Progetto cofinanziato da

UNIONE EUROPEA

INMP NIHMP Istituto Nazionale Salute, Migrazioni e Povertà

Ministero della Salute

MINISTERO DELL'INTERNO

Fondo Europeo per l'Integrazione di cittadini di Paesi terzi

SALUTE LIBERA TUTTI

SALUTE
LIBERA
TUTTI

Il volume "Salute libera tutti" è stato realizzato dall'INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto alle malattie della Povertà) nell'ambito del progetto "Salute senza barriere. Integrazione sanitaria dei cittadini stranieri privati della libertà personale", proposto dal Ministero dell'Interno e finanziato dal FEI - Fondo Europeo per l'Integrazione dei cittadini di Paesi Terzi (programma annuale 2011). Il progetto è attuato in partenariato dal Ministero della Salute e dall'INMP.

Volume a cura di Concetta Mirisola (Direttore INMP)

Responsabili del progetto
Ministero della Salute: dr. Marco Maccari *m.maccari@sanita.it*
INMP: dr. Gianfranco Costanzo *costanzo@inmp.it*

Coordinamento editoriale
Francesca Scorsino (INMP)

Ricerche e testi
Gianfranco Costanzo (INMP, conclusioni); Francesca Scorsino (INMP, contesto, cap.1, conclusioni); Cecilia Fazioli (INMP, cap. 2, flow-chart pag. 30); Daniela Ronco (Università di Torino, cap. 3, conclusioni); Michele Miravalle (Università di Torino, focus OPG pag. 29). Hannno collaborato alla redazione e alle ricerche: Laura Pecoraro, Maria Chiara Pajno, Gennaro Franco, Sonia Viale, Rosalia Marrone (INMP, cap. 2)

Traduzioni
ITC Interpreti Traduttori in Cooperativa, Via A. De Pretis 65, 00184 Roma. La pubblicazione è stata tradotta nelle seguenti lingue: albanese, arabo, cinese, francese, inglese, moldavo (romeno), russo, spagnolo.
Coordinamento editoriale delle traduzioni a cura di Cecilia Fazioli (INMP).

Fotografie
Vincenzo Sagnotti (Mediaforme)

Grafica e impaginazione
Massimo Stasi (Eurolit)

ISBN 978-88-98544-00-4

Finito di stampare nel mese di giugno 2013 da
Eurolit S.r.l., Via Bitetto 39, 00133 Roma

INDICE GENERALE

Prefazione Ministero della Salute 4

Prefazione INMP 6

Il Contesto 7

Il Progetto "Salute senza barriere" 9

1. L'EVOLUZIONE NORMATIVA 17

1.1 Diritti e doveri 19

2. LA TUTELA DELLA SALUTE 31

2.1 Norme di igiene e stili di vita 33

2.2 Infettivologia e dermatologia 39

2.3 La salute mentale 51

3. LA PERCEZIONE DELLA SALUTE IN CARCERE 55

3.1 Introduzione e nota metodologica 55

3.2 Percezioni e opinioni della popolazione detenuta 59

3.3 Percezioni e opinioni della polizia penitenziaria 81

3.4 Percezioni e opinioni dello staff sanitario 93

3.5 Prospettive a confronto 103

Conclusioni 119

Riferimenti bibliografici 125

Franz Von Liszt, noto giurista austriaco e fondatore della "scuola sociologica" del diritto penale, sosteneva che la pena detentiva funge da arma a doppio taglio, in quanto rappresenta una "tutela dei beni giuridici attuata mediante lesione degli stessi".

La pena detentiva di fatto sacrifica oltre al bene della libertà personale anche la dignità sociale e, inevitabilmente, frustra la piena estrinsecazione della personalità umana.

Abbiamo sentito spesso parlare di carcere, delle difficoltà e dei disagi di chi lo vive e di chi ci lavora, a qualsiasi titolo, a fronte di una popolazione detenuta che continua crescere e di quanto spesso i bisogni di salute di queste persone non hanno trovato risposte adeguate. Siamo tutti consapevoli che alla compressione della libertà individuale non può e non deve corrispondere anche la compressione del diritto alla salute e che alla condizione di privazione della libertà personale non deve seguire la neutralizzazione del libero accesso alle cure.

Questo è lo spirito che ha guidato il legislatore verso il riordino della medicina penitenziaria, partito con la Legge-delega 20 novembre1998 n. 419, di razionalizzazione del SSN, che definiva modalità e tempi per l'inserimento nello stesso di personale e strutture provenienti dall'Amministrazione penitenziaria e che ha proseguito il cammino con il D.lgs 22 giugno1999 n. 230, per concludersi, almeno a livello legislativo, con il DPCM dell'1 aprile 2008.

Il trasferimento delle competenze dal DAP al SSN rappresenta uno snodo fondamentale nell'esercizio effettivo del diritto universale alla tutela della salute, facilitando il percorso verso l'equiparazione della popolazione detenuta rispetto a quella libera. Il compimento della riforma è in realtà ancora in atto e non sta seguendo un iter omogeneo sul territorio nazionale. Solo alcune Regioni hanno sviluppato modelli di assistenza specifica integrati con il sistema sanitario regionale, attraverso la costituzione di Unità Operative di medicina penitenziaria all'interno delle Aziende Sanitarie competenti territorialmente, definendo percorsi di continuità assistenziale durante e dopo la detenzione. Una delle principali motivazioni che ha determinato il ritardo nell'applicazione concreta dei contenuti della riforma è da ascrivere alla difficoltà di mettere in comunicazione due mondi molto differenti tra loro: da un lato il circuito penitenziario, con le sue regole rigide e la sua cultura consolidata e dall'altro il servizio sanitario, abituato ad accogliere e curare le persone in contesti diversi da quelli di una comunità chiusa, certamente inusuale. Per approfondire e documentare queste difficoltà era necessaria una rilevazione sul campo di come questa riforma è stata e viene vissuta dalle persone recluse, dagli operatori penitenziari e dal personale sanitario che opera negli istituti penitenziari. Proprio i risultati di questo importante lavoro confermano lo stesso scenario: la difficoltà di creare le necessarie interdipendenze tra il sistema

delle regole dell'universo penitenziario ed il bisogno di assicurare sostegno psicofisico e medico a persone già sofferenti per il fatto di essere private della libertà individuale, principale condizione di benessere dell'essere umano. Questo lavoro ci conferma che la direzione intrapresa a suo tempo dal legislatore è quella giusta, ma che i due mondi, quello penitenziario e quello sanitario, devono ancora perfezionare la loro connessione, sul piano organizzativo, culturale, della formazione e dell'integrazione degli obiettivi, nonché della disponibilità di risorse. Misureremo nel tempo questa evoluzione, certi di aver fornito uno strumento di partenza per conoscere ed interpretare meglio il lavoro ancora da svolgere nei prossimi anni.

Francesco Bevere
Direttore Generale della Programmazione Sanitaria

Il progetto "Salute senza barriere" si fonda sul comune sentire e sostenere gli inalienabili diritti alla prevenzione, diagnosi e cura. L'analisi dei fabbisogni territoriali, propedeutica alla definizione del progetto, ha mostrato come le condizioni di vita dei detenuti siano diventate un'emergenza, sia in termini di diritti fondamentali dell'individuo che di sanità pubblica. E non si tratta solo di sovraffollamento: dei circa 66.000 detenuti presenti nelle carceri italiane nel 2012, oltre il 36% è straniero; circa 24.100 persone, delle quali 19.228 cittadini di Paesi Terzi, provenienti per la maggioranza dal Nord Africa e dall'Albania.

Una parte della popolazione detenuta è costituita da persone svantaggiate e provenienti da contesti di emarginazione sociale: migranti, tossicodipendenti, persone senza dimora, persone con disagio mentale. La limitazione della libertà personale è già di per sé un elemento di sofferenza, che richiederebbe specifici interventi di sostegno. In particolare, nel caso dei detenuti stranieri, agli effetti della privazione della libertà e alle comorbidità spesso presenti (dipendenze, patologie infettive, disagi psichici) si aggiungono quelli legati alle barriere linguistiche e culturali che ostacolano il pieno accesso alle cure, così come quelli determinati dall'assenza, all'esterno del carcere, di reti familiari e sociali di sostegno, sia durante che dopo la detenzione. Le particolari caratteristiche cliniche e culturali delle popolazioni migranti richiedono infatti un'attenzione maggiore e l'adozione di strumenti di presa in carico della persona che consentano agli operatori sanitari e sociali di gestire complesse differenze negli stili comunicativi, negli atteggiamenti e nelle aspettative di cura. Migranti e persone fragili sono da sempre al centro dell'azione dell'INMP. Grazie a un approccio specifico nell'organizzazione e realizzazione dei servizi di cura e presa in carico, basato sui concetti di transculturalità e multidisciplinarietà, è stato possibile realizzare importanti attività di ricerca e di assistenza clinica, dedicata in particolare alle fasce deboli della popolazione. Per questo l'Istituto è stato individuato come naturale attuatore del progetto, il quale si è avvalso del Forum nazionale per il diritto alla salute in carcere, che ha collaborato alla realizzazione dei seminari informativi negli Istituti di pena.

Il progetto ha l'ambizione di creare le condizioni per un impatto positivo generale sul contesto d'intervento, in un'ottica di sostenibilità e replicabilità delle azioni. In particolare, la metodologia adottata per la realizzazione delle attività è finalizzata a consolidare e promuovere una rete nazionale di stakeholder che operino nell'ambito della tutela della salute in carcere, nei diversi settori di competenza. In virtù delle sue specificità nonché delle attribuzioni di legge, l'INMP può utilmente animare questa rete, contribuendo allo sviluppo di un nuovo modello di cooperazione interistituzionale, per intendere nel suo pieno significato la riforma della sanità in carcere.

Concetta Mirisola
Direttore INMP

IL CONTESTO

L'aumento dei fenomeni migratori ha comportato un'accelerazione dell'approccio multiculturale alla valutazione dello stato di salute. La salute si configura sempre più come un concetto globale, e le risposte che il sistema è chiamato a fornire, rispetto ai fabbisogni di salute della popolazione e ai relativi diritti di tutela, sono sempre più delle risposte globali e quindi complesse.

Alla luce dei principi di equità e universalità che caratterizzano il Servizio Sanitario Nazionale, anche gli obiettivi di assistenza sanitaria in carcere rappresentano una prospettiva strategica di intervento.
In questo contesto, la medicina penitenziaria italiana ha intrapreso, quasi quindici anni fa, un percorso di cambiamento strutturale e organizzativo, volto al trasferimento delle competenze dall'Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale. Un

trasferimento mirato alla garanzia dell'uguaglianza del diritto alla tutela della salute e alla realizzazione di percorsi integrati di assistenza sanitaria, dentro e fuori gli Istituti di pena. Percorsi e servizi capaci di fornire una continuità assistenziale prima, durante e dopo la detenzione e, più in generale, di soddisfare bisogni di salute sempre più complessi e che riguardano anche differenti tipi di fragilità.
Il carcere rappresenta un contesto specifico, inserito però in quello generale della società, dal quale trae normative e meccanismi di

funzionamento e al quale restituisce (o almeno dovrebbe) i frutti del suo intervento, in termini di recupero sociale delle persone, una volta scontata la pena.
Come tutti i grandi cambiamenti culturali, anche la Riforma della medicina penitenziaria ha avuto bisogno di tempo e di risorse (umane, normative e finanziarie), innanzitutto per condividerne i principi tra gli attori istituzionali e poi per passare da questa condivisione alla vera attuazione sul campo, attraverso trasformazioni operative. Percorso non ancora concluso e comunque non attuato in modo uniforme nelle diverse Regioni.
I cambiamenti organizzativi necessitano di un *humus* culturale stabile e consolidato per dare i risultati attesi, quei risultati che hanno mosso il principio riformatore. E il sistema culturale è un sistema fluido e dinamico, che si modifica nel tempo e nello spazio, passando attraverso meccanismi di conoscenza, sensibilizzazione e acquisizione di consapevolezza.
Per questo, il Ministero della salute e l'INMP hanno ideato e realizzato uno strumento di *policy* come Salute senza barriere: un progetto finalizzato a promuovere l'integrazione sanitaria dei cittadini stranieri temporaneamente privati della libertà personale.

