criteri per la individuazione di detto personale, nonché i relativi compiti, fermo restando il diritto di opzione per tale contingente di personale.

art. 5 Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario

1. Nell'ambito del Piano sanitario nazionale di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, è previsto un apposito Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario.
2. Il Progetto obiettivo di cui al comma 1 ha durata triennale ed è approvato con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. In sede di prima applicazione, il Progetto obiettivo è approvato entro sessanta giorni dalla entrata in vigore del presente decreto legislativo.
3. Nel Progetto obiettivo di cui al comma 1 sono definiti gli indirizzi alle regioni, volti a garantire gli obiettivi di salute dei detenuti e degli internati. Il Progetto obiettivo indica, in particolare:
a) gli indirizzi specifici finalizzati ad orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo dell'assistenza negli istituti penitenziari;
b) i modelli organizzativi dei servizi sanitari penitenziari anche di tipo dipartimentale differenziati secondo la tipologia di istituto;
c) le esigenze relative alla formazione specifica dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario;

d) le linee-guida finalizzate a favorire all'interno degli istituti penitenziari lo sviluppo delle modalità sistematiche di revisione e valutazione dell'assistenza erogata e ad assicurare l'applicazione dei livelli uniformi, essenziali e appropriati di assistenza;
e) gli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio nell'ambito degli istituti penitenziari.
4. Nella determinazione dei criteri generali di valutazione dell'attività dei direttori generali le regioni tengono conto anche del raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sanitari negli istituti penitenziari, con riferimento alle risorse disponibili e alle caratteristiche degli istituti penitenziari medesimi.
5. Le regioni danno attuazione, nell'ambito dei propri piani sanitari regionali, agli indirizzi contenuti nel Piano sanitario nazionale, sentiti i provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria, anche prevedendo specifici progetti di intervento in materia di assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti e degli internati. La mancanza del Piano sanitario regionale comporta l'applicazione del Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario di cui al comma 1.
6. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Progetto obiettivo di cui al comma 1, senza che la regione abbia provveduto a dare attuazione a quanto previsto dal comma 5, il Ministero delle sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso tale termine, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, anche mediante la nomina di commissari *ad acta.*
7. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità, è integrata con un apposito capitolo sull'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, redatto d'intesa con il Ministero di grazia e giustizia, nel quale sono:
a) illustrate le condizioni di salute della popolazione detenuta e internata;
b) descritte le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari;
c) esposti i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi finali stabiliti nel Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario;
d) illustrati i risultati conseguiti dalle regioni rispetto all'attuazione di piani sanitari regionali;
e) fornite indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e per la programmazione degli interventi in ambito penitenziario.

art. 6 Personale e strutture

1. Con uno o più decreti del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzan**o,** da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, è individuato il personale operante negli istituti penitenziari da trasferire al Servizio sanitario nazionale. Si applica l'articolo 19 della legge 15 marzo 1997, n. 59.
2. In sede di contrattazione collettiva con le organizzazioni sindacali sono definite le forme e le procedure per il trasferimento del personale individuato ai sensi del comma 1, anche con la definizione di apposite tabelle di equivalenza.
3. Con uno o più decreti del Ministro di grazia e giustizia e del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, è disciplinato, nel rispetto dei principi contenuti nell'articolo 7 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 il trasferimento delle attrezzature, degli arredi e degli altri beni strumentali di proprietà della amministrazione penitenziaria da destinare al Servizio sanitario nazionale.

art. 7 Trasferimento di risorse

1. Agli oneri derivanti dall'applicazione del presente decreto legislativo e dei decreti legislativi di cui all'articolo 5, comma 2, della legge 30 novembre 1998, n. 419, si provvede mediante utilizzazione delle risorse assegnate al Ministero di grazia e giustizia e destinate alla sanità penitenziaria**.**
2. Con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, sono assegnate al Fondo sanitario nazionale le risorse finanziarie, relative alle funzioni progressivamente trasferite, iscritte nello stato di previsione della spesa del Ministero di grazia e giustizia. Con il medesimo decreto sono definiti, altresì, i criteri e le modalità della loro gestione.

3. Dall’applicazione del presente decreto legislativo non possono derivare oneri a carico del bilancio dello Stato superiori all’ammontare delle risorse attualmente assegnate al Ministero di grazia e giustizia e destinate alla sanità penitenziaria**.**

art. 8 Trasferimento delle funzioni e fase sperimentale

1. A decorrere dal 1° gennaio 2000 sono trasferite al Servizio sanitario nazionale le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti. Sono contestualmente trasferiti il relativo personale, le attrezzature, gli arredi e gli altri beni strumentali nonché le risorse finanziarie, nel rispetto dei principi contenuti nell’articolo 7 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.
2. Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con il Ministro per la funzione pubblica, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le organizzazioni sindacali, sono individuate almeno tre regioni nelle quali avviare il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle restanti funzioni sanitarie. Con il medesimo decreto è stabilita la durata della fase sperimentale, tenuto conto dei termini previsti dall’articolo 5, comma 2, della legge 30 novembre 1998, n. 419.
3. Nella fase sperimentale prevista dal comma 2 al rapporto di lavoro del personale non si applicano le disposizioni di cui all’articolo 6. Tale personale è posto alle dipendenze funzionali del Servizio sanitario nazionale. I beni strumentali restano nella titolarità della amministrazione penitenziaria; la gestione degli stessi è affidata al Servizio sanitario nazionale.
4. Con i decreti previsti dal comma 2 dell’articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419, al termine della fase sperimentale, si provvede al trasferimento delle altre funzioni in tutto il territorio nazionale, anche sulla base della sperimentazione svolta.

art. 9 Trasferimento delle funzioni alle regioni a statuto speciale e alle province autonome

1. Per il trasferimento delle funzioni di cui al presente decreto legislativo si provvede, per le Regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano, con norme di attuazione ai sensi dei rispettivi statuti.

Progetto obiettivo

1. PREMESSA

L'articolo 1 del decreto legislativo del 22 giugno 1999, n. 230, stabilisce che i detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

Il successivo articolo 5 prevede l'adozione di un apposito Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, della durata di un triennio, ai fini della rimozione degli ostacoli ambientali ed organizzativi che caratterizzano l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, mediante la formulazione di criteri e indirizzi per l'attivazione di una rete di presidi e di servizi sanitari volti a soddisfare la domanda di assistenza, a migliorare la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, a garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute negli istituti penitenziari.

Per qualificare e umanizzare l'assistenza sanitaria nelle carceri e per rendere più efficaci le risposte sanitarie, il Servizio sanitario nazionale e l'Amministrazione penitenziaria realizzano una sistematica collaborazione mediante la definizione di programmi sanitari a livello nazionale, regionale e locale.

Le indicazioni contenute nel presente Progetto obiettivo, che per legge hanno durata triennale, sono suscettibili di modificazioni ed integrazioni, più o meno ampie, a seconda degli esiti della sperimentazione prevista dall'articolo 8 del decreto legislativo n. 230 del 1999. In sostanza, sarà la fase sperimentale, ed in particolare i risultati che emergeranno da tale fase, ad indicare l'opportunità di intervenire sulle misure previste nel presente Progetto.

2. LO STATO DI SALUTE NELLE CARCERI

Pur non esistendo un sistema di rilevazione nazionale delle patologie in ambito penitenziario, si riporta, di seguito, un breve quadro generale della situazione sanitaria inerente allo stato di salute nelle carceri e alla indicazione delle patologie maggiormente diffuse.

Le persone detenute sono attualmente circa 50.000 (47.000 uomini e 3.000 donne), nonostante le infrastrutture abbiano una disponibilità di 35.000 posti letto distribuiti nei 200 istituti esistenti. Dei suddetti 50.000 detenuti, 13.000 sono extracomunitari, 15.000 tossicodipendenti, 2.500 sieropositivi per l'HIV, oltre 4.000 i sofferenti di turbe psichiche anche molto gravi.

Le patologie infettive, psichiatriche e gastroenterologiche sono quelle maggiormente diffuse. In particolare malattie infettive come epatiti, tubercolosi, AIDS, sono motivo di grande impegno economico e per farvi fronte l'Amministrazione penitenziaria ha utilizzato circa il 40% del finanziamento per l'approvvigionamento dei farmaci.

Le patologie dell'apparato cardiovascolare colpiscono in carcere classi di età relativamente più basse rispetto alla società esterna (40 - 50 anni). Frequenti sono anche le malattie osteoarticolari e le bronco-pneumopatie croniche ostruttive (la stragrande maggioranza dei detenuti consuma in media dalle venti alle quaranta sigarette al giorno). Di difficile gestione in carcere sono, inoltre, le malattie metaboliche e del ricambio, come il diabete mellito di tipo I e II che comportano l'osservazione di un determinato regime di vita (dieta, moto, autogestione dei farmaci). Nella tabella 1 sono riportate le maggiori patologie rilevate negli istituti penitenziari nel periodo 1° gennaio-20 settembre 1999. E' indubbio, comunque, che occorre approfondire le attuali conoscenze sullo stato di salute dei detenuti.

Tabella n. 1

PATOLOGIE

periodo di riferimento 1° gennaio-20 settembre 1999

TOTALE GENERALE

G. MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO 2644

H. MALATTIE ALLERGICHE E IMMUNITARIE 1449

I. MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE 2262

J. ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO 1263

K. MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE 6600

L. MALATTIE DEL SANGUE DELL'EMOCOAGULAZIONE E DELL'EMOSTASI 668

M. MALATTIE DELL'APPARATO UROGENITALE 1267

N. MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO 5473

O. MALATTIE DELL'APPARATO LOCOMOTORIO 3558

P. MALATTIE INFETTIVE 9794

3. GLI OBIETTIVI DI SALUTE

L'articolo 5, comma 3, del decreto legislativo 22 giugno 1999 n. 230, prevede che nel Progetto obiettivo sono definiti gli indirizzi alle regioni, volti a garantire gli obiettivi di salute dei detenuti e degli internati secondo i livelli essenziali e uniformi di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale.

Tenuto conto della specificità della condizione penitenziaria, il Progetto obiettivo individua le aree prioritarie di intervento per la tutela della salute dei detenuti e degli internati, indicando i programmi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie maggiormente diffuse, volti al superamento e/o al contenimento degli stati di invalidità e di cronicità determinati da eventi interni o esterni alla condizione detentiva.

3.1 LE ATTIVITA' DI PREVENZIONE

E' noto che il carcere, per molti aspetti, è causa di rischi aggiuntivi per la salute fisica e psichica dei detenuti, degli internati e del personale addetto alla sorveglianza e all'assistenza. Nella condizione di restrizione della libertà personale, i problemi della quotidianità risultano determinanti per lo stato di salute, inteso come benessere psico-fisico di ciascuno e di tutti. I problemi ambientali costituiscono, pertanto, il primo campo di intervento per la tutela della salute dei detenuti e degli internati. Non a caso il decreto legislativo n. 230 del 1999 prevede il trasferimento delle funzioni di prevenzione prima di tutte le altre, a decorrere dal 1° gennaio 2000.

Il regime alimentare, gli ambienti malsani, la mancanza di movimento e di attività sociale, l'inedia, gli atti di violenza e di autolesionismo sono le questioni cui con priorità deve essere rivolta l'attenzione e l'iniziativa dei servizi sanitari.

Anche lo stato delle strutture edilizie, con vecchi edifici impropriamente adattati a carceri e degradati dal tempo e dall'uso e con stabilimenti di più recente costruzione ma ugualmente inadatti e nocivi, costituisce una specificità cui deve rivolgersi l'azione preventiva del Servizio sanitario nazionale.

In ragione di queste specifiche condizioni, è necessario definire programmi di prevenzione primaria finalizzati alla riduzione o rimozione di una sofferenza che ha radici strutturali.

Entro tre mesi dall'entrata in vigore del Progetto obiettivo, i dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali predispongono per gli istituti penitenziari ubicati nei relativi ambiti territoriali, coinvolgendo anche gli operatori penitenziari e i detenuti, una ricognizione dei rischi per la tutela salute in ambito carcerario, con l'obiettivo di realizzare gli interventi strutturali necessari per il ripristino, eventuale, di idonee condizioni ambientali e ai fini della individuazione di soluzioni che incidano sul miglioramento della qualità della vita in carcere, ivi compreso il regime alimentare. In particolare, si ritiene importante verificare l'applicazione della normativa sulla sicurezza negli ambienti di lavoro in un ambito, quale quello penitenziario, in cui devono essere conciliati ordinamenti diversi.

Le aziende sanitarie locali predispongono, sulla base delle informazioni e dei dati disponibili, programmi mirati di educazione alla salute, con particolare riguardo alle malattie infettive (tubercolosi, infezione da HIV, epatiti, ecc.) e parassitarie, alla prevenzione della tossicodipendenza, della sofferenza mentale dell'abuso di psicofarmaci, del fumo e dell'alcoldipendenza e delle più diffuse patologie sociali, sensibilizzando la popolazione detenuta e gli operatori sanitari e penitenziari.

Le suddette aziende attivano, altresì, programmi pluriennali di prevenzione secondaria, articolati annualmente, con screening riguardanti le malattie infettive e psichiatriche, i tumori, le malattie cerebro e cardiovascolari, il diabete, ecc., con il fine di raggiungere gli obiettivi di salute indicati nel Piano sanitario nazionale.

3.2 LE ATTIVITA' DI CURA

Le aziende sanitarie locali nel cui ambito territoriale è ubicato uno o più istituti penitenziari individuano, secondo le indicazioni regionali, modelli organizzativi atti ad assicurare il soddisfacimento della domanda di cura dei detenuti e degli internati e organizzano percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati, anche attraverso apposite linee-guida.

Le principali aree di intervento sono:

1. la medicina generale;
2. la medicina specialistica;
3. la medicina d'urgenza;
4. l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti;
5. l'assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute;
6. le patologie infettive.
7. la tutela della salute mentale

3.2.1 La medicina generale

L'assistenza medico-generica deve poter essere applicata superando l'attuale frazionamento degli interventi secondo un modello che preveda:

1. visite mediche e colloquio con l'operatore di salute mentale per tutti i nuovi giunti al loro ingresso in istituto;
2. visite programmate alle persone detenute che ne facciano richiesta;
3. il raccordo con la medicina generale presente sul territorio, anche mediante la redazione puntuale della cartella clinica del detenuto durante la permanenza in carcere e la

raccolta delle indicazioni che consentano di proseguire idonei ed appropriati trattamenti in altri istituti o al ritorno in libertà;

4. strumenti idonei a rilevare i dati necessari ad alimentare i flussi informativi sanitari nella logica della continuità assistenziale garantita dalle strutture previste dai livelli uniformi ed essenziali di assistenza

3.2.2 La medicina specialistica

In stretta correlazione con l'assistenza medico-generica, la medicina specialistica deve garantire gli interventi di tipo specialistico su indicazione e richiesta del medico di medicina generale.

Gli obiettivi specifici sono:

1) uniformare in tutti gli istituti penitenziari gli standard di assistenza specialistica;

2) garantire interventi immediati in sintonia con le esigenze di salute;

3) integrare le singole e specifiche competenze nell'ambito di una visione globale del paziente detenuto, anche tramite l'organizzazione di momenti di raccordo e confronto tra le varie figure specialistiche;

4) avviare programmi di trattamento adeguati e compatibili con lo stato di detenzione.

3.2.3 La medicina d'urgenza

La popolazione detenuta per la eterogeneità e per l'alta prevalenza di stati morbosi necessita che vengano assicurati gli interventi urgenti.

Sulla base di tale considerazione è possibile definire i seguenti obiettivi specifici:

- garantire la possibilità di un pronto intervento nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza (interno o del pronto soccorso);

- effettuare, quando necessario, iniziative di aggiornamento obbligatorio del personale in tema di patologie urgenti;

- prevedere l'integrazione tra le strutture intramurarie e quelle esterne per la medicina d'urgenza;

- disporre di adeguate attrezzature che consentano di fronteggiare le urgenze senza dover ricorrere con frequenza all'avvio in luoghi esterni di cura.

3.2.4 L'assistenza ai tossicodipendenti

I tossicodipendenti sono, secondo i dati del Ministero della giustizia, circa il 30% dei detenuti presenti nelle carceri italiane. L'assistenza ai detenuti tossicodipendenti ha fino ad ora avuto luogo mediante l'integrazione tra i servizi territoriali di assistenza (Ser.T) e gli analoghi presidi intramurari. Il trattamento del tossicodipendente prevede l'attuazione delle misure di prevenzione, diagnostiche e terapeutiche che riguardano sia l'aspetto della sfera psicologica che quello clinico.