Il progetto "Salute senza barriere"

Il progetto, rivolto prevalentemente ai detenuti non comunitari, al personale di polizia penitenziaria e a quello del servizio sanitario che opera negli Istituti di pena, ha con i seguenti obiettivi **specifici:**

- accrescere la **consapevolezza** di detenuti stranieri e operatori sul diritto alla tutela della salute
- promuovere la **conoscenza** della riforma della medicina penitenziaria e del funzionamento del SSN
- migliorare la **capacità di presa in carico** dei bisogni di salute dei detenuti stranieri da parte degli operatori sanitari, attraverso un approccio multiculturale
- approfondire la conoscenza relativa allo **stato di applicazione del trasferimento di competenze** della sanità penitenziaria dal Mi-

nistero della giustizia al Servizio sanitario nazionale e regionale.

Per raggiungere gli obiettivi, si è operato lungo tre direttrici: **dialogo**, **formazione** e **ricerca**.

La prima, quella del dialogo, si è concretizzata in momenti di *incontro e confronto* all'interno degli Istituti di pena, mettendo in comune, contestualmente, esigenze e punti di vista dei tre gruppi di persone che vivono nel quotidiano la salute in carcere: detenuti, polizia penitenziaria e sanitari. Da ottobre 2012 a febbraio 2013, sono stati realizzati 12 seminari in altrettante Case Circondariali o di Reclusione, distribuite uniformemente sul territorio nazionale, potendo incontrare circa 100 persone in ogni città, per un totale di oltre 1.500 persone.

25

Il Calendario degli incontri

CC Palermo Pagliarelli	8 ottobre 2012
CC Teramo	15 ottobre 2012
CC S. Maria Capua Vetere	25 ottobre 2012
CC Firenze Sollicciano	30 ottobre 2012
CC Bari	9 novembre 2012
CC Bologna	21 novembre 2012
CC Torino Lorusso e Cutugno	4 dicembre 2012
CC Cagliari	10 dicembre 2012
CR Milano Opera	17 gennaio 2013
CR Padova	14 febbraio 2013
CC Catanzaro Siano	21 febbraio 2013
CCF Roma Rebibbia	25 febbraio 2013

Durante i seminari, grazie anche alla collaborazione del **Forum per la Salute in Carcere**, sono state fornite informazioni sul diritto alla salute, sull'evoluzione normativa della tutela della salute e sull'organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria in carcere, sullo stato di attuazione della riforma della medicina penitenziaria a livello ter-

ritoriale e sui principali aspetti sanitari correlati alla vita in comune in ambienti ristretti, come il contesto carcerario.

La seconda direttrice di intervento del progetto è quella rivolta al personale sanitario e socio-sanitario che opera negli Istituti di pena. Capitalizzando l'esperienza dell'INMP nella **medicina delle migrazioni** e ponendo attenzione alla multiculturalità, sono stati realizzati 4 percorsi di formazione a distanza (attraverso la piattaforma e-learning dell'Istituto) dedicati alle aree sanitarie di interesse prioritario in carcere: malattie infettive, dermatologia, salute mentale e sanità pubblica. Ogni corso è stato suddiviso in più moduli ed è stato accreditato ECM, per un totale massimo di 24 crediti a corsista.

Fig. 2 - Corsi FAD nell'ambito del progetto: "Salute senza barriere: integrazione sanitaria dei cittadini stranieri

Titolo corso	**Durata del corso** (in ore)	**Modalità di fruizione**
Dermatologia delle comunità	4	Corso WBT in autoistruzione + attività online di supporto
Sanità Pubblica in carcere	4	Corso WBT in autoistruzione + attività online di supporto
Malattie infettive in carcere	5	Corso WBT in autoistruzione + attività online di supporto
Salute mentale in carcere	3	Corso WBT in autoistruzione + attività online di supporto

privati della libertà personale"			
	Principali argomenti	**Crediti ECM**	**Figure professionali a cui è aperto il corso**
	1. Diagnosi dermatologica su cute scura	6	Tutte le professioni sanitarie
	2. Condizioni patologiche e non patologiche della cute scura		
	3. Dhat		
	4. L'Acne nelle differenti etnie		
	5. Patologie dermatologiche da agenti infettivi 5.1 Scabbia 5.2 Altre dermatosi infettive		
	1. Sanità pubblica e detenuti 1.1 Fattori di rischio della salute in carcere 1.2 Promozione della salute	6	Tutte le professioni sanitarie
	2. Prevenzione generale delle malattie infettive in carcere 2.1 Concetti generali e modalità di trasmissione delle principali malattie infettive 2.2 Strategie vaccinali		
	3. Requisiti minimi nelle carceri 3.1 Igiene personale e igiene edilizia in carcere 3.2 Raccomandazioni per gli operatori delle carceri		
	1. Epatiti virali - HBV, HDV, HCV, HAV 1.1 Epatite B e Delta 1.2 Epatite C e A	7,5	Tutte le professioni sanitarie
	2. Infezioni dell'apparato respiratorio 2.1 Polmoniti da legionella 2.2 Tubercolosi polmonare		
	3. Infezioni intestinali da protozoi 3.1 Amebiasi 3.2 Giardiasi		
	4. Infezioni sessualmente trasmissibili		
	5. Infezione da HIV/AIDS		
	1. Note storiche sul diritto alla salute mentale in carcere	4,5	Tutte le professioni sanitarie
	2. La riorganizzazione dei servizi per la salute mentale in carcere nel SSN		

Non da ultimo, il progetto ha permesso la realizzazione di una **ricerca** a livello nazionale su: conoscenza del diritto alla salute e del funzionamento del servizio sanitario presso la popolazione detenuta, in particolar modo quella straniera; percezione dello stato di salute e dei fattori di rischio da parte dei detenuti, ma anche del personale di polizia e di quello sanitario, mettendole a confronto; conoscenza della riforma della medicina penitenziaria. La rilevazione è stata condotta attraverso la somministrazione, durante i seminari informativi, di un questionario strutturato, tradotto in arabo, francese, inglese e albanese, per permettere ai detenuti di poterlo comprendere e compilare in autonomia. Sono stati somministrati questionari anche al personale sanitario e a quello di polizia penitenziaria. Successivamente, i dati elaborati sono stati analizzati da un gruppo di ricerca dell'**Università degli studi di Torino - Dipartimento di giurisprudenza,** i cui risultati sono illustrati nel dettaglio nella terza parte della pubblicazione.

INMP

L'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto alle malattie della Povertà, è un ente pubblico che lavora sul fronte della **mediazione transculturale** in ambito socio-sanitario. Grazie a un approccio basato sui concetti di transculturalità e multidisciplinarietà, ha realizzato importanti attività di ricerca e **assistenza clinica**, ma anche campagne di informazione e percorsi di formazione, sviluppando un modello di cura dedicato alla presa in carico delle popolazioni migranti. Tutte azioni con al centro le fasce fragili della popolazione: **migranti**, vecchie e nuove povertà, persone a rischio di esclusione sociale.

FORUM per la salute in carcere

Il Forum nazionale per il diritto alla salute delle persone private della libertà personale è una Onlus nata ufficialmente a dicembre 2008. Già dal 1999 però, le Associazioni che ne fanno parte

lavorano attivamente al **sostegno della Riforma** della medicina penitenziaria, soprattutto attraverso azioni di **informazione** e **sensibilizzazione**, mirate a tenere alta l'attenzione, dentro e fuori dagli Istituti di pena, sulle condizioni e sui diritti di salute dei detenuti.

UNIVERSITÀ di Torino

Il gruppo di ricerca del Dipartimento di Giurisprudenza di Torino che ha collaborato al progetto si occupa di **sociologia del diritto penale** e della **devianza**, con una particolare attenzione alla fase dell'esecuzione penale. Ha condotto varie ricerche empiriche in tema di condizioni detentive, alternative al carcere, di recidiva e storia della pena. Da alcuni anni, nello specifico, realizza diverse analisi sulla tutela del diritto alla salute all'interno degli Istituti penitenziari e sull'**impatto della riforma** della sanità penitenziaria.

Questa pubblicazione rappresenta un importante momento di valorizzazione dei risultati dell'intervento progettuale, soprattutto all'interno del gruppo di lavoro interistituzionale che ha condotto le azioni nei dodici mesi di vita del progetto. Ma è anche un momento di *confronto*, *condivisione* e *ascolto* del *feedback* di tutti coloro che hanno partecipato in prima persona e permesso la realizzazione delle attività. I detenuti, innanzitutto, ma anche le direzioni dei 12 Istituti di pena, i comandanti e gli agenti penitenziari incontrati, i responsabili delle politiche e dei servizi sanitari sul territorio e tutti i medici, infermieri, psicologi, educatori, assistenti, fisioterapisti, mediatori che hanno partecipato agli incontri seminariali in carcere e ai percorsi formativi a distanza, sulla piattaforma dell'INMP.

Da sempre l'Istituto crede nel valore dei percorsi di **integrazione** delle popolazioni straniere attraverso la dimensione socio-sanitaria. Integrazione che passa in primo luogo dalla conoscenza dei

diritti e dalla possibilità di accesso effettivo ai servizi, per proseguire lungo la strada delle opportunità di incontro, presso il servizio sanitario pubblico, con personale qualificato e preparato a confrontarsi con culture "altre", con modi diversi di sentire e vivere la malattia, la cura o il benessere. Per questo l'INMP adotta nel quotidiano un modello di servizio basato su **team multidisciplinari e transculturali**, applicandolo anche a progetti specifici.

Ma, come si diceva in apertura, la salute *globale* presuppone l'interessamento anche nei confronti di determinanti specifici relativi a contesti strutturalmente circoscritti e non osmotici, come quelli del carcere. Trovare una modalità comune e condivisa di intervento in tali settori diventa fondamentale soprattutto nel momento in cui le competenze si distribuiscono tra soggetti diversi, tra Amministrazioni paritarie rispetto a decisioni e responsabilità e che devono necessariamente dialogare. Il Minsitero della salute e l'INMP hanno fortemente creduto in questo progetto e nella possibilità di fornire un contributo operativo alla costruzione e animazione di una rete di portatori di interesse sulla salute in carcere, mettendo a disposizione le proprie esperienze di *policy maker* e di Ente pubblico che si rivolge *a* e lavora *con* le popolazioni migranti e le fragilità.

1. L'EVOLUZIONE NORMATIVA

L'**articolo 32** della Costituzione Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e stabilisce la gratuità delle cure per gli indigenti. Come tale, quindi, il diritto alla salute va garantito e difeso in ogni ambito, anche quando c'è una restrizione della libertà, anche quando si tratta di persone straniere. La detenzione interviene modificando, spesso temporaneamente, alcune qualità dell'individuo-cittadino, ma non quella al diritto di essere assistito e curato. È uno dei principi con cui si misura il grado di civiltà e lo sviluppo etico e politico di una comunità o di un Paese.

La salute in carcere quindi è **interesse della collettività**, ma è anche un tema di interesse specifico per chi vive e opera negli Istituti di pena: persone detenute, operatori di polizia, personale socio-sanitario. Mediamente, negli ultimi tre anni, le 206 carceri italiane hanno ospitato oltre 66.000 detenuti (ai quali vanno aggiunti i 35.469[1] agenti/comandanti di polizia penitenziaria e gli operatori sanitari e socio-sanitari), con un impatto sociale enorme, ulteriormente allargato se si includono gli effetti sulla cerchia familiare delle persone che vivono e lavorano in carcere.

Una larga parte dei detenuti proviene da fasce svantaggiate della popolazione e aree di disagio sociale, molti presentano una sofferenza psicologica e oltre il 30% ha una forma di dipendenza da sostanze tossiche. *Di carcere ci si può ammalare* e anche coloro che ci entrano

[1] *Il dato è riferito agli agenti in servizio negli Istituti di pena, a fronte di un organico complessivo di 38.997 (fonte Ministero della Giustizia)*

sani, possono subire gli effetti di un contesto di per sé patogeno.
Di contro, servizi sanitari efficaci durante la detenzione (anche se di breve durata), possono contribuire in modo sostanziale alla salute degli individui dentro e fuori dal carcere, influenzando anche la loro capacità di beneficiare di programmi educativi e trattamentali e facilitando i percorsi di integrazione o reinserimento nella società.
Ma il carcere resta, per i più, un mondo lontano. In senso fisico (sempre più spesso gli Istituti si trovano fuori dai centri abitati) e morale (è un mondo che non appartiene ai cittadini liberi, che si sentono diversi, immuni) un mondo di cui ci si può anche non occupare. Ed è così che hanno detto di sentirsi molte delle persone incontrate durante i seminari del progetto, lungo tutto il territorio nazionale. Il principio riformatore della medicina penitenziaria fonda le sue radici proprio sulla necessità di non considerare più la salute in carcere come qualcosa di diverso e separato dalla tutela della salute della collettività e quindi da gestire, anche operativamente, attraverso percorsi e soggetti diversi da quelli previsti dal Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta di uno *snodo culturale* importante: il passaggio di competenze e risorse dal Ministero della giustizia al

Ministero della salute, ha il pregio di non isolare il carcere e di considerarlo un elemento interno al corpo sociale, oltre che di facilitare le condizioni per l'esercizio effettivo del diritto - universale - alla tutela della salute.

Come illustrato nelle premesse di questo lavoro, il progetto *Salute Senza Barriere* ha come obiettivo generale la **promozione dell'integrazione sanitaria dei cittadini dei Paesi Terzi,** ospiti temporanei degli Istituti di pena italiani, attraverso la facilitazione del pieno e consapevole accesso al Servizio Sanitario Nazionale, durante il periodo di detenzione. La consapevolezza passa sempre dalla conoscenza, dei *diritti* in primo luogo, ma anche dei *doveri*, e dal confronto costruttivo con tutti i portatori di interesse.
In questo senso, la prima parte della pubblicazione mira a illustrare il percorso normativo della tutela della salute nelle carceri italiane, percorso che costituisce la cornice istituzionale nella quale vanno inquadrati i servizi sanitari sviluppati nel tempo in favore delle persone ristrette.

1.1 Diritti e doveri

Come ci ricorda Bruno Benigni in *Sani dentro - cronistoria di una riforma*, in principio era la pietà.
Le malattie hanno da sempre accompagnato le persone recluse e, a seconda del momento storico e del quadro culturale e legislativo, la presa in carico e la gestione della salute in carcere hanno alternato fasi di crudeltà, indifferenza o carità. Quest'ultimo approccio all'assistenza sanitaria nelle carceri si sviluppa a partire dal XVI secolo d.C.: sodalizi e congregazioni religiose si facevano carico dell'assistenza ai detenuti e, nei casi più gravi, erano loro a chiamare il *medico.* È invece all'inizio del XX secolo che si avvia un rapporto tra la tutela della salute e l'Amministrazione penitenziaria, anche se con soluzioni parziali e occasionali. Soluzioni che diventano più strutturate dopo la Liberazione (1945) e soprattutto dopo l'entrata in vigore della Costituzione (1 gennaio 1948), momento storico in cui lo Stato italiano inizia a occuparsi direttamente della salute dei

detenuti, applicando (anche se parzialmente) l'art. 32.
A partire dalla Costituzione, gli snodi della tutela della salute in carcere, nel quadro normativo nazionale, si concentrano in tre momenti cruciali:

- approvazione dell'Ordinamento penitenziario (1975)
- riordino della medicina penitenziaria (1999)
- attuazione della Riforma della medicina penitenziaria (2008)

Questi momenti legislativi specifici della disciplina, si innestano poi su quattro snodi normativi di contesto:

- dichiarazione dell'OMS[2] su salute e benessere (1946)
- entrata in vigore della Costituzione Italiana (1948)
- creazione del Servizio Sanitario Nazionale (1978)
- riforma del Titolo V della Costituzione (2001)

Quello che segue è quindi un *excursus* sintetico di evoluzione normativa, che ha come filo conduttore la *ratio* che sottende i singoli interventi, ma anche il costante confronto con gli assetti istituzionali del momento.

Regio Decreto 787 del 18 giugno 1931 **1931**

Sebbene l'assistenza sanitaria legata agli Istituti di pena fosse già citata nel R.D. n. 5 del 1871, per la prima volta, il nuovo Regolamento per gli Istituti di prevenzione e di pena (a firma del Guardasigilli Alfredo Rocco, rimasto in vigore fino al 1975), cita in diversi passaggi la **presenza** del **medico** in carcere, per esempio rispetto all'obbligo di visita del medico durante l'isolamento o alle modalità e tempistiche di realizzazione della visita medica al primo ingresso (art. 68).

Costituzione OMS **1946-1948**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiara nella sua Costituzione (artt. 1-3) che la **salute è uno stato di completo benessere** fisico, mentale e sociale e non solamente assenza di malattia; che è un diritto fondamentale dell'essere umano e una finalità sociale universale; che la salute di tutti i popoli è una condizione

[2] *Organizzazione Mondiale della Sanità*

fondamentale della pace e della sicurezza del mondo.

1948 **Costituzione Italiana**

L'art. 32 della Costituzione, stabilisce che "La Repubblica tutela la salute come **fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività**, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

1955 **Regole ONU**

Il servizio sanitario all'interno degli istituti penitenziari è previsto dalle **Regole Minime dell'Organizzazione delle Nazioni Unite** per il trattamento dei detenuti, approvate il 30 agosto 1955 (artt. 22-26) e ribadite dal Consiglio d'Europa il 19 gennaio 1973.

1970 **Legge 740 del 9 ottobre 1970**

La Legge 740/1970 disciplina i **rapporti di lavoro** del personale sanitario e pone le basi per il servizio sanitario e la continuità assistenziale in carcere, pur restando una normativa sommaria.

1975 **Legge 354 del 26 luglio 1975**

La Legge 354/1975 è la riforma dell'Ordinamento penitenziario, sostituisce il Regolamento del 1931 e detta regole più precise in tema di tutela della salute in carcere: i servizi erogati devono corrispondere alle **effettive esigenze** sanitarie dei detenuti. L'art. 11, in particolare, stabilisce per l'Amministrazione penitenziaria la facoltà di avvalersi - ove necessario - della collaborazione dei servizi pubblici sanitari locali, introduce la figura del **medico specialista** e del servizio di **psichiatria**. La tutela della salute in carcere si consolida come una competenza diretta del Ministero della giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) e rispecchia l'assetto istituzionale del tempo, non essendo ancora nato un servizio sanitario nazionale: il medico in carcere è un dipendente del Ministero della giustizia e risponde funzionalmente e gerarchicamente al Direttore del carcere. È dunque un elemento del tutto integrato nell'organizzazione e nel funzionamento dell'Istituto di pena.

Legge 833 del 23 dicembre 1978 **1978**

È la Legge che istituisce il **Servizio Sanitario Nazionale**. La tutela della salute dei cittadini italiani passa fondamentalmente dal sistema delle mutue di settore e delle Ipab (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficienza) a un sistema pubblico ad accesso universale. In realtà, nel testo normativo non è inserita alcuna menzione specifica alla medicina penitenziaria, però, a partire da questo momento, comincia a farsi strada nel dibattito pubblico l'idea della necessità di integrare la sanità penitenziaria con la sanità pubblica generale. Dibattito reso possibile e sollecitato anche dal nuovo *humus culturale* conseguente ai movimenti civili e di opinione sviluppatisi dalla fine degli anni ´60 e alla stessa Legge Basaglia, approvata proprio nel maggio del ´78. Si tratta ancora di un argomento delicato e che incontra notevoli resistenze, di ordine culturale e organizzativo, dovute principalmente al prevalere dell'esigenza *securitaria* delle pene, ma anche alla generale tendenza alla rimozione del tema carcere dall'agenda dell'opinione pubblica e della politica. Ma la nascita di un Servizio Sanitario Nazionale, **pubblico e improntato alla tutela di un diritto universale**, favorisce sicuramente lo spostamento di questa agenda e l'avvio di una dialettica interistituzionale su obiettivi e modalità di gestione della medicina penitenziaria. Come testimoniato da Bruno Benigni[3], si tratta del periodo del "*bicchiere mezzo vuoto*": prevale ancora l'interesse al mantenimento dello *status quo* interno al DAP, con una logica di intervento più centrata sull'organizzazione istituzionale che sugli effettivi bisogni della popolazione detenuta. Dal punto di vista dei decisori (e della gestione operativa), la funzione prioritaria è quella del controllo totale: occorre evitare potenziali contaminazioni con l'ambiente esterno e l'obiettivo generale resta quello della **sicurezza**, prevalente su quello della tutela della salute.

Raccomandazione CE del 12 febbraio 1987 **1987**

Si tratta dell'insieme delle Regole minime per il trattamento dei detenuti, definite dalla Raccomandazione del Comitato dei Ministri della Comunità Europea del 12 febbraio 1987. Le finalità della normativa mirano ad "*... assicurare condizioni umane di detenzione e di trattamento positivo nel quadro di un sistema moderno e progressivo; a sti-*

[3] *Sani Dentro. Cronistoria di una riforma, 2008*

molare le amministrazioni penitenziarie a sviluppare una politica, una gestione e una prassi fondate su principi attuali, finalizzati ed equi; a incoraggiare il personale penitenziario ad adottare un atteggiamento conforme alla importanza morale e sociale del proprio lavoro e a creare condizioni nelle quali esso possa svolgere al meglio le proprie prestazioni a beneficio della società in generale, dei detenuti ad esso affidati, e della soddisfazione della propria vocazione professionale...". In particolare, gli artt. 20-26 sono dedicati ai servizi sanitari e stabiliscono l'obbligo di disporre almeno del **medico generico**, di operare in stretta collaborazione con il servizio sanitario della comunità o con quello nazionale, di disporre del **servizio psichiatrico** per la diagnosi e l'eventuale trattamento, di fornire ai detenuti malati cure e trattamenti convenienti, inclusa l'assistenza farmaceutica e odontoiatrica. Le regole stabiliscono anche che il sanitario deve: vedere e visitare ogni detenuto nel più breve tempo possibile dopo il suo ingresso e, in seguito, con la frequenza necessaria; assicurare l'isolamento dei detenuti sospetti di essere affetti da malattie infettive o contagiose; visitare, nelle condizioni e con la frequenza consigliata dalle norme ospedaliere, tutti i detenuti malati e tutti coloro che segnalano di essere malati o feriti. Il sanitario, o una autorità competente, deve effettuare ispezioni regolari e consigliare il direttore per quel che riguarda: a) la quantità, la qualità, la preparazione e la distribuzione degli alimenti e dell'acqua; b) l'igiene e la pulizia dell'Istituto e dei detenuti; c) le installazioni sanitarie, il riscaldamento, l'illuminazione e la ventilazione dell'Istituto; d) la qualità e la pulizia dei vestiti e del corredo per il letto dei detenuti. Il direttore deve prendere in considerazione i rapporti e i pareri del sanitario e, in caso di accordo, adottare immediatamente le misure idonee perché tali raccomandazioni siano applicate; in caso di disaccordo, o se la materia non rientra nella sua competenza, egli deve trasmettere immediatamente le sue osservazioni e il rapporto sanitario all'autorità sovraordinata. I servizi sanitari dell'Istituto devono adoperarsi per diagnosticare e curare tutte le malattie fisiche o mentali e le malformazioni, suscettibili di compromettere il reinserimento del detenuto dopo la sua liberazione. A questo fine, devono essere fornite al detenuto tutte le cure mediche, chirurgiche e psichiatriche necessarie, ivi comprese quelle che sono fornite all'esterno.

Circolare 3337/5787 del 7 febbraio 1992 1992

La Circolare del Ministero della giustizia stabilisce che in ogni Istituto di pena debbano essere costituite le due **aree** mediche, **sanitaria** e **infermieristica**, e l'area educativa**,** definendo anche i rispettivi compiti e le figure professionali che compongono ciascuna area. Da questo momento si avviano collaborazioni sempre più frequenti tra le strutture sanitarie degli Istituti di pena e quelle del servizio regionale, generando una forte frammentazione di tipologie di accordo e interazione tra i due sistemi. Si tratta per lo più di convenzioni e incarichi *ad personam,* nei quali il ruolo del medico è spesso snaturato, puntando sugli aspetti burocratici e curativi più che su quelli della prevenzione. È il "medico del sintomo": si attende l'emergenza e si somministra la cura. Riprendendo di nuovo l'espressione di Benigni, inizia però in questo momento il periodo del "*bicchiere mezzo pieno*". È in questo contesto, infatti, che si formano operatori socio-sanitari specializzati, con forte dedizione e alta professionalità: medici, infermieri, psicologi ed educatori che operano su un campo specifico e contribuiscono a creare un patrimonio di esperienze e di saperi che non solo non deve andare disperso, ma che deve essere valorizzato (Benigni).