I programmi da sviluppare devono garantire la salute del tossicodipendente detenuto e assicurare, contemporaneamente, la tutela complessiva della salute all'interno delle strutture carcerarie; ciò comporta

la ridefinizione del modello assistenziale, in un'ottica che concili le strategie più tipicamente terapeutiche con quelle preventive e di riduzione del danno.

Tra gli obiettivi di lungo periodo si pone, in primo luogo, la formulazione di percorsi capaci di una corretta individuazione dei bisogni di salute, in particolare tramite la raccolta di dati attendibili:

- sulle reali dimensioni della popolazione tossicodipendente detenuta, ottenuti con metodologie scientificamente accreditate;

- sul "turnover" della popolazione tossicodipendente detenuta;

- sull'incidenza dell'alcolismo e di problemi correlati all'uso di sostanze (patologie psichiatriche, malattie infettive).

- sullo stato dei presidi per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti presenti negli istituti penitenziari, compreso il personale ivi operante.

Tra gli obiettivi di assistenza da garantire primariamente vanno ricordati:

- l'immediata presa in carico dei detenuti da parte del SERT competente sull'istituto penitenziario, al fine di evitare inutili sindromi astinenziali ed ulteriori momenti di sofferenza del tossicodipendente, assicurando la necessaria continuità assistenziale;

- la implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe;

- la richiesta ed effettuazione delle indagini chimico-cliniche e sierologiche ritenute importanti ai fini diagnostici e/o di screening (prelievi ematici, dosaggi urinari), previa consenso dei detenuti, quando richiesto dalla legge;

- l'effettuazione (attraverso i servizi dell'azienda sanitaria locale) delle indagini chimico-cliniche e sierologiche ritenute importanti ai fini diagnostici e/o di screening previo consenso dei detenuti quando richiesto dalla legge;

- la effettuazione di ogni eventuale intervento specialistico necessario per l'approfondimento diagnostico;

- la predisposizione di programmi terapeutici personalizzati, predisposti a partire da una accurata diagnosi multidisciplinare dei bisogni del detenuto, in particolare per quanto riguarda i trattamenti farmacologici (metadone, ecc.), anche di mantenimento.

- la disponibilità di trattamenti farmacologici sostitutivi tenendo conto del principio della continuità terapeutica (in particolare per le persone che entrano in carcere essendo già in trattamento), concordati e condivisi con il tossicodipendente detenuto;

- la attuazione di trattamenti farmacologici con antagonisti, quando indicati, in particolare nella fase di avviamento e preparazione all'assistenza post-detentiva.

Per quanto riguarda il modello organizzativo dovrà essere individuato dalla azienda sanitaria locale competente per territorio, sulla base delle indicazioni regionali, tenendo conto dei seguenti elementi:

- la titolarità dell'intervento terapeutico da parte del SERT competente sull'istituto, da coordinare, tramite i dipartimenti delle dipendenze, con il complesso degli interventi territoriali sui tossicodipendenti e assicurando, altresì, la possibilità di comunicazione rapida ed efficace tra servizi intramurari e territoriali; la sistematica segnalazione al SERT, da parte dei sanitari addetti alle visite dei nuovi giunti, dei possibili nuovi utenti;

- la costituzione di un'area di osservazione necessaria ad una migliore capacità diagnostica dei bisogni del detenuto; in ogni caso, la individuazione di locali adeguati allo svolgimento delle attività terapeutico riabilitative intra-murarie e ad esse riservati in via esclusiva;

- l'indirizzo dei detenuti, ovunque indicato e compatibilmente con le caratteristiche dei singoli, a istituti penitenziari "a custodia attenuata", idonei per setting terapeutici più efficaci; in ogni caso dovranno essere previsti precisi meccanismi per facilitare l'accesso ai colloqui e/o visite del detenuto da parte degli operatori.

Il modello organizzativo dovrà, altresì, consentire un migliore coordinamento con i programmi svolti all'esterno, in particolare con quelli svolti in regime di misura alternativa alla detenzione.

Un elemento, infine, di notevole rilevanza per il conseguimento di un costante miglioramento qualitativo della assistenza penitenziaria ai tossicodipendenti dovrà essere la realizzazione di iniziative di formazione permanenti che coinvolgano congiuntamente sia i dipendenti delle aziende sanitarie locali che quelli del Ministero della giustizia.

3.2.5 L'assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute

La popolazione immigrata detenuta (P.I.D.), ha subito nell'ultimo decennio un incremento sostanziale legato anche alla presenza di frange di criminalità proveniente dagli ambienti degli immigrati. Molti di questi soggetti vengono a contatto per la prima volta nella loro vita con un sistema sanitario organizzato solo all'ingresso in carcere. L'entità del fenomeno suggerisce di prevedere specifiche raccomandazioni per gli immigrati detenuti.

In primo luogo è necessario che le conoscenza circa le condizioni di salute della P.I.D vengano al più presto approfondite con adeguate indagini conoscitive.

Propedeutico a qualsiasi intervento migliorativo delle condizioni di salute degli immigrati in carcere è, infatti, la conoscenza delle caratteristiche della popolazione di cui trattasi. E' quindi necessario:

4. conoscere i reali bisogni di carattere sanitario della popolazione immigrata detenuta;

5. rendere fruibili le risorse sanitarie esistenti;

6. adottare i programmi di prevenzione esistenti per le malattie trasmissibili in carcere tenendo conto della specificità della P.I.D..

Tra i punti critici da superare e su cui occorre incentrare l'attenzione si evidenziano:

- la pressoché totale mancanza di conoscenze sullo stato di salute degli immigrati detenuti, eccezion fatta per alcune patologie (tubercolosi, lue, HIV), oggetto di una pur parziale sorveglianza da parte del Ministero della giustizia.

- La carenza, anche nella letteratura internazionale, di esperienze specifiche di prevenzione o studio che possano costituire modelli di riferimento.

- La carenza, nella maggior parte degli istituti penitenziari, di protocolli organizzativi volti ad una gestione sanitaria mirata della P.I.D..

- L'assenza di formazione specifica del personale sanitario, di custodia, di supporto (educatori, assistenti sociali, psicologi) negli istituti penitenziari.

- La non comprensione della lingua italiana di molti detenuti al loro primo ingresso in carcere.

- La non conoscenza delle lingue straniere da parte del personale.

- La non conoscenza dell'immigrato delle norme e dei regolamenti che disciplinano le attività sanitarie negli istituti penitenziari.

- L'assenza di informazioni relative alle opportunità offerte dalla legislazione sanitaria italiana alle persone detenute malate di uscire dal carcere (affidamento in prova per i tossicodipendenti ai servizi sociali, ai SERT, alle comunità terapeutiche, gli arresti domiciliari in caso di AIDS o di altre gravi patologie).

- La scarsità e la non uniformità sul territorio nazionale di aiuti esterni su cui contare una volta usciti dall'istituzione.

- La frammentarietà e la disomogeneità degli interventi (opuscoli informativi multilingue, sportelli d'ascolto ecc.) spesso di iniziativa regionale, a volte addirittura locale.

- L'assenza di mediatori culturali.

3.2.6 Le patologie infettive

Le malattie infettive costituiscono un problema rilevante in tutte le comunità chiuse. Assumono una particolare rilevanza nelle condizioni particolari che si determinano nelle comunità penitenziarie in cui si verificano situazioni abitative, alimentari e comportamentali che facilitano la diffusione e l'acquisizione delle infezioni/malattie infettive. Inoltre, l'eterogeneità della provenienza della popolazione detenuta costituisce un rischio rilevante per l'importazione e la successiva diffusione di patologie non presenti o non più attuali/comuni nel nostro Paese.

Va anche considerata la difficoltà di inquadramento e di attribuzione etiologica di segni e sintomi che entrano nella diagnosi differenziale delle malattie infettive, ma che potrebbero essere determinati da altri fattori, tra cui vanno ricordati l'abuso di sostanze e la simulazione.

L'analisi delle patologie infettive più frequentemente segnalate in carcere indicano che:

a. la prevalenza massima di infezioni è determinata dalle epatiti virali non A e dall'infezione da HIV in diversi stadi di evoluzione;

b. le malattie più frequenti in carcere sono la scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi l'epatite A e la tubercolosi;

c. le sintomatologie associate ad etiologie infettive sono febbre e diarrea.

L'analisi del tempo di incubazione e delle modalità di trasmissione delle patologie sopra riportate fornisce importanti informazioni ai fini della definizione degli interventi necessari.

Le patologie del gruppo a) sono prevalentemente acquisite al di fuori del carcere, anche se casi di trasmissione potrebbero verificarsi durante la detenzione attraverso rapporti sessuali, procedure di tatuaggio, scambio di siringhe e taglienti, etc.

Le patologie del gruppo b) sono prevalentemente acquisite in carcere per trasmissione persona-persona a seguito dell'ingresso nel sistema di un soggetto infetto/infestato (con o senza segni e sintomi di infezione al momento dell'ingresso).

Le malattie infettive del gruppo c) possono essere prevalentemente correlate nel primo caso alla circolazione all'interno della comunità carceraria di influenza ed altre infezioni respiratorie acute a carattere epidemico, e nel secondo a problemi legati all'igiene dell'alimentazione, inclusa la conservazione di cibi all'interno delle celle.

L'analisi sopra riportata, l'esperienza della estrema pericolosità della circolazione in ambito carcerario di malattie come la tubercolosi multiresistente, la circolazione di nuovi agenti infettivi o di agenti già noti con nuove modalità o veicoli di trasmissione confermano la rilevanza del fenomeno e l'esigenza di attuare interventi efficaci di prevenzione e controllo.

Gli obiettivi specifici da raggiungere possono essere così sintetizzati:

- predisporre strumenti di informazione per i detenuti e per il personale (con particolare riferimento agli addetti alla preparazione e distribuzione dei cibi) sulle infezioni/malattie infettive, al fine di ridurre comportamenti che possano facilitare l'acquisizione/diffusione di patologie infettive;

- costruire mappe di rischio per le diverse modalità di trasmissione delle infezioni al fine di sviluppare ed attuare misure di prevenzione efficaci per controllare/ridurre le patologie infettive. La mappatura dei rischi deve contenere un'analisi di aspetti che vanno dalla salubrità degli ambienti e alla ventilazione di essi per la patologia aereotrasmessa alla densità abitativa delle celle e alla disponibilità/idoneità di servizi

igienici per le infezioni/infestazioni cutanee e le infezioni a trasmissione oro-fecale, alle modalità di preparazione, distribuzione e conservazione degli alimenti per le infezioni trasmesse attraverso il cibo;

- definire procedure standardizzate di valutazione dei nuovi ingressi prima dell'immissione nel sistema penitenziario, anche attraverso una osservazione attenta, per quanto possibile, per un periodo pari a quello di incubazione delle principali patologie infettive;

- sperimentare procedure di screening per l'identificazione dei soggetti infetti al momento dell'ingresso, attuando anche una valutazione costo-efficacia delle procedure adottate;

- sviluppare protocolli per l'inquadramento e la gestione delle infezioni/malattie infettive clinicamente evidenti, con una dettagliata guida delle misure di barriera e delle procedure di isolamento;

- garantire ai detenuti l'accesso ai trattamenti antinfettivi (compresi quelli appartenenti alla fascia H) anche attraverso il ricorso a strutture esterne specializzate per le malattie infettive;

- sperimentare la fattibilità di interventi di immunizzazione primaria e di terapie preventive per soggetti già infetti (ad esempio per la tubercolosi), attuando anche una valutazione costo-efficacia;

- adottare attraverso il ricorso a strutture specialistiche in diagnostica molecolare delle malattie infettive, procedure diagnostiche che consentano di definire la trasmissione intracarceraria delle infezioni, anche al fine di identificare precocemente possibili cluster di infezioni e mettere prontamente in atto misure per bloccare eventi epidemici;

- sviluppare un sistema di sorveglianza che consenta di monitorizzare a livello nazionale le dimensioni del fenomeno, fornendo informazioni attendibili sul piano epidemiologico ed etiologico in quanto costruiti con metodologie standardizzate e con l'utilizzo di tecniche appropriate di diagnosi etiologica. Tale sistema deve consentire di identificare con sufficiente attendibilità i casi prevalenti da quelli incidenti;

- costruire modelli di intervento psico-sociale e comportamentale per far aumentare la consapevolezza dei rischi di infezione, per favorire la riduzione dei comportamenti a rischio e per determinare una maggiore aderenza alle prescrizioni terapeutiche.

3.2.7. LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

E' ormai riconosciuta a livello internazionale l'esistenza di un disagio psichico maggiore e diffuso negli istituti penitenziari. Nel nostro Paese non esistono stime epidemiologiche attendibili, ma l'esperienza dei medici psichiatri che operano negli istituti da tempo evidenzia il problema, sollecitando più mirati interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali.

La promozione e la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari vanno riguardate come obiettivi che nell'immediato e in ogni caso il Servizio sanitario nazionale deve porsi, non solo ai fini più strettamente sanitari, ma anche ai fini della sicurezza negli istituti. Un maggiore benessere psichico, consentito da una risposta complessivamente più consona alla domanda che i cittadini del carcere formulano, non potrà che ridurre lo stillicidio di piccole e grandi emergenze che soffocano la vita penitenziaria e danno luogo ad un incessante disordine operativo. Il miglioramento del servizio reso nel settore della salute mentale, ad esempio, ha potenzialmente un ruolo decisivo nella prevenzione dei fenomeni di autolesionismo più o meno gravi e della protesta che il disagio sostiene, con indiscutibili effetti positivi anche sulla custodia.

Ciò premesso, occorre pensare ad una risposta in questo settore che attraversi l'intero assetto sanitario del carcere, coinvolgendo tutte le professionalità a vario titolo chiamate a rispondere alle esigenze di cura e trattamento delle persone recluse (agenti di polizia penitenziaria, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri, psicologi, medici, psichiatri e neuropsichiatri) in un progetto di complessiva presa in carico e in stretto collegamento con gli assetti della salute mentale esterni, specifici delle varie realtà. Un collegamento funzionale e organizzativo necessario affinché il carcere assuma una identità sanitaria in tale ambito non separata dal resto del territorio, con cui dovrà inevitabilmente articolarsi.

Fatta questa breve premessa si riportano, di seguito, gli obiettivi da raggiungere nel triennio:

1. valutare con urgenza entità e distribuzione dei disturbi mentali nella popolazione reclusa nei diversi luoghi, compito da affrontare quanto prima, attraverso progetti concordati tra Servizio sanitario nazionale e Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, ad iniziare dalle regioni coinvolte nella fase sperimentale.

2. Curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti secondo moduli che tengano conto delle specificità del contesto in cui si opera.

3. Assicurare che l'attività di tutela e promozione della salute mentale sia coordinata dal Dipartimento della salute mentale del territorio di appartenenza, individuando un'apposita articolazione organizzativa. Ciò affinché anche i malati detenuti possano usufruire di tutte le possibilità di cura e riabilitazione garantite dai servizi del territorio.

4. Adottare in carcere strumenti che consentano la domiciliazione della cura, il lavoro multidisciplinare, la formulazione di progetti di trattamento individuali, la continuità del trattamento, la presa in carico personalizzata del caso in luogo della risposta limitata all'urgenza.

5. Prevedere che vengano istituite, per i soggetti con disturbi mentali, sia zone di osservazione e intervento clinico sia di riabilitazione, tali da non determinare una separazione, bensì da consentire un livello maggiore di integrazione.

6. Ricercare strumenti di cooperazione tra Servizio sanitario nazionale e Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria al fine di favorire l'assegnazione dei soggetti con disturbi mentali a sedi penitenziarie ubicate nello stesso ambito regionale o confinante rispetto alla residenza che avevano prima di essere reclusi.

7. Attivare scambi e cooperazione tra area sanitaria e area trattamentale, al fine di evitare, fin dove possibile, duplicazioni e sovrapposizioni sfavorevoli al benessere psichico. Uno dei terreni sui quali sperimentare questa possibilità è costituito dal servizio nuovi giunti, dove gli psicologi che vi operano lavoreranno di concerto con gli psichiatri. Sarà da completare l'attivazione, comunque, in ogni istituto, di un'area nella quale la questione del trattamento incontri quella della tutela e della promozione della salute mentale, al fine di definire la forma migliore di trattamento, nell'interesse della persona e dell'istituzione.

8) Considerando necessario un riordino del settore dell'internamento psichiatrico giudiziario occorre definire protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori del Dipartimento di salute mentale e gli operatori del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, ai fini della definizione di interventi terapeutici e riabilitativi a favore degli internati.

3.2.7.1. Istituti o sezioni speciali per infermi e minorati psichici. Centri di osservazione e istituti minorili.

Sono assegnati agli istituti o servizi speciali per infermi e minorati psichici gli imputati e i condannati, ai quali nel corso della misura detentiva sopravviene una infermità psichica che non comporti, rispettivamente, l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero in O.P.G. o in case di cura o custodia nonché, per l'esecuzione della pena, i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

Sono da prevedere, per questi luoghi, una speciale attenzione alla salute mentale degli ospiti e quindi una specifica dotazione di risorse e una stretta integrazione con le strutture deputate alla tutela della salute mentale.