Ci sono gli elementi per iniziare a invertire la rotta e a considerare la **salute** e la sua **garanzia** quali presupposti per la tutela della **sicurezza**; elementi di sfondo necessari per ripensare il trattamento sanitario in carcere in un'ottica di equiparazione, pur tenendo conto delle esigenze specifiche del contesto. Si ampliano, nei fatti, le responsabilità delle realtà territoriali (Regioni, Enti locali) e contestualmente si verifica un'apertura nel rapporto tra carcere e società esterna, anche grazie alle numerose (per quanto frammentate) esperienze portate avanti dall'associazionismo tra gli anni ´80 e ´90, e al ruolo del **Forum per la salute in carcere.** Accanto al dibattito pubblico, prendono il via anche indagini conoscitive sulla situazione sanitaria nelle carceri, come in occasione dell'iniziativa parlamentare e dei sopralluoghi delle autorità regionali e nazionali del 1994. È il punto di svolta per i cambiamenti successivi.

Legge 419 del 30 novembre 1998 1998

La Legge-delega al Governo per la **razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale** e per l'adozione di un **Testo Unico** in materia di organizzazione e funzionamento del SSN (che modifica il Dlgs

502/1992) prevede, all'art. 5, una delega specifica per il **riordino** della **medicina penitenziaria**, che deve entrare a far parte del SSN, anche se con gradualità. La delega stabilisce la necessità del passaggio di risorse finanziarie, professionali, beni e servizi dal DAP a SSN. Si tratta di questioni fondamentali, anche se di difficile gestione. Sullo sfondo delle questioni organizzative, si rafforza anche l'esigenza di salvaguardare le *specificità* della medicina penitenziaria, alla quale vanno date risposte mirate e adeguate al contesto. Sostiene Ferrannini che, se per specificità si intende la condizione di detenzione e il luogo di cura, allora la *specificità* resta tale anche nel sistema riformato (Ferrannini[4]).

1999 Dlgs 230 del 22 giugno 1999

È il Decreto legislativo che disegna il riordino della medicina penitenziaria e sancisce il **trasferimento delle competenze di salute in carcere dal DAP al Servizio Sanitario Nazionale**. Nello specifico, gli artt. 1, 3 e 4 stabiliscono il chiaro riconoscimento del diritto alla salute di detenuti e internati, definiscono i ruoli del SSN e del DAP e fissano i principi di sicurezza - che restano in capo al DAP - a cui il sistema deve attenersi, dentro e fuori dagli Istituti di pena. Con il Dlgs 230 si **sposta il baricentro della sanità penitenziaria**. Non si tratta più di mantenere l'integrità fisica della **persona detenuta** (termine che da sostantivo diventa aggettivo), si tratta ora di garantire la tutela della salute di un **cittadino** che si trova, più o meno temporaneamente, privato della libertà personale. È un cambiamento culturale: la detenzione si configura come una qualità transitoria della persona, "*detenuti e internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci e appropriate*".

2000 La sperimentazione

Il Dlgs 230 stabiliva anche una **gradualità del trasferimento** delle funzioni, attraverso l'adozione di un **modello sperimentale** da testare in alcune regioni selezionate: Toscana, Lazio e Puglia (DM Sanità del 20 aprile 2000), a cui si aggiungono Emilia-Romagna, Molise e Campania. Sulla carta, il periodo di trasferimento avreb-

[4] *In Benigni, Sani Dentro. Cronistoria di una riforma, 2008*

be dovuto servire anche alla definizione del **Progetto Obiettivo** e delle **Linee Guida** per le Regioni selezionate, delineando i compiti per Stato, Regioni e ASL e le modalità di collaborazione per garantire i due diritti: la *salute* dei detenuti e la *sicurezza* dei cittadini. Ma il Dlgs viene vissuto come un progetto calato dall'alto, mancando soprattutto il coinvolgimento delle persone maggiormente interessate, ovvero la popolazione detenuta. L'informazione sulla riforma è inoltre veicolata nelle carceri solo attraverso gli operatori sanitari, spesso contrari alla riforma, e le associazioni di volontariato operanti in modo frammentato nei diversi Istituti. Il mancato coinvolgimento globale di tutti gli attori e i portatori di interesse, unito al quadro politico-istituzionale poco dinamico e alle oggettive difficoltà organizzative, ha fatto definire da più parti il Dlgs in questione come una *Riforma di carta*. Sempre sulla carta, senza individuare risorse specifiche, dal 1 gennaio 2000 vengono inoltre attivati i **SerT** (Servizi per le tossicodipendenze - dipendenze patologiche) per il carcere.

Legge Costituzionale 3 del 18 ottobre 2001 **2001**

La *ratio* che sottende la riforma costituzionale del Titolo V mira ad accrescere le competenze e i poteri in capo alle Regioni e agli Enti Locali. La tutela della **salute** diventa **legislazione concorrente**. È un passaggio fondamentale: la sanità è così conferita, direttamente dalla Costituzione, alla competenza regionale. Anche se l'attuazione è lenta e la sperimentazione è lasciata a risorse locali e iniziative delle singole Regioni, lo *scudo* della Costituzione impedisce una retromarcia rispetto alla riforma, sull'onda delle idee che iniziano a circolare tra alcune delle parti in causa, mirate a rimuovere la *riforma fantasma*.

Commissione Tinebra **2002**

Con il Decreto interministeriale (giustizia e salute) del 16 maggio 2002, viene istituita la **Commissione mista di studio per il rinnovamento del Servizio sanitario penitenziario,** con il mandato di "*pervenire all'adozione di un nuovo modello legislativo*" per "*innovare i metodi organizzativi e la qualità del servizio sanitario penitenziario, tenendo conto dei risultati delle sperimentazioni effettuate*". Le difficoltà incontrate nella fase di sperimentazione determinano l'esigenza di elaborare un modello

intermedio, che prevede il mantenimento della competenza dei medici del DAP rispetto alla medicina di base, e il trasferimento al Servizio sanitario delle competenze relative alla medicina specialistica, all'assistenza farmaceutica e a quella ospedaliera. I lavori della commissione procedono con difficoltà e non si giunge ad alcun risultato, nonostante fosse stato proposto (marzo 2003) un ventaglio di possibili soluzioni. Un importante ruolo di stimolo, a livello politico, fu comunque svolto dagli allora Ministri della salute (Turco) e della giustizia (Mastella), dalle Regioni coinvolte nella sperimentazione, dal Forum per la Salute in carcere, dai Garanti regionali per i diritti dei detenuti e da rappresentanti del mondo sindacale e dell'associazionismo, affinché si avviasse il percorso di transito di tutti i servizi sanitari alle ASL (Salvati e Sarzotti).

2006-2007 Gruppo tecnico interministeriale

È il biennio in cui riparte la volontà di procedere con la definizione di linee operative per rendere, dopo sette anni, effettivo il trasferimento delle competenze dall'Amministrazione penitenziaria al Servizio Sanitario. I due Ministeri interessati, insieme ai rappresentanti delle Regioni, costituiscono un tavolo tecnico con l'incarico di preparare le **Linee Guida** e la proposta del testo del DPCM, con la difficoltà di definire le modalità operative senza ulteriore aggravio (di spesa) per lo Stato.

2008 DPCM 1 aprile 2008

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri disciplina "*le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria*" determinando nei fatti, a partire dal 14 giugno 2008, l'attuazione della **Riforma** della **sanità penitenziaria.** Da questo momento, le due istituzioni (giustizia e salute) sono obbligate a confrontarsi, su un piano di parità, rispetto alla tutela della salute dei detenuti: cessa la monoliticità del carcere e cambia la figura del medico. Il personale sanitario non entra più in carcere come singolo professionista che deve rispettare solo l'ordinamento penitenziario; si tratta ora di una figura che ha un mandato istituzionale definito e non subordinabile. Le esigenze di salute della persona detenuta acquisiscono indipendenza e la **tutela della salute** non è più un *dovere* dell'amministrazione, ma un *diritto* soggettivo.

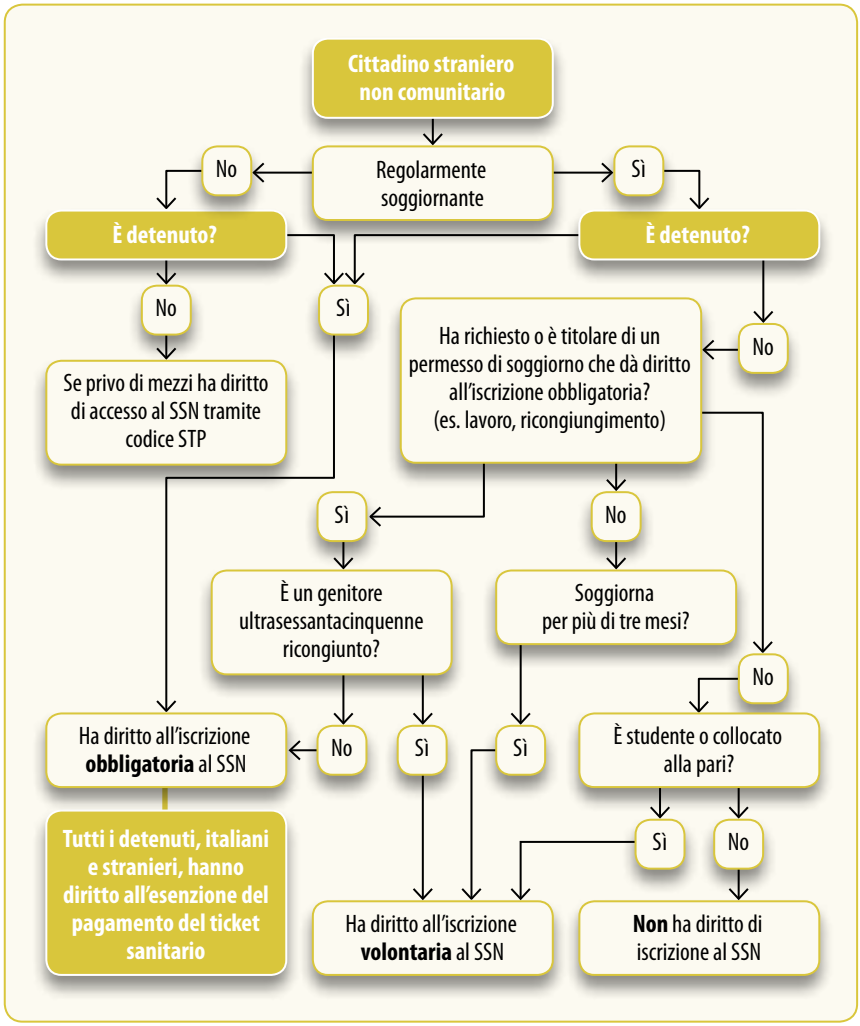
Tabella n. 1.1 - Excursus normativo

Anno	Atto	Titolo	Parole chiave
1931	Regio Decreto 787	Regolamento per gli Istituti di prevenzione e pena	Medico in carcere Visita medica
1946	Costituzione OMS	Costituzione Organizzazione Mondiale della Sanità	Benessere Salute
1948	Costituzione Italiana	Costituzione Italiana	Art. 32 Salute diritto fondamentale
1955	Risoluzione ONU	Regole minime per il trattamento dei detenuti	Igiene Cure mediche
1970	Legge 740	Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli Istituti di prevenzione e pena	Rapporti di lavoro
1975	Legge 354	Riforma dell'Ordinamento Penitenziario	Effettive esigenze sanitarie Medico specialista Psichiatra
1978	Legge 833	Istituzione Servizio Sanitario Nazionale	Servizio pubblico e universale
1992	Circolare 3337/5787	Circolare Ministero della Giustizia	Area Sanitaria Area Infermieristica Area Educativa
1999	Dlgs 230	Decreto di riordino della medicina penitenziaria	Trasferimento competenze
2001	Legge Costituzionale 3	Riforma del Titolo V della Costituzione	Salute competenza regionale
2008	Dpcm 1 aprile 2008	Decreto di disciplina delle modalità, criteri e procedure per il trasferimento al SSN	Funzioni Risorse finanziarie Attrezzature, arredi e beni Rapporti di lavoro

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)

I *manicomi giudiziari* nascono intorno al 1890, come reparti dei manicomi civili. È nel 1925 che vengono istituite le 5 strutture di Aversa, Napoli Sant'Eframo, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto; il sesto **OPG** si trova a Castiglione delle Stiviere e ospita anche l'unica sezione femminile. Il Codice penale del 1930 ne fonda la base giuridica con il "sistema del doppio binario": accanto alle pene per gli autori di reato *imputabili*, sono previste le misure di sicurezza per gli autori di reato *non imputabili*, cioè *incapaci di intendere e di volere* al momento della commissione del reato, ma socialmente pericolosi. Tra le cause di non imputabilità, il *vizio di mente* totale o parziale. Per questi soggetti (noti come *folli-rei*) fino al 2003 era obbligatorio disporre il ricovero in OPG; la sentenza della Corte Costituzionale n. 253/2003 ha introdotto la possibilità di misure più rispettose delle esigenze di cura, tra cui la libertà vigilata in una struttura sanitaria o di tipo comunitario. Gli OPG hanno attraversato quasi indenni la storia sanitaria italiana e non sono stati toccati neppure dalla Riforma Basaglia (L 180/78). Il loro "stare a metà", un po' ospedali, un po' carceri, ha causato inefficienze e rimandi di responsabilità. L'**allegato C** del **DPCM 1 aprile 2008** ha stabilito anche per gli OPG il trasferimento di competenze alle ASL, fissandone contestualmente la chiusura al *31 marzo 2013*: i circa 1.100 internati sarebbero dovuti rientrare nei territori di origine. Alcune Regioni hanno avviato le procedure per riorganizzare i servizi e individuare luoghi idonei alle nuove strutture sanitarie (massimo 20 posti, differenziate per livelli di pericolosità), ma non si è riusciti a creare le condizioni per il reale superamento degli OPG e la loro chiusura è stata rinviata. Le diverse Istituzioni (Amministrazione penitenziaria, Regione, ASL, DSM) sono chiamate a dialogare, rafforzando la rete dei servizi territoriali intermedi: senza una visione d'insieme e un'attenzione all'intero ciclo di presa in carico del paziente psichiatrico autore di reato, senza un dialogo costruttivo tra operatori sanitari e della giustizia, c'è il rischio concreto di moltiplicare le negatività degli OPG e allontanarsi inesorabilmente da una prospettiva costituzionalmente orientata delle misure di sicurezza.