I centri di osservazione, oltre a svolgere le attività di osservazione previste dall'ordinamento penitenziario, ospitano periziandi e svolgono attività di ricerca scientifica.

Sono da prevedere, per questi luoghi, una speciale attenzione alla salute mentale degli ospiti, qualora sottoposti a perizia psichiatrica e comunque affetti da turbe psichiche, in stretto collegamento con gli assetti organizzativi esterni della salute mentale specifici di un certo territorio, da estendere al territorio

carcere, nonché forme di collaborazione dei Ministeri della sanità, della giustizia e dell'università e della ricerca scientifica, finalizzate alla ricerca nei settori delle carenze psichiche e delle cause di disattivamento sociale e queste riferibili.

Anche per gli istituti minorili la tutela della salute mentale deve prevedere una speciale attenzione e il collegamento stretto con gli assetti organizzativi esterni specifici di un certo territorio, da estendere al territorio carcere.

3.3 LE ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE

Le condizioni di prevalente immobilità proprie della condizione carceraria, gli stati di invalidità congenita o acquisita, richiedono una ricognizione dei bisogni riabilitativi in ciascun istituto penitenziario, in modo da predisporre programmi mirati che prevedono, comunque, un approccio multidisciplinare e l'integrazione di interventi di diverse professionalità (sanitarie, sociali, educative) avendo a riferimento l'unitarietà della persona e il principio della continuità e della integrazione dei trattamenti sanitari.

La riorganizzazione e l'implementazione delle attività riabilitative (spesso assenti), richiedono uno specifico progetto elaborato d'intesa tra gli assessorati alla sanità delle regioni ed i provveditorati dell'Amministrazione penitenziaria, per realizzare in ogni istituto penitenziario spazi attrezzati per lo svolgimento delle attività di riabilitazione.

Qualora i trattamenti riabilitativi dovessero svolgersi in centri esterni, si applicano le procedure previste per i ricoveri in day-hospital o in regime ordinario esterni al carcere.

Le aziende sanitarie locali valutano l'entità del lavoro svolto, il livello e l'adeguatezza tecnica e tecnologica delle strutture, la qualità delle prestazioni erogate, i risultati ottenuti anche coinvolgendo nella valutazione i soggetti interessati, avendo a riferimento le linee-guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione approvate con provvedimento della Conferenza Stato-regioni del 7 maggio 1998.

4. I MODELLI ORGANIZZATIVI

Il decreto legislativo n. 230 del 1999, prevede che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti e degli internati sono precisati nei programmi delle regioni e delle aziende sanitarie locali e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, anche di tipo dipartimentale, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli istituti penitenziari ubicati in ciascuna regione.

Ai fini di una uniforme organizzazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, si forniscono, di seguito, indirizzi in merito ai modelli organizzativi:

a) per gli istituti penitenziari con una popolazione fino a 200 detenuti, alla data del 30 giugno 1999, l'indicazione è di istituire, nell'ambito del distretto sanitario, un servizio sanitario multiprofessionale, diretto da un dirigente medico nominato secondo le procedure previste dalla normativa vigente in materia di conferimento degli incarichi dirigenziali. Il medico responsabile coordina le prestazioni erogate dalle strutture e dal personale dell'azienda. Il servizio assicura le prestazioni di base e specialistiche.

b) per gli istituti penitenziari con una popolazione ristretta da 200 a 700 detenuti, alla data del 30 giugno 1999, l'indicazione è di istituire una unità operativa multiprofessionale, ovvero un dipartimento funzionale, ai fini della erogazione delle prestazioni di base e specialistiche. L'unità operativa è diretta da un dirigente medico nominato secondo le procedure previste dalla normativa vigente in materia di conferimento degli incarichi. Il medico responsabile coordina la medicina generale e quella specialistica, promuove gli interventi necessari da parte delle competenti articolazioni organizzative delle aziende

sanitarie locali, assicura l'integrazione tra le prestazioni sanitarie e quelle sociali in collaborazione con il responsabile dei servizi sociali.

c) per gli istituti penitenziari con oltre 700 detenuti, alla data del 30 giugno 1999, o per più istituti penitenziari anche di diversa tipologia (minorili, femminili), l'indicazione è di istituire un apposito dipartimento strutturale per la tutela della salute dei detenuti, articolato in più unità operative, dotato di uno specifico budget, con un direttore responsabile, con personale medico, tecnico e infermieristico nonché con psicologi, assistenti sociali e educatori professionali. Il direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale secondo le procedure previste dalla normativa vigente in materia di conferimento degli incarichi. Egli predispone il programma annuale, coordina le attività di base e specialistiche, promuove gli interventi delle strutture e del personale.

d) per gli istituti penitenziari minorili l'indicazione è di istituire nell'ambito del dipartimento per la tutela della salute dei detenuti, ove esistente, una specifica unità operativa, ovvero, in assenza del dipartimento, uno specifico servizio multidisciplinare. L'unità operativa o il servizio multidisciplinare comprendono tutte le professionalità necessarie allo svolgimento dello specifico tipo di assistenza e collaborano con i servizi sociali dell'istituto con il compito precipuo di sottrarre il minore al circuito penitenziario.

e) per gli istituti penitenziari femminili l'indicazione è di istituire, nell'ambito del dipartimento per la tutela della salute dei detenuti, ove esistente, una specifica unità operativa multidisciplinare ovvero, in assenza del dipartimento, uno specifico servizio multiprofessionale, tenuto conto delle specifiche professionalità che tale tipo di assistenza richiede.

In ogni caso, qualunque sia il modello organizzativo adottato, l'azienda sanitaria locale deve garantire, in analogia con quanto prescritto per i cittadini in stato di libertà dall'articolo 8, comma 1, lettera e), del decreto legislativo n. 229 del 1999, l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale tra i medici di medicina generale, i medici specialisti ambulatoriali e le strutture operative del Servizio sanitario nazionale. Tale Servizio si avvale di mediatori culturali per le attività sanitarie destinate ai detenuti o agli internati stranieri.

Al termine della fase sperimentale, prevista dall'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo n. 230 del 1999, sulla base dell'esperienza e dei risultati conseguiti, si procederà agli eventuali interventi di ridefinizione dei modelli organizzativi.

5. IL RICOVERO NELLE UNITA' OPERATIVE DI DEGENZA

Il ricovero in una unità operativa di degenza esterna al carcere è previsto per la cura degli stati acuti di malattia dei soggetti detenuti.

Le ragioni della sicurezza dell'Amministrazione penitenziaria evidenziano l'esigenza di limitare il ricorso al ricovero esterno ai soli casi necessari e l'impegno a qualificare in misura sempre maggiore la rete dei servizi diagnostici e terapeutici e dei presidi all'interno degli istituti penitenziari.

La regione, sentito il provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria, secondo quanto previsto dall'art. 8 - quater del decreto legislativo n. 502 del 1999 e successive modificazioni e integrazioni, stabilisce i requisiti per l'accreditamento delle strutture e dei presidi di ricovero interni al carcere, a partire dagli esistenti reparti clinici e chirurgici dell'Amministrazione penitenziaria (cosiddetti Centri diagnostici e terapeutici). In ogni caso, mai le ragioni della sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita dei detenuti.

Anche in riferimento alle particolari responsabilità e ai gravosi impegni di traduzione, di trasferimento e di piantonamento che il ricovero esterno richiede all'Amministrazione penitenziaria il ricovero ospedaliero, fatte salve le competenze della Autorità giudiziaria e della suddetta Amministrazione, deve essere motivato e coordinato dal Servizio sanitario nazionale.

Nell'immediato, per il ricovero all'esterno del carcere va utilizzata la rete dei presidi ospedalieri o delle aziende ospedaliere esterni; a medio termine, ci si avvarrà anche di "sezioni ospedaliere specifiche" ricavate negli ospedali.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore del Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della giustizia, sono individuati i presidi ospedalieri o le aziende ospedaliere nei quali istituire appositi reparti riservati ai detenuti che abbisognano di cure in ambito ospedaliero.

Del pari alle strutture sanitarie, il Ministero della sanità censisce e verifica le strutture a custodia attenuata, programmando, d'intesa con il Ministero della giustizia, l'attivazione di almeno una struttura in ogni regione.

6. L'ORGANIZZAZIONE PER IL GOVERNO DELLA SANITA' IN AMBITO PENITENZIARIO

Il trasferimento dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari al Servizio sanitario nazionale, consente di superare una separatezza storica tra culture ed esperienze diverse che hanno una finalità comune: la salute delle persone, sempre e in ogni caso, tenendo conto della specificità delle condizioni ambientali.

La ricomposizione di questa separatezza consente, oggi, di mettere a disposizione dei programmi per la salute dei detenuti e degli internati tutto il potenziale del Servizio sanitario nazionale, dalla ricerca alla sperimentazione, dalla formazione degli operatori alla rete dei servizi territoriali e ospedalieri, dalla prevenzione alla riabilitazione.

Deve essere salvaguardato il patrimonio di esperienze e di conoscenze fino ad oggi acquisite dal personale in materia di assistenza sanitaria negli istituti penitenziari.

Il governo della sanità in carcere deve trovare una puntuale organizzazione a livello nazionale, nella individuazione di comitati tecnici interministeriali per indirizzare e coordinare l'attività sanitaria in ambito penitenziario. A livello regionale possono essere istituiti analoghi comitati di indirizzo e coordinamento.

Il Ministero della sanità e gli assessorati alla sanità delle regioni istituiscono, secondo i rispettivi ordinamenti, con apposito provvedimento, entro tre mesi dall'entrata in vigore del Progetto obiettivo, uno specifico ufficio ai fini della organizzazione, della programmazione e del coordinamento dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari. Con il medesimo provvedimento sono individuati il personale, le risorse e i compiti.

7. COMPITI DELLO STATO, DELLE REGIONI E DELLE AZIENDE SANITARIE

7.1 LO STATO

Il Ministero della sanità esercita le competenze in maniera di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari.

Per le attività previste nel Progetto obiettivo, utilizza le risorse finanziarie trasferite dal bilancio del Ministero della giustizia secondo quanto previsto dall'articolo 7 del decreto legislativo n. 230 del 1999.

Le risorse sono trasferite annualmente dal Ministero della sanità alle regioni, sulla base di criteri concordati in sede di Conferenza unificata, tenendo conto degli istituti penitenziari presenti in ciascuna regione, della consistenza e della composizione della popolazione detenuta e internata, dei presidi e dei servizi sanitari interni agli istituti penitenziari presenti nella regione, con particolare riferimento ai reparti clinici e chirurgici degli istituti medesimi, agli ospedali psichiatrici giudiziari, ai reparti ospedalieri per detenuti, ai presidi per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, ai malati di mente e ai malati di AIDS.

Il Ministero della sanità provvede a rendere disponibili, nell'ambito delle risorse destinate all'adeguamento delle strutture di ricovero, apposite risorse per la ristrutturazione dei presidi all'interno degli istituti penitenziari e per l'istituzione di nuovi reparti per detenuti nei presidi e nelle aziende ospedalieri esterni.

A livello nazionale e regionale è assicurata la rilevazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione detenuta e internata, dei rischi, della morbilità e delle cause di morte, mediante l'istituzione di nuove strutture ovvero l'utilizzazione di quelle già esistenti, finalizzato a rendere disponibile al Servizio sanitario nazionale ogni informazione utile alla programmazione e al governo delle attività di prevenzione, di cura e riabilitazione in carcere.

In applicazione dell'articolo 5, comma 3 lettera c) del decreto legislativo n° 230/99, il Ministero della sanità, in collaborazione con quello della giustizia, organizza appositi corsi per la formazione specifica e l'aggiornamento degli operatori sanitari, degli agenti di polizia penitenziaria e dei mediatori culturali che operano in carcere.

Il Ministero della sanità stipula accordi con il Ministero dell'università e della ricerca scientifica per istituire corsi post-laurea dedicati all'aggiornamento dei medici che operano nei servizi sanitari in carcere.

La relazione sullo stato sanitario del Paese che il Ministero della sanità è tenuto a presentare al Parlamento in base all'articolo 1, comma 10 del decreto legislativo n. 229/99 prevede un apposito capitolo riguardante lo stato di salute negli istituti penitenziari italiani, a norma dell'articolo 5, comma 7, del decreto legislativo n. 230/99.

7.2 LE REGIONI

Le regioni esercitano le competenze in ordine alle funzioni di programmazione e di organizzazione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi.

A tale scopo la regione:

a) approva, entro 60 giorni dall'approvazione del Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, sentito il Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria, il Progetto obiettivo regionale. Tale Progetto, indica gli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio, i modelli organizzativi da adottare in ciascuno degli istituti penitenziari presenti nella regione, anche di tipo dipartimentale; gli strumenti di supporto alle aziende e il controllo per la verifica della qualità e dell'efficacia delle prestazioni; le procedure e i tempi che le aziende sanitarie locali devono seguire nella predisposizione del piano attuativo locale per la tutela della salute dei detenuti e degli internati;

b) prevede le risorse finanziarie da assegnare alle aziende sanitarie locali per la costituzione e il funzionamento dei modelli organizzativi per la salute dei detenuti e degli internati e per la realizzazione del piano attuativo locale;

c) organizza il piano di riordino della rete ospedaliera per il ricovero dei detenuti;

d) predispone il programma dei corsi di formazione e di aggiornamento del personale sanitario e dei mediatori culturali, cui possono accedere, sulla base di intese con il provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria, anche gli agenti di polizia penitenziaria;

e) redige una relazione sullo stato di salute nelle carceri presenti nella regione. La relazione è inviata al Ministero della sanità e all'Amministrazione penitenziaria;

f) esercita il controllo sull'operato delle aziende sanitarie locali e adotta i provvedimenti previsti dalle leggi nei confronti del direttore generale in caso di inadempienza nell'attuazione delle misure previste dalle norme di legge;

g) concorda con il Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria le sedi territoriali ove è più opportuno avviare iniziative di custodia attenuata, sia come istituti riservati che come sezioni annesse a grandi strutture penitenziarie.

7.3 I COMPITI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI

In riferimento agli obiettivi di salute indicati nel Progetto obiettivo nazionale e in quello regionale, le aziende sanitarie locali svolgono compiti di gestione e di controllo dei servizi sanitari che operano negli istituti penitenziari.

Il direttore generale risponde della eventuale mancata applicazione e degli eventuali ritardi nell'attuazione delle misure previste nei suddetti progetti obiettivo.

A tale scopo il direttore generale:

a. predispone, sentito il direttore dell'istituto penitenziario, nell'ambito del piano attuativo locale, specifici progetti di intervento nelle carceri, coinvolgendo il comune o la conferenza dei sindaci nell'esame e nella definizione;

b. approva i modelli organizzativi individuati nei progetti obiettivo nazionale e regionale e nomina i responsabili;

c. formula alla regione, sentito il direttore dell'istituto penitenziario interessato, le proposte di riordino delle strutture sanitarie interne ed esterne al carcere, ai fini della predisposizione del piano di riordino dei presidi sanitari e del loro ammodernamento strutturale e tecnologico;

d. attua le intese con la direzione degli istituti penitenziari;

e. assicura che le risorse finanziarie assegnate dalla regione siano correttamente ed esclusivamente impiegate per l'assistenza sanitaria in ambito penitenziario;

f. approva la carta dei servizi per i detenuti e gli internati, previa consultazione con le loro rappresentanze, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, del decreto legislativo n. 230 del 1999.

8. LA FORMAZIONE E L'INFORMAZIONE

Nell'ambito del processo di trasferimento delle funzioni sanitarie al Servizio sanitario nazionale, una importanza particolare riveste la formazione permanente e specifica degli operatori sanitari e del personale di polizia penitenziaria.

I programmi di formazione del suddetto personale dovranno essere tenuti nella massima considerazione alla luce della rilevanza del rapporto quotidiano con i detenuti ed in particolare con le persone portatrici di sofferenza psichica. Una formazione reale ed efficace dovrà prevedere nella verifica il momento quotidianamente privilegiato, soprattutto se questa sarà, come auspicabile, estesa ed omogenea su tutto il territorio nazionale e non incentrata sulle iniziative locali.

In particolare, nell'ambito dei programmi di prevenzione dell'infezione da HIV e dell'abuso di droghe deve essere prevista la messa in atto di opportuni momenti di informazione attraverso l'utilizzazione di adeguati supporti, non rigidamente connessi ad un unico modello, ma applicabili e modificabili secondo esigenze differenziate.

Opportuni programmi di educazione sanitaria in tema di droga, alcool, AIDS e salute mentale, appaiono essere prioritari nell'ambito della comunità detenuta. L'informazione su questi temi attraverso un'opera di sensibilizzazione diretta rappresenta un valido strumento di prevenzione.

I programmi informativi dovranno privilegiare forme differenziate di comunicazione se indirizzate a detenuti italiani o stranieri, tenendo conto delle specifiche esigenze etniche e religiose.

E' auspicabile la sempre maggiore presenza della figura del mediatore culturale, persona, questa qualificata sul piano non solo linguistico ma soprattutto culturale, che consenta di superare le difficoltà nei rapporti con i detenuti provenienti da paesi stranieri. Tali persone vanno formate in modo sempre più appropriato al procedere delle conoscenze.

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO CENTRALE DETENUTI E TRATTAMENTO - DIVISIONE II SANITÀ

Circolare prot. n. 578455/14 TOSS. GEN. del 29.12.1999

Oggetto: trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie relative al settore della prevenzione ed al settore dell'assistenza ai detenuti ed agli internati tossicodipendenti.

L'art. 8/1 del decreto legislativo n. 230/1999 prevede che con decorrenza dal 1 gennaio 2000 siano trasferite al Servizio sanitario nazionale (di seguito SSN) le funzioni sanitarie relative al settore della prevenzione ed al settore dell'assistenza ai detenuti ed agli internati tossicodipendenti. Contestualmente al trasferimento delle funzioni, la medesima norma dispone che sia operato il trasferimento del personale, delle attrezzature, degli arredi, degli altri beni strumentali e delle risorse finanziarie destinate dall'amministrazione penitenziaria allo svolgimento di dette funzioni.

Com'è noto, mentre le funzioni di prevenzione primaria e secondaria, ferme restando le competenze in materia di igiene e profilassi di cui all'art. 11/2 op, sono attualmente svolte dal medico incaricato, le funzioni relative all'assistenza ai tossicodipendenti sono state attribuite dal DPR 309/1990 al SSN, che vi provvede mediante appositi servizi (SERT).

E' altresì noto che i SERT dal 1990 ad oggi hanno prestato dei servizi che in determinati luoghi, sia per la ridotta frequenza degli accessi in istituto penitenziario da parte dei medici addetti a tale servizio, sia per obiettive difficoltà di raccordo funzionale tra SERT ed istituto penitenziario, si sono rivelati non del tutto soddisfacenti. Per ovviare a tale inconveniente, l'amministrazione penitenziaria era stata costretta ad istituire ed organizzare un servizio sostitutivo (o quantomeno di supporto), chiamato "presidio tossicodipendenti", cui sono stati addetti medici, psicologi ed infermieri.

La brevità dei tempi previsti dal decreto legislativo 230/1999 per l'emanazione dei decreti attuativi, la complessità della materia e la necessità di coinvolgere nella relativa procedura più amministrazioni dello Stato, non ha consentito sino ad oggi di adottare tali decreti attuativi, tra cui quelli previsti dall'art. 4/2 (in materia di disciplina del regime autorizzatorio e delle modalità di accesso in istituto da parte del personale appartenente al SSN) e dal citato art. 8/1 del decreto legislativo. A tale riguardo, si comunica che è in corso di pubblicazione da parte dei Ministri interessati una circolare di chiarimento in ordine all'attività sanitaria relativa alle funzioni trasferite, ai nuovi rapporti intercorrenti tra personale del presidio tossicodipendenti e SERT, agli obiettivi di salute afferenti a ciascuno dei due settori coinvolti.

E' pertanto opportuno che anche questa amministrazione impartisca direttive di carattere generale, valide almeno sino all'emanazione dei decreti attuativi, relative al trasferimento delle funzioni sanitarie che avrà luogo dal 1 gennaio 2000.

Regime autorizzatorio e modalità di accesso

Si è già accennato alla circostanza che, in materia di assistenza ai detenuti ed internati tossicodipendenti, in alcune realtà territoriali il locale SERT ha assicurato sino ad oggi un servizio puntuale e ben organizzato, mentre in altre l'attività del SERT ha lasciato alquanto a desiderare. Ciononostante, in quasi tutti gli istituti penitenziari i locali servizi del SSN hanno stipulato apposite convenzioni per l'accesso in istituto ed hanno pertanto individuato le persone autorizzate ad accedervi.

E' tuttavia verosimile - oltre ad essere auspicabile - che a partire dal 1 gennaio 2000 i SERT, in vista dell'obiettivo finale dichiarato dalla legge di riordino della medicina penitenziaria (il miglioramento dell'assistenza sanitaria offerta alla popolazione detenuta e internata), si diano un'idonea organizzazione per assicurare il funzionamento del servizio, aumentando la presenza di operatori del SSN in ambito penitenziario. Ciò che avverrà certamente anche nel settore della prevenzione, in ordine al quale oggi il SSN non è presente negli istituti penitenziari.

E d'altra parte l'amministrazione penitenziaria ha la cogente necessità di adottare ogni utile misura finalizzata a perseguire uno dei suoi scopi istituzionali: assicurare l'esecuzione di provvedimenti dell'autorità giudiziaria in materia di libertà personale.

Da ciò deriva l'ulteriore necessità da parte di questa amministrazione di operare verifiche più puntuali di quanto non sia avvenuto nel passato sulle persone appartenenti al SSN che intendono essere autorizzate ad accedere negli istituti penitenziari.

A tal fine, si dispone che ciascun istituto penitenziario richieda al competente servizio interessato alla singola funzione sanitaria (prevenzione ed assistenza ai tossicodipendenti) un elenco del personale appartenente al SSN che, a parere del responsabile di detto servizio, dovrà accedere in istituto.

Ciascuna delle persone comprese nell'elenco in questione dovrà rilasciare, soltanto prima del primo accesso, una dichiarazione autocertificatoria ai sensi della legge 15/1968, nella quale sia attestato, previa esposizione delle conseguenze penali derivanti da falsa o mendace dichiarazione:

- di non aver riportato condanne definitive per delitti di qualunque natura;

- di non avere procedimenti penali a proprio carico non ancora definiti per delitti di qualunque natura;

- di non avere familiari o conviventi tra la popolazione detenuta e internata.

Ciascuna persona deve altresì impegnarsi per iscritto a dichiarare tempestivamente al direttore dell'istituto penitenziario la eventuale sopravvenuta sussistenza di dette condizioni.

In ossequio alla vigente normativa in tema di autocertificazione, le direzioni degli istituti cureranno che i controlli preventivi siano riservati ai soli casi in cui sussista serio e motivato dubbio circa la falsità o reticenza della dichiarazione; per i motivi di sicurezza sopra evidenziati, tuttavia, le direzioni assicureranno che tutte le dichiarazioni siano comunque sottoposte a controllo successivo per mezzo delle forze di polizia. Eventuali problemi saranno tempestivamente segnalati al responsabile del servizio interessato, invitandolo a trovare una diversa soluzione nell'ambito del potere di organizzazione delle risorse umane a sua disposizione.

In nessun caso il dubbio sulla veridicità di una dichiarazione, o il positivo accertamento della sua non veridicità, potranno costituire motivi idonei ad impedire la prestazione dell'assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti o degli internati da parte del servizio interessato.

Le direzioni degli istituti penitenziari, ricevuto l'elenco delle persone appartenenti al SSN con l'indicazione delle rispettive qualifiche, salvo che non si provveda ad attivare i controlli preventivi di cui sopra, rilascerà un'apposita autorizzazione preventiva ad accedere all'interno dell'istituto penitenziario nei luoghi e negli orari prestabiliti.

A tal fine, ciascuna direzione, previe intese con il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale interessata, dovrà indicare i locali e le aree dove sarà consentito l'ingresso degli operatori del SSN, nonché disciplinare autonomamente i giorni e gli orari di accesso in istituto. E' evidente che a tale riguardo deve essere perseguito l'obiettivo della massima agevolazione del funzionamento del servizio, tenuto conto delle esigenze della sicurezza e privilegiando, in caso di più soluzioni alternative, quelle che favoriscano in concreto lo svolgimento del servizio sanitario pur senza compromettere la tutela delle predette esigenze.

In ogni caso, i controlli da svolgersi al momento dell'accesso in istituto non dovranno essere diversi da quelli cui sono ordinariamente sottoposti quanti accedono in istituto per motivi inerenti allo svolgimento di attività istituzionale.

Trasferimento delle funzioni sanitarie

Si è già accennato brevemente alla impossibilità di rispettare il dettato normativo del decreto legislativo 230/1999 nella parte in cui prevede il contestuale trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie afferenti ai settori della prevenzione e dell'assistenza ai tossicodipendenti e delle relative risorse (umane, logistiche, strumentali e finanziarie).

Il trasferimento delle risorse non avverrà pertanto contestualmente al trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie; esse resteranno, sino alla loro individuazione ed al loro formale trasferimento a mezzo decreto attuativo, legate al loro attuale status giuridico: il personale (di ruolo e non) resterà organicamente inquadrato nell'amministrazione penitenziaria, i locali, le attrezzature e gli altri beni strumentali permarranno di proprietà dell'amministrazione penitenziaria, quest'ultima rimarrà titolare delle relative risorse finanziarie.

Al SSN sarà attribuita la disponibilità delle risorse, la responsabilità gestionale ed organizzativa delle funzioni trasferite ed il coordinamento delle attività di loro pertinenza.

E' tuttavia indispensabile chiarire che l'assunzione di responsabilità da parte del SSN comporta che il personale addetto ai settori trasferiti sia funzionalmente inserito alle dipendenze dello stesso.

Fermo restando lo status giuridico ed economico in godimento al 31 dicembre 1999, dunque, a decorrere dal 1 gennaio 2000 tutto il personale operante negli istituti penitenziari nei settori della prevenzione e dell'assistenza ai tossicodipendenti sarà posto alle dipendenze funzionali del SSN, continuando a svolgere, sino all'emanazione del decreto attuativo previsto dall'art. 8, le medesime attività svolte sino al 31 dicembre 1999, e raccordandosi direttamente con i competenti dipartimenti e servizi delle aziende sanitarie locali, i cui responsabili dovranno coordinare lo svolgimento delle relative attività.

Il passaggio alle dipendenze funzionali del SSN riguarderà anche il medico incaricato, sia pure limitatamente alle funzioni concernenti la prevenzione.

Si è altresì deciso di mantenere attualmente in vigore le convenzioni stipulate tra istituti penitenziari e singoli professionisti sanitari nei settori trasferiti, che verranno rinnovate dall'amministrazione penitenziaria, secondo le vigenti procedure, sino a quando non sarà stato emanato il decreto attuativo del trasferimento del personale. Ciò al fine di non determinare alcuna soluzione di continuità nello svolgimento delle attività sanitarie trasferite. Trattandosi di dover prorogare per breve tempo una situazione di fatto diversa da quella di diritto, si ritiene opportuno non modificare il testo delle vigenti convenzioni sino all'entrata in vigore del decreto attuativo, anche se il testo delle convenzioni stesse, in alcuni punti, non appare più compatibile con il nuovo regime giuridico risultante a seguito del trasferimento delle funzioni.

Sembra altresì opportuno fornire le seguenti precisazioni (peraltro già sottolineate con riferimento al SERT nella nota del Direttore Generale n. 150346/4-1-29 del 22 maggio 1998) in ordine ad alcuni possibili punti critici del nuovo regime:

- devono essere facilitate tutte le condizioni idonee per un agevole ed efficace intervento degli operatori del SSN, ai quali deve essere assicurata la disponibilità di idonei locali, individuati in modo tale da favorire la funzionalità dei servizi senza precludere il rispetto delle esigenze di sicurezza;

- deve essere accuratamente evitato l'insorgere di difficoltà di vario genere in ordine all'individuazione dei giorni, degli orari e delle modalità di accesso in istituto degli operatori del SSN, nonché alla pronta disponibilità da parte di questi ultimi dei detenuti e degli internati;

- deve essere data al SERT immediata comunicazione dell'ingresso in istituto di un detenuto o internato tossicodipendente, al fine di favorire una tempestiva presa in carico del soggetto da parte dell'organo responsabile della sua assistenza;

- deve essere assicurata al detenuto o internato tossicodipendente la prosecuzione del programma terapeutico in svolgimento all'esterno;

- non deve essere posto alcun ostacolo o resistenza di varia natura ad eventuali interventi di disassuefazione mediante metadone o simili nei confronti di tossicodipendenti: solo nell'ipotetico caso in cui siano presenti gravi e documentati motivi che rendano inopportuna sotto il profilo della sicurezza l'assunzione di metadone da parte di persone detenute o internate, la direzione potrà prendere contatto con i responsabili del SERT perché verifichino la percorribilità di un'eventuale soluzione alternativa;

- eventuali disfunzioni esistenti nell'organizzazione o nel concreto svolgimento delle funzioni sanitarie trasferite dovranno essere tempestivamente segnalate alla competente ASL ed a questo Dipartimento, Ufficio centrale detenuti e trattamento, Divisione II.

Si ritiene altresì opportuno, nelle more della diffusione della citata circolare congiunta dei ministri della sanità e della giustizia, allegare alla presente, a mero titolo indicativo non trattandosi ancora di documentazione ufficiale, un estratto della bozza del progetto obiettivo relativo alle funzioni sanitarie in corso di trasferimento al SSN.

Nel ricordare ancora una volta che l'obiettivo dichiarato della riforma - verso cui deve tendere anche l'amministrazione penitenziaria nel suo complesso ed in ogni suo appartenente - è di migliorare il livello complessivo di assistenza sanitaria prestato nei confronti delle persone detenute ed internate, si invitano i

Signori Provveditori Regionali ed i Signori Direttori degli Istituti Penitenziari a voler curare la pronta esecuzione di quanto sopra, per quanto di rispettiva competenza.

IL DIRETTORE GENERALE

SENATO DELLA REPUBBLICA XIII 4780

Attesto che il Senato della Repubblica, il 6 febbraio 2001, ha approvato, con modificazioni, il seguente disegno di legge d'iniziativa del Governo, già approvato dalla Camera dei deputati:

Misure alternative alla detenzione a tutela del rapporto tra detenute e figli minori

art. 1.*(Rinvio dell'esecuzione della pena)*

1. L'articolo 146 del codice penale è sostituito dal seguente:
«art. 146. – (Rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena). – L'esecuzione di una pena, che non sia pecuniaria, è differita:
1) se deve aver luogo nei confronti di donna incinta;
2) se deve aver luogo nei confronti di madre di infante di età inferiore ad anni uno;
3) se deve aver luogo nei confronti di persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'articolo 286-*bis*, comma 2, del codice di procedura penale, ovvero da altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione, quando la persona si trova in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative.
Nei casi previsti dai numeri 1) e 2) del primo comma il differimento non opera o, se concesso, è revocato se la gravidanza si interrompe, se la madre è dichiarata decaduta dalla potestà sul figlio ai sensi dell'articolo 330 del codice civile, il figlio muore, viene abbandonato ovvero affidato ad altri, semprechè l'interruzione di gravidanza o il parto siano avvenuti da oltre due mesi».