Nel diagramma che segue sono illustrati i principali percorsi e le casistiche più comuni che regolano il riconoscimento del diritto alla salute dei cittadini stranieri. Particolare attenzione viene posta al caso dei detenuti, i quali hanno sempre diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN e all'esenzione dal pagamento del ticket sanitario.



2. LA TUTELA DELLA SALUTE

Conoscere la normativa che regola l'assistenza sanitaria negli Istituti di pena, così come capire quali siano i comportamenti da evitare e le abitudini da promuovere per un corretto stile di vita, anche durante il periodo di detenzione, sono due aspetti fondamentali per far sì che la permanenza in carcere non diventi motivo di ulteriore sofferenza.
Nonostante siano molti i fattori che mettono a rischio il benessere fisico e mentale dei detenuti, è importante ricordare che ognuno ha diritto alla tutela della propria salute, intesa, come l'ha definita l'OMS, come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto come semplice assenza di malattia". La stessa Organizzazione riconosce poi la salute come un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzioni di origine, religione, opinioni politiche, condizioni economiche e sociali. (OMS, 1948)
Molti detenuti, che prima dell'ingresso vivevano in condizioni di particolare fragilità, incontrano per la prima volta il mondo dei servizi sanitari proprio negli Istituti di pena; quindi, al momento dell'ingresso possono presentare uno stato di salute precario, più o meno in linea con le percentuali riscontrate nella corrispondente popolazione libera, ma percepite in maniera amplificata, per il fatto che frequentemente si ignorano le reali condizioni della propria salute.

Alcuni detenuti potrebbero pensare che prevenire e curare sia impossibile o inutile: al contrario, anche se difficile, il periodo

di detenzione può diventare un'occasione di crescita, sia in termini di aumento della consapevolezza della propria condizione sia di conoscenze in tema di salute, prevenzione e accesso ai servizi, laddove il carcere medesimo non eserciti influenza negativa sullo stato di salute.

Questa sezione si suddivide in tre parti, rispettivamente dedicate alla promozione di norme di igiene e corretti stili di vita, con particolare riferimento all'individuazione dei principali fattori di rischio e alla promozione di sane abitudini di igiene personale e degli ambienti; alla prevenzione delle malattie infettive e dermatologiche di particolare riscontro in contesti

chiusi come quello del carcere; all'importanza di saper individuare e affrontare eventuali difficoltà di carattere personale e psicologico.

2.1 Norme di igiene e stili di vita

Ognuno di noi ha la possibilità, applicando semplici misure preventive, di ridurre il rischio di trasmissione di molte malattie, anche gravi. Questo diventa ancor più importante in particolari luoghi considerati a rischio, come gli Istituti di pena, dove è nota la presenza di fattori che aumentano la probabilità di ammalarsi e trasmettere malattie.
Tra i principali fattori di rischio per la salute in questi contesti vanno menzionati il sovraffollamento, le difficili condizioni igienico-sanitarie e gli ambienti talvolta malsani, spesso anche a causa del cattivo stato delle strutture edilizie. A questi si aggiungono fattori individuali, legati, alla natura della sentenza e, alle conseguenze della condizione di restrizione della libertà personale, al livello socio-economico, agli stili di vita o al possibile uso di sostanze psicotrope. Nel caso dei detenuti stranieri, si aggiungono poi ulteriori difficoltà quali quelle comunicative e relazionali, culturali, la ancor più marcata lontananza dagli affetti, la difficoltà di instaurare un rapporto di fiducia con gli operatori sanitari e la scarsa informazione circa i propri diritti. (Civitelli, Starnini, Marceca, 2012)
Conoscere quali siano i principali fattori di rischio che minacciano la salute e, di conseguenza, adottare semplici ed efficaci norme comportamentali che ci aiutino a "vivere meglio", permette di salvaguardare il nostro stato di salute e, al contempo, di convivere più serenamente con gli altri.

IGIENE PERSONALE E DEGLI AMBIENTI

La prima e più importante norma igienica è senza dubbio un accurato e corretto **lavaggio delle mani**. Si tratta di una delle più semplici misure di prevenzione, la cui importanza è troppo

spesso sottovalutata. Per un corretto lavaggio delle mani, segui le indicazioni riportate nella Figura 1.

Fig. 1 - Come lavarsi le mani?

Bagnare le mani con acqua

Applicare sapone a sufficienza sino a ricoprire tutta la superficie delle mani

Strofinare le mani da un palmo all'altro

Palmo destro sul dorso sinistro incrociando le dita e viceversa

Palmo a palmo con le dita intrecciate

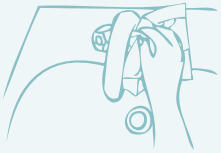
Di nuovo le dita, opponendo i palmi con dita racchiuse, una mano con l'altra

Strofinare attraverso rotazione del pollice sinistro sul palmo destro e viceversa

Strofinare attraverso rotazione, all'indietro e in avanti con le dita della mano destra sul palmo sinistro e viceversa

Risciacquare le mani con acqua

Asciugare le mani con una salviettina monouso



Usare la salviettina per chiudere il rubinetto

Le mani ora sono pulite

È molto importante lavarsi le mani nelle seguenti occasioni:

- dopo ogni contatto con materiale che potrebbe essere sporco o inquinato
- dopo aver starnutito, tossito o usato i servizi igienici
- al momento di venire in contatto con i cibi e di mangiare
- quando si effettua un atto medico come applicare una medicazione o fare un'iniezione, oppure quando si porge una compressa

È anche importante curare le unghie e tenerle sempre abbastanza corte.

Oltre al lavaggio delle mani, esistono altre semplici regole, riguardanti tanto i comportamenti personali quanto la cura degli ambienti, fondamentali per evitare di trasmettere o di essere contagiati:

- coprire la bocca e il naso con un fazzoletto di carta quando si tossisce o si starnutisce e gettare il fazzoletto nella spazzatura
- evitare lo scambio di oggetti personali come pinzette, spazzolini, forbicine, rasoi monouso, ecc.
- non toccare gli occhi e la bocca con le mani non pulite

Per quanto riguarda l'igiene degli ambienti:

- aprire spesso la finestra per far circolare l'aria
- abiti, biancheria, lenzuola e simili devono essere cambiati con regolarità
- gli ambienti devono essere puliti regolarmente
- i servizi igienici e le docce devono essere puliti almeno settimanalmente
- assicurarsi che gli strumenti e i residui delle attività sanitarie, come siringhe usate, bende e garze siano rimossi regolarmente e smaltiti in appositi contenitori

Attenzione: attraverso visite ispettive periodiche, le ASL sono tenute a verificare la salubrità degli ambienti di vita e l'igiene degli alimenti, mentre è compito dell'Amministrazione Penitenziaria provvedere al mantenimento degli standard igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente. (Ministero della galute, Ministero della giustizia, 2008).

ALIMENTAZIONE

Per funzionare correttamente, il corpo umano ha bisogno dell'energia e dei nutrienti che provengono dagli alimenti. Ogni alimento è come un mosaico composto da tanti nutrienti, ognuno dei quali svolge delle funzioni ben precise nell'organismo: quando mangiamo, le diverse sostanze nutritive contenute nel cibo vengono separate e utilizzate attraverso il processo digestivo. Quando gli apporti di energia e nutrienti non soddisfano il fabbisogno dell'individuo, si parla di **malnutrizione**. In generale, non esistono alimenti del tutto buoni o completamente cattivi, è importante mangiare un po' di tutto, nelle giuste proporzioni. Per ricevere tutti i nutrienti dei quali abbiamo bisogno, è importante variare il più possibile gli alimenti.

Tab. 2.1 - I nutrienti

Carboidrati (o zuccheri)	Esistono zuccheri semplici, come quello che viene aggiunto al caffè, e zuccheri complessi, contenuti in cibi come pane, pasta, cous cous, patate, ecc. L'energia fornita dagli zuccheri complessi è disponibile più a lungo: per questo, è bene consumare soprattutto zuccheri complessi.
Proteine	Svolgono diverse funzioni, come quella fondamentale della crescita. Sono presenti soprattutto nei prodotti di origine animale come carne, pesce e uova e nei legumi come lenticchie, ceci e fagioli.
Lipidi (o grassi)	La loro principale funzione è di costituire una riserva energetica. Alimenti ricchi di lipidi sono, per esempio, il latte e i suoi derivati.
Vitamine	Ogni vitamina svolge un'azione specifica e indispensabile, è quindi necessario assumerle quotidianamente variando il più possibile gli alimenti.
Sali minerali	Svolgono importanti funzioni di regolazione dei processi vitali. Sia le vitamine che i sali minerali si trovano in tutti gli alimenti, soprattutto nella frutta e nella verdura.

Intolleranza al latte: per digerire e assimilare il lattosio, cioè lo zucchero presente nel latte di originale animale, l'organismo ha bisogno di un enzima specifico, chiamato *lattasi intestinale*. In mancanza di questo enzima, si diventa intolleranti al lattosio. Tra le persone che provengono da Medio Oriente, India, alcune zone dell'Africa ma anche dai Paesi del Mediterraneo sono comuni i casi di carenza della lattasi. La conseguenza è che il latte è un alimento poco diffuso nella dieta di alcune di queste popolazioni.

L'alcol
In molte tradizioni alimentari sono presenti bevande alcoliche. L'alcol è una sostanza estranea all'organismo che la riconosce come tossica. Il corpo umano è in grado di sopportare questa sostanza senza gravi danni solo se il consumo è moderato.
In caso di abuso, l'alcol aumenta il rischio di malattia e di morte.
Il consumo di alcol è fortemente sconsigliato se si fa uso di farmaci, perché potrebbe causare effetti indesiderati rispetto alla salute e/o all'efficacia del farmaco stesso.

Il fumo provoca diverse conseguenze anche gravi per la salute, come bronchiti croniche, tumori, maggiore tendenza alle infezioni e danni ad altri organi.
Ciò è provocato sia dal fumo attivo sia da quello passivo: il fumo passivo ha, sulle persone non fumatrici, comunque effetti di una certa gravità. Tali effetti aumentano in ambienti chiusi come gli Istituti di pena.

Sul totale dell'energia giornaliera fornita dall'alimentazione, i carboidrati dovrebbero costituire più della metà (60%), i lipidi il 25% e le proteine il 15%. Nel caso in cui sia necessario perdere peso, si deve ridurre l'energia totale ma è comunque importante rispettare le proporzioni dei tre nutrienti.
In generale, bisognerebbe cercare di consumare molta frutta e verdura, mangiare cereali come pane e pasta e limitare il consumo di grassi, di dolci e soprattutto di alcol.

L'acqua è un elemento fondamentale dell'alimentazione: bevila spesso, anche prima di sentire lo stimolo della sete.

Una dieta scorretta mette a serio rischio la tua salute e può portare allo sviluppo di alcune malattie, per esempio:

- eccesso di lipidi: aterosclerosi, malattie del cuore, diabete
- eccesso di zuccheri: diabete, malattie dentali
- eccesso di sale: ipertensione (pressione alta), malattie cerebro-vascolari
- carenza di fibre: tumori
- eccesso di alcol: cirrosi epatica, tumori del fegato

Un'alimentazione corretta dovrebbe far parte di uno stile di vita sano, che preveda anche una regolare attività fisica. In carcere, dove il movimento è normalmente limitato, è molto importante non dimenticare questo aspetto della prevenzione: trovare il modo di dedicare un po' di tempo a qualche semplice esercizio fisico non solo contribuirà al mantenimento di un buono stato di salute, ma potrebbe diventare anche uno stimolante appuntamento quotidiano che aiuterà a sentirsi meglio. È importante dunque approfittare dei momenti di socialità e delle attività sportive e ricreative proposte e presenti all'interno dell'Istituto.

- riduci l'uso di sale
- consuma molta frutta e verdura
- tieni sotto controllo il peso
- fai attenzione all'igiene degli alimenti e alla loro conservazione
- bevi molta acqua
- evita le bevande zuccherate
- fai attività fisica ogni volta che ne hai l'occasione
- lavati sempre le mani prima di toccare gli alimenti
- evita di mangiare alimenti crudi o poco cotti, di origine animale
- riduci il consumo di alcolici ed evitali completamente se assumi farmaci

IGIENE DEGLI ALIMENTI

Oltre a seguire un'alimentazione corretta, è necessario adottare alcune semplici regole per evitare la contaminazione dei cibi e gli effetti dannosi per la salute che verranno descritti nella sezione successiva:

- fare attenzione alla pulizia degli alimenti, degli oggetti e delle superfici che vengono a contatto con i cibi
- lavare accuratamente le mani prima di toccare gli alimenti e non asciugarle sui vestiti o con panni utilizzati più volte
- consumare solo latte conservato adeguatamente in frigorifero e fare attenzione ai latticini, che devono avere un aspetto omogeneo e non emanare cattivo odore
- non consumare mai le uova se il guscio è rotto, queste devono essere conservate in un ambiente fresco e asciutto
- controllare le date di scadenza
- conservare i cibi in luoghi non raggiungibili da animali e insetti
- tenere sempre separati gli alimenti crudi da quelli cotti
- fare attenzione ai cibi in barattolo, se il tappo risulta gonfio prima dell'apertura non vanno consumati
- bere solo acqua e bevande sicure
- sbucciare la frutta o lavarla accuratamente prima della consumazione
- se non si consumano subito, i cibi appena cotti vanno conservati in frigorifero

2.2 Infettivologia e dermatologia

Può capitare di preoccuparsi che le persone con le quali si condivide la cella abbiano una malattia trasmissibile e di voler conoscere il loro stato di salute: ricorda, però, che la legge tutela il diritto a mantenere segreto il proprio stato di salute.
Per combattere la paura del contagio, basterà seguire attentamente i comportamenti consigliati in questa sezione.

Le malattie infettive si sviluppano quando un germe entra nell'organismo e si riproduce provocando danni alla salute. I germi responsabili delle malattie infettive sono chiamati **agenti di malattia** e possono essere di diversi tipi (virus, batteri, funghi, parassiti).
Le malattie infettive, normalmente, possono essere trasmesse da un

individuo all'altro attraverso due principali modalità: **diretta**, cioè attraverso rapporti sessuali, contatti diretti con la pelle, ecc., o **indiretta**, quando i germi restano nell'ambiente e raggiungono il soggetto indirettamente, trasportati da veicoli o vettori come cibi e acqua contaminati, strumenti utilizzati per i tatuaggi, abiti, siringhe infette. Raggiunto l'individuo, i germi possono penetrare nell'organismo attraverso specifiche vie d'ingresso, che cambiano a seconda della malattia.

- La **trasmissione attraverso l'aria** avviene mediante piccolissime goccioline emesse con la respirazione, la tosse o gli starnuti. Queste goccioline restano per un breve tempo nell'aria circostante e possono venire inalate. Esempi di malattie trasmesse in questo modo sono le meningiti, le polmoniti, la tubercolosi polmonare e la più comune influenza.
- La **trasmissione per via sessuale e quella per via parenterale** avvengono tramite il contatto con i liquidi biologici e/o il sangue e derivati di persone infette. Entrambe sono modalità di trasmissione di malattie come le epatiti B e C e l'infezione da HIV.
- La **trasmissione attraverso la cute** avviene a seguito di un contatto diretto e prolungato con una persona infetta. Questa è la modalità di trasmissione di alcune malattie dermatologiche contagiose come la scabbia e la pediculosi che sono molto comuni nelle comunità chiuse.
- La **trasmissione oro-fecale** avviene quando i germi presenti nell'intestino, emessi con le feci, vengono in contatto con l'apparato digerente di un'altra persona. Il contatto può avvenire anche attraverso le mani non correttamente lavate. Esempi di malattie a trasmissione oro-fecale sono l'epatite A, il tifo, la poliomielite e il colera.
- Alcune malattie possono essere **trasmesse attraverso animali** come topi, roditori e insetti come mosche, zanzare e talvolta zecche.
- Anche le malattie di **origine alimentare** rappresentano una minaccia per la salute, particolarmente in comunità chiuse come gli Istituti di pena. Queste causano intossicazioni e tossinfezioni alimentari.

INFEZIONI A TRASMISSIONE SESSUALE

Esiste un gruppo di infezioni chiamate sessualmente trasmissibili perché hanno la caratteristica di essere trasmesse soprattutto attraverso le attività sessuali, che comportano il contatto diretto e lo scambio di liquidi organici. I rapporti sessuali a rischio di trasmissione non sono soltanto i rapporti vaginali ma anche quelli anali e orali, con conseguenze anche a livello anale e oro-faringeo. È importante poi ricordare che alcune di queste infezioni si trasmettono anche tramite il **contatto con il sangue**.

I sintomi principali che possono far pensare a un possibile contagio sono descritti di seguito.

Nell'uomo:

- perdita di liquido dal pene
- bruciore al momento di urinare
- prurito al glande
- dolore e gonfiore dei testicoli
- gonfiori, verruche, vescicolette, rossori o prurito ai genitali
- dolore o perdite dall'ano
- ingrossamento delle ghiandole inguinali
- macchie sulla pelle o colorito giallastro

Nella donna:

- perdita di liquido vaginale di colore, quantità e odore insoliti
- prurito, vescicolette, verruche, gonfiori ai genitali
- dolore o bruciore al momento di urinare o durante i rapporti sessuali
- emorragie lontane dal periodo mestruale, mestruazioni irregolari
- dolori al basso addome
- dolore o perdita di liquido dall'ano
- ingrossamento delle ghiandole inguinali
- macchie sulla pelle o colorito giallastro

Se si avverte uno di questi sintomi, è importante rivolgersi subito al medico ed evitare i contatti sessuali.

Un'infezione diventa malattia quando si manifestano i sintomi, cioè quando le difese dell'organismo non riescono più a contrastare l'agente della malattia. A volte, il sistema immunitario riesce a bloccare o a rallentare l'evolversi dell'infezione e, di conseguenza, i sintomi sono scarsi o assenti e difficilmente riconoscibili; in altri casi, i sintomi appaiono dopo molto tempo dal momento del contagio. In tali situazioni è comunque possibile trasmettere l'infezione al partner sessuale. Per questo motivo il trattamento di queste infezioni prevede anche la cura del o dei partner sessuali.

Cosa puoi fare per evitare le infezioni sessualmente trasmissibili:

- usa sempre il preservativo durante tutti i rapporti sessuali (vaginali, anali e orali)
- se pensi di aver avuto un comportamento a rischio, parlane subito con il medico e sottoponiti ai test, è la migliore protezione per te e per gli altri
- se sai di avere un'infezione, informa il tuo partner sessuale
- evita sempre il contatto diretto con il sangue e usa guanti protettivi in caso di contatto
- usa sempre e solo siringhe sterili e monouso
- assicurati che gli strumenti utilizzati per i tatuaggi siano monouso o sterilizzati
- evita di scambiare oggetti personali come rasoi, forbicine, spazzolini, ecc.
- molte infezioni possono trasmettersi durante la gravidanza, il parto e l'allattamento: sottoponiti ai test per tutelare la tua salute e quella del tuo bambino.

Il preservativo è in grado di prevenire le infezioni sessualmente trasmissibili. Esistono preservativi maschili e femminili: si applicano sul pene o nella vagina ed evitano l'ingresso dello sperma nella vagina o nel canale anale:

- usa sempre il preservativo nei rapporti genitali, anali e orali, in particolare nei rapporti occasionali
- indossalo sempre prima di qualsiasi contatto con i genitali o le mucose del partner
- non usare mai due preservativi insieme, possono rompersi più facilmente
- non riutilizzare mai lo stesso preservativo
- usa lubrificanti a base di acqua o preservativi lubrificati, specialmente nei casi di secchezza vaginale o sesso anale
- utilizza solo lubrificanti a base d'acqua
- conserva i preservativi dove non possono essere danneggiati, lontano da fonti di calore e mai dove possono essere schiacciati o piegati
- quando apri la bustina fai attenzione a non danneggiare il profilattico con le unghie o con oggetti appuntiti
- utilizza profilattici di latex o di poliuretano
- controlla che la confezione non sia danneggiata e rispetta la data di scadenza: se i preservativi sono scaduti, il rischio che si rompano è maggiore
- non srotolare mai il preservativo maschile prima di indossarlo, potrebbe rimanere dell'aria nel serbatoio che lo farebbe rompere

Non aver paura di sottoporti ai test: sapere il prima possibile di avere un'infezione sessualmente trasmessa ti aiuterà a evitare che l'infezione evolva, portando a conseguenze anche molto gravi, per te e per gli altri.

INFEZIONE DA HIV/AIDS

L'HIV, il virus dell'immunodeficienza umana, penetra nel corpo attraverso il contatto diretto con il sangue o altri fluidi corporei, come sperma e secrezioni vaginali, di una persona che ha l'infezione. Una persona infetta da HIV è definita sieropositiva.

Le principali modalità di trasmissione dell'HIV sono i rapporti sessuali non protetti dal preservativo, lo scambio di siringhe, il contatto con aghi e oggetti taglienti infetti, la trasmissione dalla madre al bambino durante la gravidanza, il parto o l'allattamento. Il virus distrugge il sistema immunitario, cioè le difese dell'organismo contro le infezioni e le malattie. Dopo pochi giorni dal contagio, l'infezione può non dare alcun disturbo o manifestarsi, ad esempio, con mal di gola, febbre, lesioni sulla pelle, ghiandole, fegato e milza ingrossati, mal di testa, stanchezza, dolori ai muscoli e alle articolazioni o, più raramente, con vomito, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso ecc. Dopo circa due settimane inizia la fase di infezione cronica, durante la quale non si avverte alcun disturbo. Se l'infezione non viene diagnosticata e curata, si sviluppa, con gli anni, l'AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita).
L'AIDS si manifesta con la comparsa, dopo diversi anni dall'infezione non curata, di infezioni e malattie, causate dalla distruzione del sistema immunitario da parte dell'HIV, che possono portare alla morte.
Non è possibile eliminare l'HIV dall'organismo ma si può evitare lo sviluppo dell'AIDS assumendo la terapia antiretrovirale, che migliora le condizioni di salute delle persone sieropositive e aumenta la loro speranza di vita perché previene la moltiplicazione del virus e ulteriori danni al sistema immunitario. I farmaci vanno presi ogni giorno per tutta la vita e alcuni di essi comportano fastidiosi effetti collaterali.
Se si è avuto un comportamento a rischio per l'infezione da HIV, la prima cosa da fare è sottoporsi al test.

L'infezione da HIV è sicuramente molto temuta, ma è importante sapere che **non** si trasmette:

- se usi il preservativo durante i rapporti orali, vaginali e anali
- se usi lo stesso bicchiere, piatto, letto e bagno di una persona sieropositiva
- attraverso saliva, morsi, graffi, lacrime, sudore, muco, urina e feci
- attraverso strette di mano, abbracci e baci
- con gli starnuti e i colpi di tosse
- con le punture di zanzara o altri insetti
- utilizzando bagni, docce e palestre frequentati da persone sieropositive

IL TEST PER L'HIV

Se il test è NEGATIVO:

- NON sono stati trovati anticorpi per l'HIV
- ricorda il periodo finestra: un'infezione contratta fino a sei mesi prima potrebbe non risultare nel test

Se il test è POSITIVO:

- sono stati trovati anticorpi per l'HIV, quindi potresti aver contratto l'infezione
- dovrai fare un test di conferma

La Legge 135/90 stabilisce che "solo la persona interessata, che viene informata direttamente dal medico, può conoscere il proprio stato di sieropositività", tutto il personale (medici, tecnici di laboratorio, infermieri, assistenti sociali, psicologi, personale amministrativo) è tenuto a mantenere il segreto professionale, ossia a non riferire a nessuno, se non previo consenso, informazioni cliniche del paziente.