7. L'articolo 147, primo comma, numero 3), del codice penale è sostituito dal seguente: «3) se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita nei confronti di madre di prole di età inferiore a tre anni».
3. L'articolo 147, terzo comma, del codice penale, è sostituito dal seguente: «Nel caso indicato nel numero 3) del primo comma il provvedimento è revocato, qualora la madre sia dichiarata decaduta dalla potestà sul figlio ai sensi dell'articolo 330 del codice civile, il figlio muoia, venga abbandonato ovvero affidato ad altri che alla madre».
4. All'articolo 147 del codice penale è aggiunto, in fine, il seguente comma: «Il provvedimento di cui al primo comma non può essere adottato o, se adottato, è revocato se sussiste il concreto pericolo della commissione di delitti».

art. 2.*(Modifiche all'articolo 211-*bis *del codice penale in materia di ricovero coatto)*

1. All'articolo 211-*bis* del codice penale, è aggiunto, in fine, il seguente comma:
«Se la misura di sicurezza deve essere eseguita nei confronti dell'autore di un delitto consumato o tentato commesso con violenza contro le persone ovvero con l'uso di armi e vi sia concreto pericolo che il soggetto commetta nuovamente uno dei delitti indicati il giudice può ordinare il ricovero in una casa di cura o in altro luogo di cura comunque adeguato alla situazione o alla patologia della persona».

art. 3.*(Detenzione domiciliare speciale)*

1. Dopo l'articolo 47-*quater* della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, è inserito il seguente:
«art. 47-*quinquies. – (Detenzione domiciliare speciale). – 1.* Quando non ricorrono le condizioni di cui all'articolo 47-*ter*, le condannate madri di prole di età non superiore ad anni dieci, se non sussiste un concreto pericolo di commissione di ulteriori delitti e se vi è la possibilità di ripristinare la convivenza con i figli, possono essere ammesse ad espiare la pena nella propria abitazione, o in altro luogo di privata dimora, ovvero in luogo di cura, assistenza o accoglienza, al fine di provvedere alla cura e alla assistenza dei figli, dopo l'espiazione di almeno un terzo della pena ovvero dopo l'espiazione di almeno quindici anni nel caso di condanna all'ergastolo.
2. 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 della condannata che si trovi in detenzione domiciliare speciale.
3. Il tribunale di sorveglianza, nel disporre la detenzione domiciliare speciale, fissa le modalità di attuazione, secondo quanto stabilito dall'articolo 284, comma 2, del codice di procedura penale, precisa il periodo di tempo che la persona può trascorrere all'esterno del proprio domicilio, detta le prescrizioni

relative agli interventi del servizio sociale. Tali prescrizioni e disposizioni possono essere modificate dal magistrato di sorveglianza competente per il luogo in cui si svolge la misura. Si applica l'articolo 284, comma 4, del codice di procedura penale.
4. All'atto della scarcerazione è redatto verbale in cui sono dettate le prescrizioni che il soggetto deve seguire nei rapporti con il servizio sociale.
5. Il servizio sociale controlla la condotta del soggetto e lo aiuta a superare le difficoltà di adattamento alla vita sociale, anche mettendosi in relazione con la sua famiglia e con gli altri suoi ambienti di vita; riferisce periodicamente al magistrato di sorveglianza sul comportamento del soggetto.
6. La detenzione domiciliare speciale è revocata se il comportamento del soggetto, contrario alla legge o alle prescrizioni dettate, appare incompatibile con la prosecuzione della misura.
7. La detenzione domiciliare speciale può essere concessa, alle stesse condizioni previste per la madre, anche al padre detenuto, se la madre è deceduta o impossibilitata e non vi è modo di affidare la prole ad altri che al padre.
8. Al compimento del decimo anno di età del figlio, su domanda del soggetto già ammesso alla detenzione domiciliare speciale, il tribunale di sorveglianza può:
a) disporre la proroga del beneficio, se ricorrono i requisiti per l'applicazione della semilibertà di cui all'articolo 50, commi *2,* 3 e 5;
b) disporre l'ammissione all'assistenza all'esterno dei figli minori di cui all'articolo 21-*bis,* tenuto conto del comportamento dell'interessato nel corso della misura, desunto dalle relazioni redatte dal servizio sociale, ai sensi del comma 5, nonché della durata della misura e dell'entità della pena residua».
Dall'applicazione della disposizione di cui al comma 5 dell'articolo 47-*quinquies* della legge 26 luglio 1975, n. 354, introdotto dal comma 1 del presente articolo, non possono derivare maggiori oneri per il bilancio dello Stato.

art. 4.*(Allontanamento dal domicilio)*

1. Dopo l'articolo 47-*quinquies* della legge 26 luglio 1975, n. 354, introdotto dall'articolo 3 della presente legge, è inserito il seguente:
«art. 47-*sexies. – (Allontanamento dal domicilio senza giustificato motivo). – 1.* La condannata ammessa al regime della detenzione domiciliare speciale che rimane assente dal proprio domicilio, senza giustificato motivo, per non più di dodici ore, può essere proposta per la revoca della misura.
3. Se l'assenza si protrae per un tempo maggiore la condannata è punita ai sensi dell'articolo 385, primo comma, del codice penale ed è applicabile la disposizione dell'ultimo comma dello stesso articolo. *3.* La condanna per il delitto di evasione comporta la revoca del beneficio. *4.* Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano al padre detenuto, qualora la detenzione domiciliare sia stata concessa a questi, ai sensi dell'articolo 47-*quinquies*, comma 7».

art. 5.*(Assistenza all'esterno dei figli minori)*

1. Dopo l'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, è inserito il seguente:
«art. 21-*bis. – (Assistenza all'esterno dei figli minori). – 1.* Le condannate e le internate possono essere ammesse alla cura e all'assistenza all'esterno dei figli di età non superiore agli anni dieci, alle condizioni previste dall'articolo 21.
2. Si applicano tutte le disposizioni relative al lavoro all'esterno, in particolare l'articolo 21, in quanto compatibili.
3. La misura dell'assistenza all'esterno può essere concessa, alle stesse condizioni, anche al padre detenuto, se la madre è deceduta o impossibilitata e non vi è modo di affidare la prole ad altri che al padre».

art. 6.*(Limiti di applicabilità)*

1. I benefici di cui alla presente legge non si applicano a coloro che sono stati dichiarati decaduti dalla potestà sui figli, a norma dell'articolo 330 del codice civile.
2. Nel caso che la decadenza intervenga nel corso dell'esecuzione della misura, questa è immediatamente revocata.

art. 7.*(Sospensione delle pene accessorie)*

1. L'applicazione di uno dei benefici previsti dalla presente legge determina, per il tempo in cui il beneficio è applicato, la sospensione della pena accessoria della decadenza dalla potestà dei genitori e della pena accessoria della sospensione dell'esercizio della potestà dei genitori.

art. 8.*(Norme di coordinamento)*

1. All’articolo 51-*bis*, comma 1, della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, dopo le parole: «o della detenzione domiciliare» sono inserite le seguenti: «o della detenzione domiciliare speciale» e le parole: «o al comma 1 dell’articolo 47-*ter*» sono sostituite dalle seguenti: «o ai commi 1 e 1-*bis* dell’articolo 47-*ter* o ai commi 1 e 2 dell’articolo 47-*quinquies*».
All’articolo 51-*ter*, comma 1, della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, dopo le parole: «o di detenzione domiciliare» sono inserite le seguenti: «o di detenzione domiciliare speciale».
All’articolo 70, comma 1, della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, dopo le parole: «la detenzione domiciliare,» sono inserite le seguenti: «la detenzione domiciliare speciale,».

Raccomandazioni per un approccio di genere al tema donne, salute, hiv

La commissione Donne, Salute, HIV-AIDS ha rilasciato il documento finale, prodotto dalla commissione promossa dal Ministero della Pari Opportunità, alla cui stesura ha partecipato Nadir HIV Treatment Group.

DONNE, SALUTE, HIV-AIDS

Le presenti Raccomandazioni sono un contributo al processo di adeguamento culturale e politico dell'iniziativa istituzionale, in relazione ai risvolti sanitari, sociali, culturali, etici e giuridici del complesso rapporto tra donne, salute, HIV-AIDS. Le raccomandazioni si rivolgono a tutte le istituzioni pubbliche - in primo luogo il sistema sanitario ma anche all'amministrazione penitenziaria, alle autorità preposte alle politiche dell'immigrazione, alle istituzioni formative e a quelle del mercato del lavoro - che a vario titolo hanno competenza d'intervento sui diversi aspetti del problema. Per affrontare la questione occorre innanzi tutto una svolta di carattere culturale: considerare la differenza sessuale, in tutti i suoi risvolti, come chiave di lettura di carattere generale, non come specificità marginale. E' un compito arduo, che nonostante gli sforzi compiuti, fa registrare risultati largamente insoddisfacenti, sia a livello internazionale sia nel nostro Paese. L'assenza di un approccio di genere produce conseguenze molto gravi. I dati, nella loro semplicità, testimoniano dell'esistenza di una vera e propria emergenza a livello mondiale. Tuttavia, affrontare adeguatamente la questione, richiederà interventi di lungo periodo e di carattere strutturale.

• Nel 1999 negli Stati Uniti il 58% delle infezioni da HIV nella fascia d'età tra i 13 e 19 anni colpiva persone di sesso femminile (in tutte le età il 18% dei soggetti con infezione da HIV era di sesso femminile). In Italia, mentre nel 1985 le donne rappresentavano il 16.5% delle persone con infezione da HIV, nel 2000 erano il 24%. Tra il 26 e il 50% delle donne HIV+ negli Stati Uniti hanno acquisito l'infezione prima dei 20 anni d'età.

• Tra il 1995 e il 1996 negli Stati Uniti è stata osservata una riduzione del 27% della mortalità da AIDS nel sesso maschile ma solo del 14% nel sesso femminile. Nel 1998 l'AIDS rappresentava la 5° causa di morte fra le donne tra i 25 e i 44 anni negli USA e la 3° causa fra le donne Afro-Americane della stessa fascia d'età. La sopravvivenza negli uomini con infezione da HIV è superiore a quella delle donne con infezione da HIV. Gran parte di questa differenza è attribuibile al diverso accesso alle nuove terapie antiretrovirali potenti.

• Negli Stati Uniti il 77% dei nuovi casi di infezione da HIV nel 1999 nelle donne avveniva in persone Afro-Americane o Latino-Americane. Nel 54% delle donne che hanno contratto l'infezione da HIV nel 1998 i rapporti eterosessuali sono stati la causa della trasmissione dell'infezione.

• La trasmissione dell'infezione da HIV da uomo a donna è da 3 a 18 volte più frequente di quella da donna a uomo. Seppur con le nuove terapie antiretrovirali potenti si può ridurre significativamente la carica virale plasmatica di HIV, non è costante la concomitante scomparsa di HIV dal liquido seminale. Mediante rapporti sessuali è possibile la trasmissione di ceppi di HIV resistenti alle terapie antiretrovirali. La presenza di malattie sessualmente trasmesse (vaginiti batteriche, fungine, herpes genitale, infezione da Chlamydia, da Trichomonas, sifilide, gonorrea ecc.) aumenta il rischio di contrarre l'infezione da HIV

• La frequenza con cui le donne accedono per la prima volta al test per la ricerca degli anticorpi anti HIV è significativamente minore che per gli uomini. La prima diagnosi di infezione da HIV nelle donne avviene in una fase dell'infezione significativamente più avanzata rispetto agli uomini (dati USA). Anche fra le persone che accedono ai servizi di diagnosi e cura, le donne tendono ad essere meno frequentemente in terapia antiretrovirale. La discrepanza fra sessi diminuisce in presenza di un numero rilevante di operatrici sanitarie donne.

• Scarsissimi sono i dati ufficiali disaggregati per sesso relativi alla situazione italiana. Non disponiamo di alcuna informazione di fonte istituzionale differenziate per genere, in relazione alle fasce di età di prima infezione, alle sopravvivenze, all'accesso alle cure, ai servizi di screening e di terapia, ai farmaci, alla salute mentale, all'aderenza alla terapia, alla qualità della vita.

Naturalmente le indagini vanno realizzate con modalità che tutelino pienamente la privacy delle persone interessate

A determinare questa situazione gravissima concorrono diverse concause, fra cui la quasi totale assenza di un'informazione mirata alle donne, e l'incapacità dell'organizzazione sanitaria e delle altre istituzioni di affrontare la complessa questione della sessualità femminile. Inoltre il sistema sanitario non riesce ancora ad avere consapevolezza del fatto che il benessere delle donne sia influenzato da una complessa rete di variabili non solo biologiche ma anche cliniche, psicologiche, sociali, e etiche.

AREE DI RICERCA

Al di là degli aspetti strettamente ginecologici o relativi alla gravidanza e alla trasmissione materno-fetale, sino ad oggi i più studiati, occorre ancora indagare con un'ottica di genere la questione HIV/AIDS:

CLINICA E TRATTAMENTO

• A parità di numero di cellule CD4+, le donne potrebbero avere livelli plasmatici di HIV RNA (carica virale) significativamente minori. I dati in letteratura a questo proposito sono ancora molto contrastanti fra loro. Il livello di HIV RNA associato alla progressione verso l'AIDS conclamato non è stato sufficientemente studiato specificatamente per le donne. Le attuali linee-guida sull'inizio delle terapie antiretrovirali si basano su dati rilevati da casistiche maschili (coorte MACS).

• Il soggetto endocrino è responsabile dei principali meccanismi di mantenimento dell'omeostasi dell'organismo. Sebbene il sistema endocrino funzioni allo stesso modo fra uomini e donne, i livelli degli ormoni prodotti e circolanti è significativamente diverso. Scarse sono le acquisizioni scientifiche relative all'impatto dell'infezione da HIV sul sistema endocrino nei soggetti di sesso femminile. E comunque, esistono alcuni studi che mettono in evidenza come l'infezione da HIV influenzi il ciclo mestruale e l'efficacia e la sicurezza di alcune tecniche di contraccezione.

• La maggior parte degli studi clinici per la sperimentazione dei nuovi farmaci o delle nuove combinazioni antiretrovirali viene effettuata su casistiche comprendente un numero insufficiente di donne. Fanno eccezione gli studi sulla trasmissione materno-fetale. Nel 1993, meno del 10% delle persone arruolate in studi clinici erano di sesso femminile. L'ostacolo maggiore alla partecipazione delle donne negli studi clinici è rappresentato dal rischio di tossicità dei farmaci in sperimentazione sull'aspetto riproduttivo e di sviluppo del feto.

• Esistono linee-guida Nazionali ed Internazionali sul trattamento antiretrovirale nelle persone con infezione da HIV. Non vengono però evidenziate in dettaglio le raccomandazioni specifiche per sesso, tranne che per la trasmissione materno-fetale.• Alcuni studi mostrano come alcuni effetti collaterali della terapia antiretrovirale, quali l'acidosi lattica, l'epatotossicità, le reazioni allergiche cutanee, le alterazioni del metabolismo lipidico e glucidico, siano più frequenti nelle donne. Nonostante ciò, le ricerche sulla tollerabilità della terapia antivirale nelle donne sono scarse.

• La sindrome lipodistrofica, significativamente associata all'assunzione di terapia antivirale, è caratterizzata da prevalente accumulo di tessuto adiposo o da combinazione di accumulo in alcuni distretti corporei e perdita in altri. Essa sembra più frequente nelle donne. L'impatto della lipodistrofia sull'immagine corporea e sulla qualità della vita possono essere profondamente diversi fra i sessi.

• La donna con infezione da HIV mostra un maggiore rischio e una maggior gravità di infezioni e neoplasie genitali. Tuttavia in molti centri clinici mancano servizi mirati di screening.

SESSUALITA'

• Non esistono dati in letteratura sul livello di soddisfazione della vita sessuale delle donne con infezione da HIV. Non è noto l'impatto dei farmaci antiretrovirali sul desiderio sessuale delle donne HIV+. Ma soddisfazione sessuale ed integrità del desiderio sono due componenti fondanti l'equilibrio psichico di ogni essere umano, uomo o donna che sia.

SALUTE MENTALE

• Esiste una tendenza alla psichiatrizzazione di tutta una serie di problematiche femminili connesse al sentire ed al vivere delle donne per le quali la risposta psichiatrica va a riempire un vuoto ed una difficoltà dell'esistenza che ha la sua radice prima nella forte disuguaglianza di potere tra i due sessi. La

depressione, che secondo alcuni dati riferiti alla popolazione in generale colpirebbe le donne in misura doppia rispetto agli uomini, pare avere influenze significative anche sul destino e sulla genesi dell'infezione da HIV. Infatti, in un ampio studio di coorte americano più della metà delle donne seguite presentava sintomi di tipo depressivo. Altri studi, poi, evidenziano un'incidenza maggiore di depressione nelle donne con infezione da HIV rispetto agli uomini HIV. Ancora, ricerche recenti tenderebbero a mettere in relazione questa forma morbosa a un aumento di vulnerabilità rispetto all'HIV. Anche se appare prematuro assumere in toto questo dato, non bisogna dimenticare che caratteristica delle forme depressive femminili è un atteggiamento di passività rispetto agli eventi, rafforzato dall'impossibilità ad autodeterminarsi che tutte le donne sperimentano nel loro esistere quotidiano.

OBIETTIVI E AZIONI

Tutte le considerazioni suesposte delineano una condizione di pesante discriminazione delle donne HIV+ o affette da Aids; discriminazione che va contrastata non solo per motivi di equità ma anche per i costi sociali che comporta. Perché questo avvenga bisogna mettere in campo azioni che chiamino in causa investimenti non economici ma di carattere politico e che di seguito elenchiamo, in sintonia con le politiche di riduzione del danno:

PREVENZIONE

•Sostenere programmi preventivi per tutte le malattie sessualmente trasmesse
• Studiare strategie preventive dell'infezione da HIV secondo un approccio di genere
• Progettare ed attuare interventi educativi nelle scuole con particolare riguardo agli utenti di sesso femminile, agli/alle adolescenti e alle regioni/zone socialmente più depresse
• Realizzare corsi di educazione sessuale inseriti nei programmi scolastici obbligatori e trattazione degli aspetti biologici e psicologici della sfera sessuale, della riproduzione, i metodi contraccettivi con particolare riferimento all'uso del profilattico, le modalità di acquisizione delle malattie sessualmente trasmesse e i relativi comportamenti a rischio.

Inserire all'interno dei corsi di laurea, di specializzazione e di aggiornamento la necessaria attenzione per un approccio di genere al tema donne – salute. Riportare i dati epidemiologici italiani stratificati per genere al fine di verificarne le diverse distribuzione o cambiamenti nel tempo

• Facilitare ed incrementare l'accesso delle donne con infezione da HIV ai servizi per lo screening e la cura dell'infezione

• indirizzare una specifica formazione ai ginecologi/ostetrici per l'approccio alle donne HIV+ non a conoscenza del loro stato sierologico, per promuovere la diagnosi precoce delle malattie sessualmente trasmesse e dell'infezione da HIV

• Riconoscere a ciascuno il diritto di scegliere se essere curato/a da un uomo o da una donna. Questo darebbe agio alle donne di affrontare alcune questioni, quali sessualità, effetti derivanti dall'uso di alcuni farmaci usati nella terapia delle malattie sessualmente trasmesse, comportamenti sessuali a rischio, che, difficilmente si riescono ad esplicitare con operatori dell'altro sesso.

CURA DELLE DONNE CON INFEZIONE DA HIV

• Sensibilizzare le figure sanitarie e gli organi pubblici deputati alla creazione ed applicazione di linee guida sui trattamenti a osservare un approccio di genere per un corretto inizio e gestione della terapia antivirale, integrando le linee guida con informazioni e indicazioni diversificate per sesso concernenti l'andamento della carica virale e la comparsa di effetti collaterali agli antiretrovirali, nonché sulle specificità di genere in ambito epidemiologico, clinico, psicologico e sociale

• Incrementare la ricerca sull'impatto da infenzione da HIV sul sistema endocrino nei soggetti di sesso femminile e gli studi di efficacia e tollerabilità degli antiretrovirali in studi specificamente su coorti di donne

• Approfondire l'effetto delle interazioni fra le combinazioni antiretrovirali e i contraccettivi orali. Stimare le differenze di effetti collaterali agli antiretrovirali fra uomini e donne, e studiare il differente impatto sull'immagine corporea e sulla qualità della vita delle donne con sindrome lipodistrofica

• Richiedere alle agenzie deputate (EMEA, FDA) ed alle singole case farmaceutiche che negli studi clinici vi sia una percentuale significativa di donne arruolate, tenendo conto delle aree di criticità

• Creare un consenso sul tipo di screening e follow-up ginecologico necessario per la donna con infezione da HIV e garantire servizi ginecologici specializzati alla cura e prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse in donne HIV+

Fornire il necessario supporto psicologico e di informazione alle donne HIV+ in gravidanza o che desiderano intraprenderla

• Formare gli operatori e le operatrici sanitarie affinché siano in grado di adottare diversi atteggiamenti di cooping della malattia tra donne e uomini

• Progettare corsi di formazione, con approccio di genere, per operatori ed operatrici sanitarie, medici e mediche specialisti in campi utili per la diagnosi e la cura dell'infezione da HIV (l. 135/90)

• Garantire la presenza nei centri sanitari di mediatrici culturali per le donne straniere con infezione da HIV+

ACCESSO ALLE CURE

• Favorire l'accesso ai servizi di diagnosi e cura delle donne attraverso una informazione mirata e idonea a superare barriere di ordine sociale e culturale con particolare riferimento alle aree di criticità

INFORMAZIONE E SOSTEGNO SOCIALE

• Stimolare le agenzie comunicative ad un corretto approccio di genere all'infezione da HIV, alla distribuzione di una corretta ed esauriente informazione sul tema "Donne e HIV"
• Riconoscere e adeguatamente sostenere le associazioni di donne, mirate all'autoriconoscimento e valorizzazione dell'identità femminile, come quelle più qualificate per il supporto alle donne con infezione da HIV con particolare riferimento alle aree di criticità

OBIETTIVI E AZIONI NELLE AREE DI CRITICITA'

Vanno impostate azioni specifiche in alcuni ambiti che vanno considerati come aree di criticità, o perché presentano particolari fattori di rischio ovvero perché costituiscono contesti rilevanti dal punto di vista del benessere e dell'integrazione sociale delle persone sieropositive o con infezione da HIV.

CARCERE

Garantire l'effettiva tutela della privacy delle donne detenute malate di AIDS, sieropositive o affette da gravi patologie (rispetto delle leggi 135/90 e 675/96)
Garantire l'effettiva applicazione del nuovo regolamento penitenziario (DPR 230/00) con riferimento alle attività di prevenzione in merito a situazioni che possono favorire lo sviluppo di forme patologiche (art. 17 Co. 9)
Garantire l'effettiva tutela del diritto alla salute delle detenute malate di AIDS, sieropositive, o comunque affette da gravi patologie, attraverso la presenza costante di medici e specialisti, nonché attraverso la concreta possibilità di accesso a cure e terapie
Assicurare il rispetto della libertà di scelta terapeutica
Garantire la segnalazione alle autorità competenti/soggetti interessati di situazioni di accertata incompatibilità con il regime carcerario in presenza di detenute malate di AIDS o affette da gravi patologie
Invitare al monitoraggio delle strutture esistenti idonee ad ospitare donne affette da AIDS o da gravi patologie, in alternativa al carcere

Garantire l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche delle donne detenute con infezione da HIV

Prestare particolare attenzione all'attività di informazione e prevenzione rivolta alle donne straniere detenute (necessaria presenza, per esempio, di mediatrici culturali)
Riservare particolare attenzione alla tutela della salute delle donne tossicodipendenti favorendo l'applicazione di strategie di riduzione del danno con particolare attenzione alle crisi astinenziali all'ingresso in carcere.

DONNE STRANIERE

• Assicurare una informazione mirata, idonea a superare barriere di ordine culturale per la fruizione di servizi esistenti sul territorio

• Garantire che l'informazione venga rivolta anche alle donne che si trovano in maggior difficoltà in relazione alla condizione di irregolare presenza sul territorio
• Promuovere programmi di prevenzione che permettano di entrare in contatto con le donne straniere tenendo conto degli stili di vita e delle attività che svolgono, costruendo modalità di prevenzione in rapporto sia all'identità che al contesto
• Applicare l'art. 19 l. 40/98 con riferimento a donne malate (HIV, AIDS, gravi patologie) colpite da provvedimento di espulsione o da respingersi allo Stato di provenienza ogni qualvolta venga rappresentata una possibile persecuzione nel paese d'origine in ragione della condizione personale di salute

• Promuovere un'attività informativa con riferimento alla possibilità di avvalersi di strumenti normativi che consentano di rimanere nel territorio nazionale.

LA PROSTITUZIONE

• Produrre materiale informativo specifico (tradotto nelle lingue richieste) sulla prevenzione HIV/AIDS/MST rivolto alle prostitute contenente dati sulle vie di trasmissione delle infezioni (HIV, epatite C, ecc.), sui diversi metodi di contraccezione, sugli effetti collaterali delle varie droghe e sui rischi per la salute
• Contattare le prostitute mediante personale qualificato quale: operatrici di outreach, mediatrici culturali, educatrici pari. Coinvolgere queste ultime (appartenenti al gruppo target) nella preparazione del materiale informativo

• Porre particolare attenzione al rispetto della privacy e alla volontarietà nella sottoposizione a terapie per le donne che si prostituiscono
• Promuovere una rete tra servizi sanitari e operatrici outreach, mediatrici culturali ed educatrici pari al fine di accrescere nelle donne che si prostituiscono fiducia nei servizi sanitari
• Porre particolare attenzione alla dignità e ai diritti delle donne che si prostituiscono con l'obiettivo di promuovere la loro salute e la loro sicurezza

LAVORO

• Promuovere e garantire il diritto al lavoro delle donne malate di AIDS, sieropositive o affette da gravi patologie favorendo la conoscenza e l'utilizzo dei seguenti strumenti normativi:
- Telelavoro per chi ha condizioni precarie di salute;
- Flessibilità orario giornaliero e mensile (l. 53/2000);
Riduzione orario di lavoro (mensile o giornaliero) ex l. 104/92 e riconoscimento handicap in situazione di gravità riconosciuta dalle competenti Commissioni Mediche delle AASSLL

• Coinvolgere le organizzazioni sindacali nell'attività di monitoraggio delle situazioni di discriminazione in relazione alle condizioni di salute nonché di predisposizione - attivazione di effettivi strumenti di tutela

• Prevedere percorsi di reinserimento lavorativo che modifichino la condizione di mera assistita della donna favorendo l'acquisizione di competenza e professionalità;
• Tutelare la privacy delle donne malate anche attraverso la diffusione di conoscenza degli strumenti normativi di tutela (l. 135/90 e l. 675/96)
• Rivolgere particolare attenzione all'obbligo "per gli operatori sanitari che, nell'esercizio della loro professione vengano a conoscenza di un caso di AIDS, ovvero di un caso di infezione da HIV di adottare tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita" (art. 5 Co. 1 l. 135/90) e di comunicare i risultati degli accertamenti diagnostici "esclusivamente alla persona cui tali esami sono

riferiti" (art. 5 Co. 4 l. 135/90), in particolare nei rapporti con Enti, datori di lavoro, Commissioni Mediche, ecc.

Indicazioni conclusive

Il nostro auspicio è che quanto sopra indicato venga al più presto applicato in tutte le sedi di competenza al fine del raggiungimento di un effettivo miglioramento della qualità della vita delle donne con infezione da HIV. Auspichiamo inoltre che tali Raccomandazioni possano trovare utilità applicativa in altri aspetti della relazione tra donne e salute poiché la salute delle donne riguarda tutte le componenti dell'organizzazione sociale e produttiva.

Ministero della sanità: linee guida sulla riduzione del danno

Premessa

L'OMS, con l'emanazione delle direttive note come "Principio di equivalenza delle cure" sancisce come inderogabile la necessità di garantire al detenuto le stesse cure, mediche e psico-sociali, che sono assicurate a tutti gli altri membri della comunità, diritto tra l'altro previsto dall'art. 32 della nostra Costituzione.

Nonostante sia valutata intorno al 30% la presenza dei detenuti che dichiarano di essere consumatori di stupefacenti (dato già di per sé allarmante, ma probabilmente anche sottostimato rispetto alla realtà, perché basato sull'auto-dichiarazione, e, comunque, non comprendente il dato, ulteriormente poco attendibile, relativo agli alcolisti - meno di 600 unità), molto resta da fare non solo per uniformare i livelli di assistenza, ma, in molti casi, per garantire un minimo qualitativamente accettabile di intervento all'interno degli Istituti.

Una grande opportunità per un'adeguata assistenza ai detenuti tossicodipendenti e per un ruolo attivo e centrale dei Ser.T all'interno delle carceri è l'entrata in vigore del Decreto legislativo n. 230 del 1999, recante il trasferimento della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale e che assegna già dal 1-1-2000, la piena responsabilità della tutela della salute dei tossicodipendenti detenuti alle Regioni e, conseguentemente alle Aziende USL e ai Ser.T.

Anche se la fase di transizione tra i due modelli di intervento assistenziale è tuttora in corso e si prolungherà per qualche tempo, alcuni atti di attuazione della riforma e, in particolare il "Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario" (DM 21 aprile 2000, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 120 del 25.5.2000) delineano con chiarezza, anche per il settore tossicodipendenze, gli ambiti di responsabilità del Servizio sanitario nazionale e i livelli minimi uniformi di assistenza da garantire sul territorio nazionale.

Integrazione degli interventi

Sino ad oggi, all'interno delle carceri dove è operativo l'intervento dei servizi, si è assistito al sovrapporsi di interventi di équipe che, a vario titolo e per le loro specifiche competenze, operavano sullo stesso target. Al di là della migliore situazione che si dovrebbe verificare al termine del processo di trasferimento della sanità penitenziaria alle Aziende USL, è indispensabile eliminare con immediatezza lo spreco di risorse dovuto al cattivo coordinamento, che, inoltre, espone gli operatori a tentativi di manipolazione da parte dei detenuti. Il detenuto tossicodipendente deve avere programmi terapeutici concordati tra le eventuali diverse équipe, la sua storia deve essere raccolta con modalità standard dai diversi operatori e la conservazione dei dati in archivio deve consentire ogni necessario confronto sul caso. Comunque, tutte le attività terapeutiche nei confronti dei tossicodipendenti devono avvenire in condizione di subordinazione funzionale ad un operatore designato dal direttore/responsabile del Ser.T esterno come referente/coordinatore all'interno della struttura penitenziaria.

Una più razionale programmazione degli interventi e il confronto e scambio di conoscenze fra operatori del Ser.T, eventuali medici del presidio per le tossicodipendenze, medici del presidio interno, specialisti convenzionati (infettivologi, ecc.), nonché con gli educatori, équipe di osservazione, operatori del CSSA può contribuire a superare molte delle problematiche di rigidità dell'ambiente carcerario.

Interventi farmacologici

Terapia sostitutiva

Attualmente, in molte realtà, la presa in carico del detenuto da parte della équipe interna all'istituto avviene a seguito di dichiarazione volontaria fornita al momento dell'arrivo, sulla base della quale vengono richiesti l'accertamento tossicologico e la visita medica. Successivamente, ma ad intervallo di tempo variabile, è possibile intraprendere un intervento farmacologico. Molto spesso questo tipo di intervento, che dovrebbe essere immediato per evitare l'insorgenza di una sindrome astinenziale, è procrastinato nel tempo e condizionato da scelte determinate non da valutazioni cliniche, ma da problemi organizzativi propri della struttura carceraria.

Secondo la rilevazione del Ministero della sanità relativa al 1999, i detenuti in trattamento metadonico nel carcere rappresentano solo il 2,2% del totale dei soggetti in carico ai Ser.T, rilevando così la disparità di

intervento cui è sottoposto il soggetto tossicodipendente che, se ristretto nel corso di un programma sostitutivo, è frequentemente costretto a modificare o sospendere il programma terapeutico stesso.

Un'ulteriore problema legato alla ridotta possibilità di attuare trattamenti con il metadone in carcere è costituito dal maggiore rischio di overdose al momento della scarcerazione, in caso di ricaduta nel consumo di oppiacei; durante il periodo di astinenza che si verifica durante la detenzione, infatti, la tolleranza cala rapidamente e l'assunzione delle sostanze anche a dosi precedentemente abituali rappresenta una situazione di elevato pericolo.

Mentre nei soggetti che debbono scontare lunghe pene è effettivamente da valutare il beneficio di un trattamento di mantenimento con farmaco sostitutivo, nel caso di brevi periodi di detenzione (evenienza molto frequente), l'interruzione del programma terapeutico all'interno del carcere determina un elevato rischio di overdose alla scarcerazione. Da qui la necessità di assicurare una continuità terapeutica per i detenuti tossicodipendenti, rinviando la eventuale modifica del programma farmacologico al momento in cui siano stati effettivamente avviati tutti gli interventi di sostegno che possano consentire una diversa strategia terapeutica.

Scelte diverse da parte degli operatori, oltre a non essere efficaci, rischiano di provocare ulteriori danni, se, come spesso accade, il detenuto tossicodipendente cerca di procurarsi sostanze illegali in qualsiasi modo o, in alternativa, di utilizzare sostanze legali, ma tossiche (alcool, psicofarmaci, ecc.) per alleviare lo stato di sofferenza.

Antagonisti

L'elevato rischio di overdose alla scarcerazione, soprattutto in carenza di interventi organici e strutturati all'interno degli istituti, può essere in parte ridotto con un corretto uso degli antagonisti, soprattutto in quei soggetti che usufruiscono di permessi o sono in previsione di riacquistare la libertà. Tali interventi devono, però, essere concordati e condivisi dal soggetto e non possono costituire una pre-condizione riguardo alla concessione dei benefici legali.

Interventi strutturati

Aree di osservazione

L'assegnazione del detenuto tossicodipendente, all'interno delle strutture carcerarie, ad una "area di osservazione", che consenta una puntuale valutazione diagnostica delle condizioni cliniche, del vissuto e delle motivazioni rispetto ad un possibile programma terapeutico è una misura potenzialmente molto utile per meglio gestire la delicata fase iniziale del rapporto tra il servizio e il detenuto.

Una corretta applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche consente una programmazione di interventi più libera dai condizionamenti ambientali, una maggiore vigilanza rispetto ai tentativi di suicidio (significativamente frequenti nelle prime fasi della detenzione) e la scelta della più idonea destinazione all'interno dell'istituto.

La detenzione rappresenta un'occasione di "contagio" per i tossicodipendenti che, in tale periodo, possono entrare in contatto con organizzazioni criminali strutturate, alle quali rischiano di affiliarsi; viceversa, i detenuti "comuni" imparano a conoscere il mondo della droga, rischiando di rimanerne invischiati. Tale fenomeno può essere limitato dall'istituzione di sezioni destinate ai detenuti con problemi di dipendenza o dalla realizzazione di sezioni a custodia attenuata.