In Italia è possibile effettuare il test in maniera gratuita e anonima. Il test si effettua normalmente con un prelievo di sangue che viene analizzato in laboratorio per rilevare la presenza di anticorpi contro il virus. Gli anticorpi impiegano da 3 settimane a 6 mesi per svilupparsi nel sangue: puoi quindi fare il test dopo 3 settimane dal possibile rischio di infezione e ripeterlo dopo tre e sei mesi. Durante questo periodo, chiamato **periodo finestra**, è importante usare delle precauzioni: il test, infatti, non ti protegge e potresti infettare gli altri.

Se il risultato del test è positivo, viene effettuato un test di conferma.

EPATITI VIRALI

Le epatiti sono causate da virus che provocano un'infiammazione del fegato. I più comuni virus dell'epatite sono A, B, C, D ed E. Le epatiti virali possono causare sintomi come ittero, cioè colore giallo della pelle e delle mucose, stanchezza, dolori, febbre, nausea e malessere grave.

L'**epatite A**, che si può trasmettere tramite acqua e alimenti contaminati, rapporti sessuali non protetti dal preservativo o attraverso lo scambio di siringhe, è pericolosa se presa in età adulta, perché può provocare danni gravi al fegato in tempi molto rapidi con necessità di cure ospedaliere.

L'**epatite B** si trasmette attraverso il contatto con il sangue o le lesioni della pelle, attraverso i rapporti sessuali che causano traumi alle mucose e dalla madre al bambino durante la gravidanza e l'allattamento. Le persone infette che non presentano sintomi possono comunque contagiare gli altri.

L'**epatite C** si trasmette attraverso il contatto con sangue e altri fluidi corporei, i rapporti sessuali non protetti da preservativo e dalla madre al figlio durante la gravidanza e il parto. La via di trasmissione più diffusa è sicuramente lo scambio di siringhe usate e l'utilizzo di strumenti non sterili per l'effettuazione di piercing e tatuaggi.

Alcuni consigli utili:

- sottoponiti alla vaccinazione, è il mezzo di prevenzione più efficace
- non scambiare mai spazzolini da denti, forbicine, pettini e rasoi con altre persone
- usa solo aghi monouso
- assicurati che gli strumenti usati per tatuaggi e piercing siano sterili o monouso
- usa sempre il preservativo nei rapporti sessuali di ogni tipo
- copri possibili tagli e ferite
- eventuali gocce di sangue su oggetti e superfici vanno pulite con detergenti forti o varechina

Esistono vaccini per le epatiti A e B e farmaci contro le epatiti B e C. Le epatiti B e C possono guarire spontaneamente o diventare croniche portando alla cirrosi, cioè a modificazioni nella forma e nella funzione del fegato, o a tumore anche dopo 20 o 30 anni dall'infezione.

LA TUBERCOLOSI

La tubercolosi è una malattia infettiva causata da un batterio che colpisce soprattutto i polmoni, ma che può interessare anche altri organi. La tubercolosi polmonare provoca sintomi come tosse per più di tre settimane, febbre, sudorazione durante la notte, perdita di peso, stanchezza e affaticamento.

La trasmissione avviene generalmente per via aerea, attraverso contatti prolungati o frequenti con persone affette da tubercolosi polmonare attiva non curata. Queste persone emettono, con la tosse o gli starnuti, piccole goccioline di saliva che possono contenere l'agente della malattia.

Norme comportamentali contro la tubercolosi:

- quando possibile, arieggia gli ambienti di vita
- se hai avuto contatti con una persona affetta da tubercolosi polmonare, rivolgiti subito al medico
- sottoponiti ai programmi di screening per la tubercolosi quando ti vengono proposti
- rivolgiti al medico in caso di sintomi come tosse (con o senza escreato striato di sangue), febbricola, dimagrimento e sudorazione notturna
- rispetta le norme di isolamento respiratorio per te e per gli altri quando viene indicato
- assumi la terapia correttamente, tutti i giorni, come indicato dal medico per guarire dalla malattia

È importante ricordare che non tutti coloro che entrano in contatto con il batterio sviluppano la malattia.

INFEZIONI TRASMESSE DAGLI ALIMENTI

Come descritto nella sezione precedente, alcune malattie, come le intossicazioni e tossinfezioni alimentari, possono essere trasmesse dagli alimenti. Anche se a volte la presenza di microrganismi pericolosi nei cibi non è evidente, in molti casi ognuno può contribuire a garantire la sicurezza degli alimenti anche semplicemente attraverso l'osservazione, considerando l'apparenza generale, il colore, la consistenza e l'odore e non avendo mai timore di segnalare un alimento scaduto o deteriorato.

Lo schema seguente mostra l'importanza dell'igiene personale per la prevenzione di infezioni trasmesse dagli alimenti.

Tab. 2.2 - Prevenzione delle infezioni alimentari

Dove sono i batteri	Come arrivano sugli alimenti
Naso-bocca	· con gli starnuti · con la tosse · parlando · leccandosi le dita · fumando · soffiandosi il naso · utilizzando lo stesso cucchiaio per la preparazione e l'assaggio
Mani	· quando sono sporche · quando sono venute a contatto con alimenti o oggetti contaminati · quando ci sono ferite o lesioni scoperte
Abbigliamento	· quando si toccano abiti sporchi o contaminati prima di toccare il cibo

L'OMS ha stabilito dieci regole base per la prevenzione delle malattie trasmesse dagli alimenti:

1) scegliere prodotti trattati in modo da diventare innocui (es. latte pastorizzato)
2) cuocere bene i cibi, in modo che tutte le parti, anche le più interne, raggiungano una temperatura di almeno 70°C
3) consumare gli alimenti subito dopo la cottura
4) gli alimenti cotti, se non vengono consumati subito, vanno conservati in frigorifero; se il cibo deve essere conservato per lungo tempo è preferibile surgelarlo
5) i cibi precedentemente cotti vanno riscaldati rapidamente e ad alta temperatura prima del consumo
6) evitare ogni contatto fra cibi crudi e cotti
7) curare particolarmente l'igiene delle mani prima di toccare gli alimenti
8) fare in modo che tutte le superfici e gli oggetti che vengono in contatto con il cibo siano accuratamente puliti
9) proteggere gli alimenti dagli insetti, dai roditori e dagli altri animali
10) utilizzare solo acqua potabile

Il mancato rispetto delle norme igieniche descritte può portare allo sviluppo e alla trasmissione di microorganismi che causano malattie infettive trasmesse da alimenti.

LE GASTROENTERITI

Il cambiamento delle abitudini alimentari e dello stile di vita, le difficili condizioni spesso fonte di stress, il possibile scarso consumo di verdura e frutta fresca e la dieta che, soprattutto nei migranti, può essere molto diversa da quella alla quale si è abituati, causano molto frequentemente disturbi come bruciore e irregolarità intestinale.

Lava sempre bene le mani prima di toccare gli alimenti, in particolare:

- se hai toccato animali o oggetti sporchi
- se hai usato i servizi igienici
- se hai frequentato gli ambienti comuni
- se hai starnutito, tossito o ti sei soffiato il naso

Non asciugare mai le mani su abiti o panni utilizzati più volte.

Nella maggior parte dei casi, questi disturbi possono essere risolti seguendo sane abitudini alimentari e comportamentali. Se invece i sintomi durano molto tempo o sono gravi, è necessario rivolgersi al medico e seguire le indicazioni e il trattamento suggeriti. Infatti, questi sintomi potrebbero essere dovuti a una gastroenterite infettiva, cioè un'infezione dello stomaco o dell'intestino dovuta a virus, batteri o parassiti, che si manifesta con sintomi come scarso appetito, dolore addominale, vomito e diarrea. Le gastroenteriti infettive di solito non sono gravi e guariscono in breve tempo.

INFEZIONI DERMATOLOGICHE

La cute, l'involucro del nostro corpo, costituisce un organo che ha una sua vita propria e che è capace di mettere in relazione il nostro organismo con il mondo esterno. Molto spesso, la pelle è lo specchio di ciò che succede all'interno del corpo, tanto che alcune malattie interne possono essere sospettate soltanto in base a ciò che si vede sulla cute.

Per questa ragione, mantenere la pelle in buona salute non significa soltanto occuparsi di quest'organo ma anche salvaguardare la salute degli organi interni. Infatti, una delle sue principali funzioni è proprio quella di difesa e di protezione contro stimoli di varia natura (colpi, frizioni, traumi in genere) tanto che, nelle zone più sottoposte a questi fenomeni, si ispessisce e forma le callosità.

Nella pelle scura in particolarmente, il colorito cutaneo difende dall'azione dannosa del sole, in quanto la melanina, responsabile del colore della cute, assorbe e respinge i raggi solari.

Un'altra importante funzione è quella del mantenimento della temperatura cutanea, grazie ai vasi sanguigni che si dilatano o si restringono in risposta agli stimoli esterni e alle ghiandole sudoripare che secernono il sudore. La cute ci difende poi dai microbi, in quanto il sebo e l'acidità cutanea combattono contro virus, funghi e batteri.

Di conseguenza, mantenere la cute in buone condizioni significa difendersi dall'attacco delle malattie infettive cutanee, parassitarie e non.

SCABBIA

La scabbia è una malattia contagiosa che colpisce la pelle. È provocata da un acaro invisibile a occhio nudo che scava dei

Per guarire ed evitare la diffusione delle parassitosi è importante applicare alcune misure igieniche: segui le indicazioni che ti verranno proposte dal medico.

tunnel, denominati proprio "cunicoli", all'interno della cute, dove depone le sue uova e dalle quali, dopo alcuni giorni, si sviluppano i parassiti adulti.
La trasmissione avviene attraverso il contatto intimo con la pelle di una persona malata e, molto più raramente, attraverso l'uso di indumenti contaminati o altri metodi indiretti.
Il sintomo principale, che compare da due a sei settimane dopo l'infezione, è un prurito intenso e generalizzato che peggiora di notte e con il calore e può causare insonnia e stati di ansia.
Sulla pelle si formano delle piccole chiazze rosse in rilievo, vescicole e lesioni che corrispondono ai cunicoli scavati dall'acaro. Le zone più frequentemente colpite sono gli spazi fra le dita delle mani e dei piedi, i polsi, i gomiti, le ascelle, la zona sotto il seno, l'addome, i genitali maschili e le natiche.
La scabbia non è una malattia grave, ma non guarisce se non è curata. La terapia consiste nell'applicazione sulla pelle di farmaci antiparassitari.
Se avverti un prurito insopportabile, specialmente notturno, rivolgiti al medico.

PEDICULOSI

Le pediculosi sono delle infestazioni della pelle causate dai cosiddetti *pidocchi*. Si distinguono tre tipi di pediculosi:

- la **pediculosi del corpo** che causa un prurito diffuso. Il pidocchio si attacca ai vestiti e alla biancheria e da qui si sporge per pungere e succhiare il sangue dell'ospite. La pediculosi del corpo causa la comparsa di bolle simili a quelle da puntura di zanzara e prurito solo nei primi tempi. A lungo andare, la pelle si ispessisce e assume un colore più scuro. Le lesioni si localizzano prevalentemente sul dorso, le spalle e i fianchi. Quando il prurito è molto intenso e ci si gratta, questo può provocare le cosiddette *lesioni secondarie*, che corrispondono a graffi. I parassiti e le loro uova sono presenti sui vestiti, in particolare lungo le cuciture degli abiti, e sono visibili a occhio nudo. Con il lavaggio ad alte

temperature di tutti gli indumenti, inclusa la biancheria intima, si eliminano sia le uova che i pidocchi. Nel contempo, la persona deve essere trattata per un solo giorno con un prodotto da applicare su tutto il corpo.