Sezioni a custodia attenuata

L'istituzione e l'attivazione di strutture penitenziarie a custodia attenuata (già presenti nel nostro Paese, ma in numero insufficiente e disomogeneamente distribuite sul territorio nazionale), consente l'attivazione di progetti che, attraverso la individuazione di "setting" più favorevoli, permettono la corretta realizzazione di interventi sia di riduzione del danno che di approccio terapeutico vero e proprio.

La scelta di privilegiare tali strutture intermedie è giustificata anche dalle condizioni ambientali, strutturali ed organizzative in cui sono confinate le attività di assistenza all'interno degli istituti penitenziari, caratterizzate frequentemente dalla mancanza di spazi operativi e di infrastrutture.

Interventi informativi e educativi

È necessario promuovere all'interno delle carceri iniziative informative e educative, anche con l'ausilio di materiale audiovisivo, finalizzate al cambiamento dei comportamenti a rischio; tali iniziative rappresentano spesso l'unico strumento disponibile per la prevenzione delle patologie correlate all'uso degli stupefacenti ed ai comportamenti sessuali. La partecipazione attiva del personale del carcere, oltre a creare i presupposti di un'integrazione, di omogeneizzazione degli interventi e di condivisione degli obiettivi, rappresenta un momento di formazione anche per il personale del Ministero di Grazia e Giustizia.

Comportamenti presenti e rischiosi sono legati, in particolare, all'esistenza di promiscuità, e alla mancanza di siringhe e di procedure corrette di sterilizzazione, che espone ad alto rischio anche i soggetti sieronegativi; molto diffusa è, inoltre, la pratica dei tatuaggi che, esercitata in condizioni igieniche molto approssimative, può esporre al contagio delle patologie a trasmissione parenterale (HIV, epatiti).

La presenza di un'elevata percentuale di tossicodipendenti in strutture penitenziarie sovraffollate, la commistione con detenuti legati ad organizzazioni dedite allo spaccio, fa sì che negli istituti penitenziari sia a volte possibile reperire droghe, come dimostrato dai sequestri di sostanze e dagli episodi di overdose. La difficoltà a reperire materiale iniettivo sterile, fa sì che i tossicodipendenti ristretti utilizzino materiale di fortuna o condividano l'uso di siringhe in una comunità dove il rischio di trasmissione di patologie correlate è elevato.

In alcuni paesi europei è stata sperimentata con successo la distribuzione di profilattici, siringhe e materiale per la disinfezione. È, pertanto, necessario che anche nei nostri istituti penitenziari siano resi disponibili tali presidi sanitari, individuando le più corrette procedure allo scopo di garantire la riservatezza e protezione del detenuto, che tale intervento comporta. Per esempio, la distribuzione del profilattico e/o della siringa può essere gestita dagli operatori dei Ser.T, nel corso di colloqui individuali e riservati, conciliando le esigenze di profilassi con le norme interne al carcere.

Il colloquio può anche rappresentare un valido momento di educazione e prevenzione della diffusione delle patologie correlate all'uso di sostanze ed a comportamenti sessuali a rischio.

Rapporti con l'esterno

Il coinvolgimento del Ser.T competente territorialmente nell'elaborazione e soprattutto nella prosecuzione del progetto terapeutico è una premessa indispensabile alla corretta realizzazione dello stesso, ma soprattutto garantisce che una migliore assistenza interna non sia poi vanificata. Pertanto è opportuno incentivare i rapporti di integrazione e collaborazione con gli altri Enti ed Istituzioni che operano sia all'interno che all'esterno della struttura carceraria, allo scopo di aggregare le risorse e le potenzialità per fornire una più vasta gamma di offerte ed occasioni terapeutiche.

L'intervento del Servizio all'interno della struttura penitenziaria deve essere assicurato nello spirito della continuità terapeutica, sia nel rispetto dei progetti già avviati sia come evoluzione di una progettualità che, se pur avviata all'interno di una istituzione chiusa e quindi condizionata da tentativi di strumentalizzazione, può rappresentare una valida occasione terapeutica.

Anche le misure alternative alla pena possono essere utilizzate come strumento terapeutico inserito all'interno di un progetto globale volto al recupero ed alla riabilitazione.

Linee guida sull'HIV/AIDS e le epatiti in carcere

La città di Milano ha ospitato il III Seminario sulla prevenzione dell'HIV/AIDS e delle epatiti in carcere[235], dove si sono incontrati studiosi, operatori e rappresentanti di istituzioni di quindici paesi europei, della Commissione Europea e dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS.
Al termine del Seminario una commissione coordinata da M.Rotily, C. Weilandt e E. Iandolo ha prodotto il testo di seguito riportato[236].

A. raccomandazioni generali

La prevenzione dell'HIV e dell'epatite in carcere deve essere considerata una questione sanitaria di primaria e globale importanza. In un momento in cui il consumo di droga è in crescita in svariati contesti di degrado sociale, la popolazione carceraria negli ultimi vent'anni è aumentata in maniera drammatica.
I detenuti devono essere considerati cittadini a pieno titolo e, quindi, devono usufruire, su basi volontarie, delle stesse cure sanitarie e preventive messe a disposizione dalle comunità locali di appartenenza.
Le cure somministrate dentro e fuori il carcere devono essere equivalenti. L'esperienza europea insegna che questo obiettivo può essere conseguito nel miglior modo quando la responsabilità per la tutela dei detenuti fa capo al Ministero della Sanità.
Ai detenuti che entrano ed escono dal carcere deve essere assicurata una continuità di cura, attivando una collaborazione tra il carcere e le agenzie esterne. Le carceri devono essere considerate parte integrante della società, in diretto collegamento con gli altri sistemi sociali. Le cure sanitarie somministrate in carcere devono essere strettamente connesse al sistema sanitario della comunità al fine di:

- Assicurare all'interno del carcere le necessarie misure preventive
- Fornire una continuità di trattamento per detenuti ed ex detenuti.

B. Educazione sanitaria e informazione dei detenuti

Quando entrano in carcere, i detenuti devono essere informati circa la natura della trasmissione delle infezioni da virus per via sessuale o sanguigna, e devono essere messi al corrente dei metodi e delle precauzioni utili a prevenire la diffusione.
I detenuti ricoverati in ospedale devono ricevere dal personale sanitario risposte adeguate circa la loro situazione. Informazioni sulla consulenza, i test virali e sulle terapie immunizzanti devono essere fornite in questo momento.

C. test HIV volontario e prevenzione

Tutti i detenuti, per tutta la durata della pena, devono avere la possibilità di effettuare, in forma riservata e gratuita, i test HIV. Prima e dopo i test i detenuti devono poter contare su un'apposita terapia psicologica di supporto. Questo tipo di sostegno è importante anche nel caso in cui i risultati dei testi fossero negativi.
I risultati dei test HIV devono essere consegnati ai detenuti in forma riservata, da personale sanitario esperto, a prescindere dal loro esito. Senza il consenso scritto del detenuto, il personale sanitario non deve informare le autorità amministrative.
Le cure mediche devono essere erogate con gli stessi standard utilizzati fuori dal carcere. La segregazione o la discriminazione delle persone affette da HIV o da epatite non può essere in alcun modo considerata accettabile.
Personale sanitario esperto deve fornire con regolarità ai detenuti (inclusi coloro che non parlano le rispettive lingue nazionali) e al personale carcerario le informazioni basilari sull'HIV.

D. Riduzione del danno connessa alla tossicodipendenza

All'interno del carcere ci saranno sempre pazienti tossicodipendenti. Per questo motivo, è necessario dare la possibilità di praticare iniezioni endovenose in maniera igienica e sicura.
Alcuni progetti pilota europei hanno dimostrato chiaramente la fattibilità e l'efficacia dei programmi di scambio di siringhe in carcere. Devono essere elaborati programmi su scala nazionale per promuovere analoghi progetti pilota, su base volontaria, in carcere.
Per alcuni pazienti, il carcere è un'occasione per mettere sotto controllo la loro tossicodipendenza.

[235] Seminario tenutosi il 28 e 29 maggio 1999
[236] Traduzione non autorizzata, www.vivereoggi.org/it/1999/09/oltrelesbarre/1/1.htm

Dentro il carcere è quindi necessario fornire:

a) le cure necessarie per quei tossicodipendenti che desiderano ridurre la loro dipendenza;
b) la possibilità, ai detenuti che sono riusciti a smettere e desiderano continuare una vita liberi dalla droga, di effettuare dei test antidroga;
c) un'adeguata assistenza ai detenuti che vogliono essere liberi da qualsiasi condizionamento o pressione verso la tossicodipendenza.

I programmi di disintossicazione devono avere una natura olistica. Deve essere fornita un'equilibrata combinazione di programmi e opzioni terapeutiche. Per ogni gruppo 0 sottogruppo di detenuti occorre elaborare approcci differenti. Per i tossicodipendenti che rifiutano di curarsi bisogna predisporre una strategia di riduzione del danno. Dal momento che possono fornire un valido aiuto ai tossicodipendenti, i programmi di disintossicazione devono essere valutati con attenzione.

Può essere utile premiare chi è riuscito a disintossicarsi erogando, per esempio, permessi o visite, oppure alleviamenti della pena. Si tratta, comunque, di misure che debbono essere valutate con cura prima di diventare operative.

I test obbligatori anti droga, si sono rivelati inutili dentro e fuori il carcere, dal punto di vista medico e da quello economico, e non devono essere parte di una politica sulle tossicodipendenze.

Dentro e fuori il carcere, occorre promuovere la cura e la terapia di disintossicazione per i tossicodipendenti che desiderano smettere di drogarsi. Per raggiungere questo obiettivo possono essere condotti studi che stabiliscano la priorità dei metodi e dei programmi più efficaci.

Anche se la somministrazione di metadone e buprenorfina sono stati di aiuto per molti consumatori di oppio, occorre valutare l'efficacia di questi trattamenti con una metodologia appropriata. Le cure sostitutive comprendono la disintossicazione e il mantenimento. Le cure sostitutive danno la possibilità di discutere regolarmente con il detenuto i problemi legati alla salute e alla tossicodipendenza, ma da sole non costituiscono una soluzione completa ai problemi collegati all'uso di droga.

E. La distribuzione di preservativi

Come dimostra l'esperienza di alcuni paesi europei, occorre promuovere la distribuzione di preservativi e lubrificanti. Gli studi dell'European Network per la prevenzione dell'HIV e dell'epatite hanno dimostrato che in carcere hanno luogo rapporti orno e etero sessuali e, per questo motivo, è necessario mettere a disposizione preservativi (in modo anonimo e gratuito) in tutti i penitenziari. Le esperienze condotte in numerose nazioni europee ha dimostrato l'efficacia di questa politica, nonostante i potenziali problemi legati alla sicurezza.

Nei penitenziari occorre promuovere la creazione di apposite celle in cui sono permesse visite coniugali o dove possono avere luogo rapporti sessuali in condizioni umane e sicure.questo tipo di agevolazioni potrebbero rafforzare i legami sociali e emozionali dei detenuti con i loro partner e con le loro famiglie.

F. HIV, epatite e immigrati

L'alta percentuale di immigrati presente nella popolazione delle carceri di molti paesi europei impone la necessità di migliorare la qualità delle informazioni specifiche fornite alle minoranze etniche e agli stranieri, tenendo presente i diversi background e le differenti lingue di appartenenza.

Gli amministratori dei penitenziari devono prendere in considerazione la necessità di avvalersi di interpreti per i servizi medici. Tutti gli sforzi nella direzione della prevenzione devono essere il più possibile adattati ai bisogni specifici delle popolazioni immigrate.

G. La sorveglianza epidemiologica

Nei penitenziari europei, a intervalli regolari, devono essere attivati validi sistemi di sorveglianza epidemiologica, integrati nel sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale. I test anonimi predisposti dall'European Network europeo per la prevenzione dell'HIV e dell'epatite, che consistono in un prelievo di saliva e nella compilazione di un questionario, possono essere un valido aiuto per

monitorare la diffusione dell'HIV. È importante effettuare questi testi in penitenziari con tipologie differenti e in diverse aree geografiche, poiché si possono riscontrare rilevanti variabili.

Devono essere approntate procedure efficaci per cogliere sul nascere l'insorgenza di casi di HIV e di epatite.

H. La prevenzione e lo screening dell'epatite

A causa dell'elevata prevalenza di queste infezioni tra le persone che entrano in carcere, lo screening dell'epatite C deve essere proposta su base volontaria.

Dal momento che oggi esistono buoni vaccini per l'epatite B, l'immunizzazione contro questa malattia deve essere proposta al momento dell'ammissione in carcere dei detenuti, a prescindere dalla lunghezza della loro condanna. I detenuti devono essere informati in maniera appropriata, soprattutto per evitare ogni possibile confusione tra l'HIV e l'epatite virale.

All'interno del carcere, la stesura di un calendario delle vaccinazioni contro l'epatite B può essere accolta con condiscendenza da parte dei detenuti.

Lo screening dell'epatite C, deve essere proposto a tutti i detenuti a rischio. I detenuti che risultassero positivi devono essere curati.

I. L'educazione del personale sanitario

Il personale carcerario deve essere addestrato e aggiornato regolarmente su tutti gli aspetti collegati all'HIV, all'epatite e alla tossicodipendenza, da un punto di vista medico, psicologico e sociale, in modo da potersi sentire sicuri e di essere in grado di dare ai detenuti la guida e il supporto più appropriati.

Il personale carcerario deve essere sempre a conoscenza delle misure necessarie per evitare la trasmissione dei virus. Non è importante sapere se un detenuto è o meno sieropositivo, e occorre avere sempre un atteggiamento equanime, evitando ogni discriminazione.

I penitenziari e le agenzie esterne devono cooperare a tutti i livelli, scambiandosi ogni informazione necessaria.

Il personale carcerario deve essere vaccinato, almeno contro l'epatite B, dal momento che il rischio di contrarre questa malattia, ispezionando tasche e borse, è elevato.

Il personale carcerario ha bisogno di precise informazioni per riuscire a gestire le situazioni di emergenza.
Devono essere redatti dei protocolli di pronto intervento per affrontare nuovi casi di HIV o epatite.
Il personale carcerario deve essere informato con completezza sui sistemi di prevenzione.

J. Prevenzione pre-scarcerazione e prima dei permessi

Prima di usufruire di un permesso, a un detenuto devono essere distribuiti preservativi e kit di prevenzione.
I detenuti con problemi di tossicodipendenza devono beneficiare di programmi pre-rilascio “ad hoc” e, in particolare, devono essere informati su come evitare la morte per overdose (una delle cause di decesso precoce più frequente tra i detenuti tossicodipendenti rilasciati dal carcere).
Questi programmi potrebbero essere di supporto alle cure mediche e sociali proposte all’interno del carcere. Gli istituti penitenziari devono diventare un ponte, tra il detenuto e il centro di tossicodipendenza delle comunità.

Legge 12 luglio 1999, n. 231

"Disposizioni in materia di esecuzione della pena, di misure di sicurezza e di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria o da altra malattia particolarmente grave"

Art.1. ***(Modifiche all'articolo 275 del codice di procedura penale).***

1. All'articolo 275 del codice di procedura penale sono apportate le seguenti modificazioni:
a) al comma 4, sono soppresse le parole da "o che si trovi in condizioni di salute" fino alla fine del comma;
b) dopo il comma 4 sono aggiunti i seguenti:
"*4*-bis. Non può essere disposta né mantenuta la custodia cautelare in carcere quando l'imputato è persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'articolo 286-*bis*, comma 2, ovvero da altra malattia particolarmente grave, per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione e comunque tali da non consentire adeguate cure in caso di detenzione in carcere.
4-ter. Nell'ipotesi di cui al comma 4-*bis*, se sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza e la custodia cautelare presso idonee strutture sanitarie penitenziarie non è possibile senza pregiudizio per la salute dell'imputato o di quella degli altri detenuti, il giudice dispone la misura degli arresti domiciliari presso un luogo di cura o di assistenza o di accoglienza. Se l'imputato è persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, gli arresti domiciliari possono essere disposti presso le unità operative di malattie infettive ospedaliere ed universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'assistenza ai casi di AIDS, ovvero presso una residenza collettiva o casa alloggio di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 5 giugno 1990, n. 135.
4-quater. Il giudice può comunque disporre la custodia cautelare in carcere qualora il soggetto risulti imputato o sia stato sottoposto ad altra misura cautelare per uno dei delitti previsti dall'articolo 380, relativamente a fatti commessi dopo l'applicazione delle misure disposte ai sensi dei commi 4-*bis* e 4-*ter*. In tal caso il giudice dispone che l'imputato venga condotto in un istituto dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessarie.
4-quinquies. La custodia cautelare in carcere non può comunque essere disposta o mantenuta quando la malattia si trova in una fase così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative".

Art.2. (Modifica all'articolo 276 del codice di procedura penale).

1. All'articolo 276 del codice di procedura penale, dopo il comma 1, è aggiunto il seguente:
"1-bis. Quando l'imputato si trova nelle condizioni di cui all'articolo 275, comma 4-bis, e nei suoi confronti è stata disposta misura diversa dalla custodia cautelare in carcere, il giudice, in caso di trasgressione delle prescrizioni inerenti alla diversa misura cautelare, può disporre anche la misura della custodia cautelare in carcere. In tal caso il giudice dispone che l'imputato venga condotto in un istituto dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessarie".

Art.3.(Modifiche all'articolo 286-bis del codice di procedura penale).

1. All'articolo 286-bis del codice di procedura penale sono apportate le seguenti modificazioni:
a) il comma 1 è abrogato;
b) i commi 2 e 3 sono sostituiti dai seguenti:
"2. Con decreto del Ministro della sanità, da adottare di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, sono definiti i casi di AIDS conclamata o di grave deficienza immunitaria e sono stabilite le procedure diagnostiche e medico-legali per il loro accertamento.
3. Quando ricorrono esigenze diagnostiche al fine di accertare la sussistenza delle condizioni di salute di cui all'articolo 275, comma 4-bis, ovvero esigenze terapeutiche nei confronti di persona che si trovi in tali condizioni, se tali esigenze non possono essere soddisfatte nell'ambito penitenziario, il giudice può disporre il ricovero provvisorio in idonea struttura del Servizio sanitario nazionale per il tempo necessario, adottando, ove occorra, i provvedimenti idonei a evitare il pericolo di fuga. Cessate le esigenze di ricovero, il giudice provvede a norma dell'articolo 275".

Art. 4.(Modifiche all'articolo 299 del codice di procedura penale).

1. All'articolo 299 del codice di procedura penale sono apportate le seguenti modificazioni:
a) al comma 4-ter, le parole: "comma 4" sono sostituite dalle seguenti: "comma 4-bis ;

b) dopo il comma 4-ter è aggiunto il seguente:
"4-quater. Si applicano altresì le disposizioni di cui all'articolo 286-bis, comma 3".

Art. 5.(Introduzione dell'articolo 47-quater della legge 26 luglio 1975, n. 354).

1. Dopo l'articolo 47-ter della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, è inserito il seguente:
"Art. 47-quater. – (Misure alternative alla detenzione nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria). – 1. Le misure previste dagli articoli 47 e 47-ter possono essere applicate, anche oltre i limiti di pena ivi previsti, su istanza dell'interessato o del suo difensore, nei confronti di coloro che sono affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'articolo 286-bis, comma 2, del codice di procedura penale e che hanno in corso o intendono intraprendere un programma di cura e assistenza presso le unità operative di malattie infettive ospedaliere ed universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'assistenza ai casi di AIDS.
2. L'istanza di cui al comma 1 deve essere corredata da certificazione del servizio sanitario pubblico competente o del servizio sanitario penitenziario, che attesti la sussistenza delle condizioni di salute ivi indicate e la concreta attuabilità del programma di cura e assistenza, in corso o da effettuare, presso le unità operative di malattie infettive ospedaliere ed universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'assistenza ai casi di AIDS.
3. Le prescrizioni da impartire per l'esecuzione della misura alternativa devono contenere anche quelle relative alle modalità di esecuzione del programma.
4. In caso di applicazione della misura della detenzione domiciliare, i centri di servizio sociale per adulti svolgono l'attività di sostegno e controllo circa l'attuazione del programma.
5. Nei casi previsti dal comma 1, il giudice può non applicare la misura alternativa qualora l'interessato abbia già fruito di analoga misura e questa sia stata revocata da meno di un anno.
6. Il giudice può revocare la misura alternativa disposta ai sensi del comma 1 qualora il soggetto risulti imputato o sia stato sottoposto a misura cautelare per uno dei delitti previsti dall'articolo 380 del codice di procedura penale, relativamente a fatti commessi successivamente alla concessione del beneficio.
7. Il giudice, quando non applica o quando revoca la misura alternativa per uno dei motivi di cui ai commi 5 e 6, ordina che il soggetto sia detenuto presso un istituto carcerario dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessarie.
8. Per quanto non diversamente stabilito dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 47-ter.
9. Ai fini del presente articolo non si applica il divieto di concessione dei benefici previsto dall'articolo 4-bis, fermi restando gli accertamenti previsti dai commi 2, 2-bis e 3 dello stesso articolo.
10. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle persone internate".

Art.6.(Modifica all'articolo 146 del codice penale).

1. Al primo comma dell'articolo 146 del codice penale, il numero 3) è sostituito dal seguente:
"3) se deve aver luogo nei confronti di persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'articolo 286-bis, comma 2, del codice di procedura penale, ovvero da altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione, quando la persona si trova in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative".

Art.7.(Introduzione dell'articolo 211-bis del codice penale).

1. Dopo l'articolo 211 del codice penale è inserito il seguente:
"Art. 211-bis. - (Rinvio dell'esecuzione delle misure di sicurezza). – Alle misure di sicurezza previste dal presente capo si applicano gli articoli 146 e 147".

Art.8.(Adozione del decreto di cui al comma 2 dell'articolo 286-bis del codice di procedura penale).

1. Il decreto di cui al comma 2 dell'articolo 286-*bis* del codice di procedura penale, come sostituito dall'articolo 3 della presente legge, è adottato entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge medesima.

Bibliografia

Alfano Miglietti F., 2001, *Nessun tempo, nessun corpo…*, Skira, Ginevra-Milano

American Psichiatri Association, 1996, *DSM-IV. Manuale diagnostico statistico di disturbi mentali*, Masson

Andreano, 2000, *Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: profili normativi e sociologici*, w.w.w.unifi./altrodir

Archivio Pace Diritti Umani, Rivista "*Pace, Diritti dell'Uomo, Diritti dei Popoli*", n. 3/1999, CLEUP, Padova

Associazione Antigone, 2000, *Il carcere trasparente. Primo Rapporto Nazionale sulle condizioni di detenzione*, Castelvecchi, Roma

Avvenire, *La cella mette le donne allo specchio*, 2 dicembre 2001

Bartolin, *La questione psichiatrica all'interno degli Istituti di pena. L'esperienza del carcere di Sollicciano*, http://dex1.tsd.unifi.it/altrodir/sanita/bartolin/par

Bimbi F., 1994, *Differenze di genere di fronte alla salute*, in *La salute come costruzione sociale*, a cura di Ingrosso M., Angeli, Milano

Biondi G., 1995, *Lo sviluppo del bambino in carcere*, Angeli, Milano

Brandi G., 2000, *Il gruppo di lavoro giustizia e psichiatria del dipartimento di salute mentale dell'azienda sanitaria di Firenze*, in *Il reo e il folle*, n. 12-13, Es.Ip.So., Firenze

Brandi G., 2001, *Organizzazione dell'assistenza psichiatrica interna nell'ambito del progetto di riordino della medicina penitenziaria di cui al D.L. 230/99*, in *Il reo e il folle*, n. 15, Es.Ip.So., Firenze

Calcagni C., Saladini G., Murino P., 1986, *L'incompatibilità del regime carcerario nel detenuto in attesa di giudizio*, ed. Ist. di Medicina Sociale, Roma

Campelli E., Faccioli F., PitchT.,1992, *Donne in carcere*, Feltrinelli, Milano

Caselli G.C., 2001, *Considerazioni sulla situazione attuale degli istituti: aspettative e prospettive*, in *Alternative alle istituzioni totali*, a cura di C. Schenardi, Sapere, Padova

Catanesi R., 1995, *Disturbi mentali e compatibilità carceraria*, in Riv. It. Med. Leg., XVII

Cattorini P., 2000, *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Masson, Milano

Centro Poiesis del Gruppo Exodus: *Alcune considerazioni su hiv e detenzione in Italia*, in www.exodus.it/poiesis/hiv

Ceraudo F., 1993, "*La carcerazione-Eventi psicologici*", in *Atti del I° Convegno Nazionale AMAPI di Psichiatria Penitenziaria*, Parma

Chiarini G., 1990, a cura di, *Oskar Panizza. Psychopathia criminalis*, Spirali Vel, Milano.

Chieffi L., 2000, *Bioetica e diritti dell'uomo*, Paravia, Torino

Clemmer D., 1997, *The Prison Community*, in Santoro E., *Carcere e società liberale*, Giappichelli, Torino

Cogliano A., 2000, a cura di, *Diritti in carcere. Il difensore civico nella tutela dei detenuti*, Quaderni di Antigone, n. 1

Commissione Donne, Salute, HIV-AIDS, *Raccomandazioni per un approccio di genere al tema donne, salute, hiv*

Commissione governativa Ministeri della Sanità e della Giustizia, 2000, *Progetto obiettivo di applicazione del D.L. 230 (bozza non definitiva)*, in *Il reo e il folle*, n. 12-13, Es.Ip.So., Firenze

Curcio R.,Petrelli S., Valentino N., 1999, *Nel bosco di Bistorto*, Sensibili alle foglie, Roma

D'Ascola N., 2001, *La perizia psichiatrica: risvolti penalistici*, in *Alternative alle istituzioni totali*, a cura di C. Schenardi, Sapere, Padova

Dell'Erba A., 1993, Fineschi V., *La tutela della salute. Compatibilità economiche e garanzie sociali*, Giuffrè, Milano

De Risio A., 2000, *La rete che cura*, in *Il reo e il folle*, n. 12-13

Dello Russo G., Rutigliano G., 1968, *Considerazioni sulle sindromi ganseriane*, in Rivista Psichiatrica, III

Demori A., Roncali D., Tavani M., 2001, *Compatibilità carceraria, HIV/AIDS e "malattia particolarmente grave"*, Giuffrè, Milano

Fornari U., 1986, "*La simulazione di malattia mentale*", in *Compendio di psichiatria forense*, n. 6

Gadamer H.G., 1994, *Dove si nasconde la salute*, a cura di A. Grieco, V. Lingiardi, Cortina, Milano

Gallini C., 1986, *Il corpo e la sua immagine: forme del potere penale*, in *Potere senza stato*, a cura di Pasquinelli C., Editori Riuniti, Roma

Gallo E., Ruggiero V., 1989, *Il carcere immateriale*, Ed. Sonda, Milano

Giordano P., 2000, *Psicopatologia in carcere e psicopatologia da carcere: quali profilassi, quali terapie?*, pp. 109-115, in *Il reo e il folle*, n. 15, Es.Ip.So., Firenze

Giusti G.V., Ferracuti F., 1989, *Condizioni psichiche dell'imputato e compatibilità carceraria*, in Riv. It. Med. Leg., XI

Goffman E., 1968, *Asylums*, Einaudi, Torino

Gonin D., 1994, *Il corpo incarcerato*, Gruppo Abele, Torino

Grassi G., 2000, *"Al prigioniero Zeus toglie metà dell'anima…"*, pp. 7-36, in *Il reo e il folle*, n. 15, Es.Ip.So., Firenze

Gruppo Exodus, Alcune considerazioni su hiv e detenzione in Italia, for meeting: European action "terminally ill prisoners: change the law", 6-7- giugno 1996, Aix en Provence, France, www.exodus.it/poiesis/hiv/attiv/diritti

Hampe K., 2001, *Detenute o pazze?*, in http://fc.retecivica.milano.it, 27.09.01

Immigrati e salute mentale,07.09.01, in *Studi sociali e giuridici\Studi Explorer 1-4\….\malattiementaliedemarginazione.ht*

Jannucci M., 2000, *La consulenza psichiatrica in carcere*, in *Il reo e il folle*, n. 12-13, Es.Ip.So., Firenze

Jannucci M., 2000, *Perché la violenza, perché la trasgressione, perché il carcere, perché la psichiatria*, in *Il reo e il folle*, n. 15, Es.Ip.So., Firenze

Se il detenuto è donna, in Le due città, Rivista Amministrazione Penitenziaria, n. 2, febbraio 2001

Ingrosso M., 1987, *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*, Angeli, Milano

Ingrosso M., 1994, *La salute come costruzione sociale*, a cura di, Angeli, Milano

Libianchi S., 2001, *Madri e bambini in carcere*, Rapporto giugno 2001, in Rassegna stampa Ristretti Orizzonti, Casa di Reclusione Due Palazzi, Padova

Magliona B., Sarzotti C., 1996, a cura di, *La prigione malata. Letture in tema di AIDS, carcere e salute*, L'Harmattan, Torino

Maisto F., 2000, *La persona, la pena e la cultura*, www.volontariato.it/foglinrete/archiviofogli/1-2000/maisto.html

Malattia e morte dietro le sbarre, in radicali.it/dossier-carcere/home.asp?q=3

Morelli F., www.ristretti.it/areestudio/donne/giudecca/muro.htm

Ota De Leonardis, 1988, *Statuto e figure della pericolosità sociale tra psichiatria riformata e sistema penale: note sociologiche*, in *Curare e punire*, a cura di Ota De Leonardis, Gallio G., Mauri D., Pitch T., Unicopli, Milano

Palma M., 1997, *Il vaso di Pandora. Carcere e pena dopo le riforme.* Istituto dell'enciclopedia italiana, Treccani, Roma

Pedrinazzi A., 27.09.01, *Il carcere delle donne*, w.w.w.vivereoggi.org/it/2000/08/oltrelesbarre

Piperno A., 1989, *La prisonizzazione: teoria e ricerca*, in Ferracuti F., (a cura di), *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, vol. 11, *Carcere e trattamento*, pp. 57-68, Giuffrè, Milano

Platone, *Fedone*, in *Platone. Tutti gli scritti*, a cura di G. Reale, Rusconi, Milano

Polillo R., 1999, "*Le garanzie di equità alla salute per la popolazione detenuta*", comunicazione del Segretario Nazionale FP CGIL Medici, convegno "*Il servizio Sanitario Nazionale per la salute dei detenuti. Una legge da applicare*",
www.cgil.it/org.politicasalute/adessostomeglio/199906/carceri

Ponti G., 1987, "*La sindrome di Ganser*", in *Principi fondamentali di medicina penitenziaria*, n. 13

Ponti G., 1989, "*Le psicosi carcerarie*", in *Principi fondamentali di medicina penitenziaria*, n. 3

Piro A., Valitutti C., 2000, *Psicopatologia a confronto. Carcere e territorio*, pp. 157-166, in *Il reo e il folle*, n.12-13, Es.Ip. So, Firenze

Pratelli D., 1999, *Incompatibilità tra condizioni di salute e stato di detenzione*,ttp://dex1.tsd.unifi.it//altrodiritto/carcere/asylum/pratelli/htm

Rapporto degli ispettori europei sullo stato delle carceri in Italia che vale anche da manuale di istruzioni per carcerieri, carcerati e cittadini in provvisoria libertà,1995 Sellerio, Palermo,

Reale G., 1999, *Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone*, Cortina, Milano

Regioni.it/primapagina/ossanita/gruppidilavoro/penitenziaria/progettobiettivo.html,01.marzo.2000

Rizzini R., *Intervista*, in digilander.iol.it/aquilonelibero/carcere.htm

Ristretti.it, *Osservatorio nazionale sull'esecuzione penale e le condizioni di detenzione*, www.ristretti.it/areestudio/donne/ricerche/antigone

ROE of the WHO, 1985, *Gli obiettivi della salute per tutti*, Ragno, Roma

Salamon F., 1961, *G.B. Piranesi. Acqueforti e disegni*, Poligrafiche riunite, Torino

Santoro E., 1997, *Carcere e società liberale*, Giappichelli, Torino

Sartorius, *Psychology and Health care: A who perspective*, in Johnston (ed.), *Health Psycology in Europe*

Sarzotti C., *Carcere e AIDS: le ragioni di un rapporto difficile*, in www.comune.torino.it/cutura/intecultura/8/8b1

Sen A., 1988, *Etica ed economia*, Laterza, Bari.

Studi sociali e giuridici\Studi Explorer 1-4\Pagine…\riformamepenitenziaria.ht

Studi sociali e giuridici\Studi explorer 1-4…\malattiementaleedemerginazione, 07.09.01, "*Immigrati e salute mentale*"

Tamburino G., 2001, http://www.leduecitta.com/testi/nov01/iltema.html

WHO, 1981, *Global strategy for health for all by the year 2000*, Geneve.

Zappa G., Massetti, 2000, *Il codice penitenziario e della sorveglianza*, La Tribuna, Piacenza

Zoia D., *I detenuti stranieri e il diritto alla salute in carcere*, cestim.org/due-palazzi-giornata-studi/pagine/homepage.htm

Zoia D.,02.10.01, *Donne, Carcere, Salute*, www.ristretti.it/sane- dentro.htm