- La **pediculosi del capo** è l'infestazione dei capelli e del cuoio capelluto da parte del pidocchio della testa. La manifestazione principale è un intenso prurito sul cuoio capelluto in seguito al quale possono prodursi, quando ci si gratta, lesioni, croste e infezioni, che possono estendersi ad altre regioni della testa. Alla radice del capello si possono vedere le uova del pidocchio, dette *lendini*, che è possibile toglier via con un pettine a denti stretti. I pidocchi del capo vengono eliminati mediante l'utilizzo di lozioni specifiche da applicare sul cuoio capelluto e di shampoo per il lavaggio dei capelli.
- La **pediculosi del pube** è un'infestazione che può localizzarsi in tutte le zone corporee ricoperte da peli (maggiormente al pube), dovuta al pidocchio comunemente detto *piattola*. Il pidocchio, visibile a occhio nudo, si posiziona in aree non troppo fitte di peli e piuttosto umide. È poco mobile e diventa attivo soprattutto di notte. La trasmissione della malattia avviene quasi sempre a seguito di uno stretto contatto fisico. Sugli indumenti intimi si osservano macchioline puntiformi color ruggine (feci del pidocchio) o rosse (sangue). Dopo un lavaggio della zona pubica con una soluzione di acqua e aceto, le uova si possono eliminare facilmente con un pettine a denti stretti. La terapia vera e propria si basa sull'uso di shampoo e polveri, e in questo caso la rasatura dei peli non è necessaria.

2.3 La salute mentale

I bisogni delle persone sottoposte a regime di detenzione e le loro difficoltà devono potersi trasformare in domande di aiuto, di sostegno, di chiarificazione, perché il carcere non deve rispondere soltanto allo scontare una pena, ma deve poter aiutare la persona e prendersi carico di quelle ferite più profonde che in carcere fanno ancora più male e che non

corrispondono soltanto a dolori nel corpo. Il carcere deve essere, dunque, anche un luogo di ascolto competente e di contenimento rispetto alla diversa modalità di esprimere il disagio e chiedere aiuto, per rinforzare ogni aspetto sano della persona.
Atti di autolesionismo, tentativi di suicidio, gravi episodi depressivi o psicotici, dipendenza da sostanze, sono manifestazioni fin troppo frequenti di un grave malessere che trae motivo dalla mancanza di riferimenti e dallo smarrimento nella condizione di privazione della libertà personale. La mancanza di figure affettive significative, di una famiglia che è lontana e con la quale i contatti sono sempre troppo pochi e difficili, di uno spazio di vita personale si sommano alle difficoltà nell'affrontare la vita di ogni giorno nella sua pesante monotonia, spesso anche l'iter processuale in corso, la carcerazione come spazi, regole e tempi decisi da altri. Questi elementi rappresentano un terreno fertile per dare voce a manifestazioni di malessere a volte anche molto importanti sul piano psichico.
Anche in carcere il diritto alla salute deve essere difeso da tutti, dalle persone detenute e da ogni altra persona che lavora e opera a contatto con i detenuti. Per questo chiedere aiuto in caso di difficoltà o disagio è un diritto ma anche una responsabilità.
Questo è ancora più importante nel caso delle persone che non sono nate e vissute in Italia, che si trovano a vivere in una condizione ancora più fragile e complessa, spesso anche nella impossibilità di comunicare ed esprimere a chi usa codici linguistici e culturali diversi, la propria difficoltà e il proprio malessere in carcere.

L'IMPORTANZA DI CHIEDERE AIUTO

Spesso è già molto complicato arrivare ad avere consapevolezza del bisogno, il passo successivo è trovare il modo di formulare una domanda d'aiuto senza prima farsi del male e senza dover intensificare il proprio malessere, perché la mancanza di libertà è già una condizione difficile da vivere.
Il disagio psichico, mentale e intellettuale vissuto in condizioni di restrizione della libertà è determinato da vari fattori. Nei detenuti stranieri, poi, la diversità etnica, linguistica e religiosa, le diversità climatiche, nonché lo sradicamento culturale, possono rappresentare condizioni di estrema criticità, insieme alla discriminazione nell'accesso e/o nell'utilizzo dei servizi socio-sanitari. I traumi legati all'ingresso in carcere e ad

altri fattori relativi alla natura del reato e della sentenza rendono il disagio ancora più forte. La mancanza del supporto psico-affettivo da parte dei familiari rende ancora più vulnerabili, così come la mancanza di movimento e di attività sociali e ricreative possono portare spesso a condizioni di isolamento e ad atti di violenza verso se stessi e verso gli altri.
Il disagio psichico, mentale e intellettuale vissuto in condizione di restrizione della libertà rappresenta un fattore estremamente importante che incide sulla salute mentale e quindi sullo stato di salute generale. Si può essere portati a commettere atti di violenza e di autolesionismo, con abbassamento del tono dell'umore, stati di ansia e depressione, e conseguente aumento del rischio di suicidi all'interno delle strutture carcerarie.
Il basso livello socio-economico, lo scarso livello d'istruzione e lo stato di precarietà occupazionale sono spesso co-responsabili dei reati che hanno portato alla reclusione. La privazione di risorse economiche può rappresentare essa stessa un fattore di rischio per la salute: le condizioni di estrema povertà, deprivazione economica e disagio sociale aumentano infatti il rischio di ammalarsi per diverse patologie. Studi recenti hanno dimostrato che maggiore è il livello socio-economico, minore è il rischio di ammalarsi.
Considerando che la detenzione è un periodo di particolare difficoltà e malessere, è importante saper riconoscere eventuali fattori di rischio di disagio che potrebbero essere prevenuti e attenuati attraverso la richiesta di sostegno alle figure preposte (medico, infermiere, educatore, psicologo, assistente sociale, personale di polizia penitenziaria, cappellano) in aggiunta all'adozione di buone norme di cura personale.
Ogni persona è fatta di un corpo, una mente e un mondo di affetti, relazioni e interessi che lo circondano e di cui fa parte. Porre attenzione al benessere in ciascuna di queste sfere è un'importante opera di prevenzione rispetto a situazioni e vissuti che possono creare disagio, anche grave.

Ti chiediamo di fare attenzione a come stai e alle possibili difficoltà che stai incontrando, rispondendo a due brevi questionari pensati per guidarti in una autovalutazione della tua condizione fisica e psicologica e dei fattori sociali che potrebbero compromettere la tua salute.

COME FARE UN *AUTO-SCREENING*

Per evidenziare eventuali rischi di disagio ti proponiamo la seguente

scheda di auto-valutazione:

Scheda 2.1 - Autovalutazione psicologica		
Scheda di auto-valutazione 1	**Sì**	**No**
1. Dormi meno di 6 ore o più di 13 ore al giorno?	☐	☐
2. Ultimamente hai molto meno appetito o, al contrario, molto più appetito del solito?	☐	☐
3. Sei dimagrito più di 7 Kg o, al contrario, ingrassato più di 7 Kg negli ultimi 4 mesi?	☐	☐
4. Nell'ultimo mese hai avuto episodi di tachicardia, sudorazione improvvisa o tremore?	☐	☐
5. Nell'ultimo mese hai avuto sensazioni di affanno o di soffocamento?	☐	☐
6. Ti senti stanco o senza energia quasi ogni giorno?	☐	☐
7. Ti sembra di avere minore capacità di pensare o di concentrarti rispetto al tuo solito?	☐	☐
8. Nell'ultimo mese hai avuto pensieri ricorrenti che ti hanno causato ansia o disagio marcati?	☐	☐
9. Nell'ultimo mese senti di essere particolarmente irritabile?		
10. Nell'ultimo mese ti senti triste o vuoto per la maggior parte del giorno quasi ogni giorno?	☐	☐
11. Nell'ultimo mese ti è capitato di agire in maniera più impulsiva del solito o di avere difficoltà a controllare la rabbia?	☐	☐
12. Hai paura del futuro?	☐	☐
13. Qualcuno dei tuoi familiari soffre di malattie fisiche o psichiche importanti?	☐	☐
14. Sei particolarmente preoccupato per la tua salute?	☐	☐
15. Pensi che qualcuno in questo momento potrebbe farti del male?	☐	☐

Elaborazione INMP su classi diagnostiche DSMIV

Se rispondi "Sì" ad almeno 4 domande, probabilmente stai attraversando un momento particolarmente delicato o difficile. Non si tratta necessariamente di una malattia, ma sintomi fisici, ansiosi o depressivi possono interferire con la tua salute fisica e psichica. Pertanto, potrebbe essere utile chiedere una consulenza al medico o un colloquio con una delle figure dell'area socio-educativa o psicologica. Ricorda che chiedere aiuto è importante per la tua salute.
In aggiunta alle precedenti, ti proponiamo 7 ulteriori domande:

Scheda di auto-valutazione 2	**Sì**	**No**
16. Recentemente hai avuto un lutto in famiglia?	☐	☐
17. Recentemente hai vissuto una separazione in famiglia?	☐	☐
18. Ci sono stati casi di suicidio nella tua famiglia?	☐	☐
19. Pensi che in questo momento non ci sia nessuno che ti sostiene?	☐	☐
20. Senti che in questo momento la tua famiglia non ti sia abbastanza vicino?	☐	☐
21. Pensi che la tua vita sia senza scopo?	☐	☐
22. Hai mai pensato di toglierti la vita come soluzione ai tuoi problemi?	☐	☐

In questo caso, se rispondi "Sì" anche a 1 sola domanda diventa fondamentale chiedere aiuto a uno specialista. È importante darsi la possibilità di stare meglio, soprattutto in un momento della vita già difficile.

3. LA PERCEZIONE DELLA SALUTE IN CARCERE

3.1 Introduzione e nota metodologica

In questo capitolo si introdurranno i risultati emersi dall'analisi quali-quantitativa svolta nell'ambito del progetto, che ha inteso raccogliere le percezioni e le opinioni, in tema di salute e di servizio sanitario, di una pluralità di attori del sistema penitenziario: la popolazione detenuta, gli agenti di polizia penitenziaria, gli operatori sanitari, i direttori e altro personale penitenziario (educatori, assistenti sociali, funzionari amministrativi, mediatori culturali, ecc.).

Lo strumento di indagine è costituito da un questionario in autosomministrazione, distribuito alle varie figure citate, in occasione dei seminari organizzati all'interno dei 12 Istituti penitenziari oggetto della ricerca. Occorre fin d'ora precisare che la traccia del questionario era piuttosto corposa (in media 85 domande) e tale fattore è stato probabilmente determinante nella difficoltà a completare la compilazione da parte di un certo numero di soggetti coinvolti (numerose lamentele sono peraltro pervenute in tal senso). La scelta di utilizzare uno strumento così lungo e complesso, tuttavia, è stata privilegiata in ragione della oggettiva difficoltà a realizzare ricerche empiriche di tale portata nel contesto penitenziario e quindi nell'intento di sfruttare appieno tale possibilità. A tal proposito un ringraziamento sentito va a tutti coloro che, con grande pazienza e spesso non poche difficoltà per via della complessità di alcune domande, hanno accettato di compilare i questionari.

L'oggetto dell'indagine, si è detto, è costituito dalle *percezioni* in merito all'offerta del servizio sanitario all'interno degli Istituti di pena, con particolare attenzione alle variabili di contesto (le strutture, le attività, ecc.) e agli indicatori di benessere/malessere personale. Una specifica attenzione è stata inoltre rivolta alle conoscenze e opinioni in merito alla riforma della sanità penitenziaria.

Alcune parti del questionario sono comuni a tutti i gruppi, in particolare quelle inerenti le caratteristiche socio-anagrafiche, la qualità della vita detentiva, i fattori di rischio per la salute,

l'informazione e l'educazione sanitaria, gli eventi critici e la riforma della sanità penitenziaria. Si tratta di tematiche su cui si presume che tutti gli attori coinvolti nella ricerca abbiano o possano avere informazioni ed opinioni. Alcune altre parti, invece, sono state indirizzate a singoli gruppi, perché l'intento era di raccogliere informazioni più specifiche. Alle persone detenute, per esempio, abbiamo chiesto indicazioni sulla loro posizione giuridica e penitenziaria. Una serie di domande per rilevare il livello di benessere personale sono invece state poste sia ai detenuti sia alla polizia penitenziaria. A quest'ultima abbiamo chiesto inoltre di descrivere le condizioni lavorative e di esprimere le proprie percezioni sull'ambiente di lavoro e sul suo impatto sulla vita privata. Per quanto riguarda le tematiche più strettamente sanitarie, alla popolazione detenuta abbiamo chiesto di esprimersi sul trattamento sanitario ricevuto, sia al momento dell'ingresso che durante la detenzione; allo staff sanitario abbiamo chiesto invece di descrivere più dettagliatamente i servizi sanitari presenti in Istituto (le strutture, le visite mediche interne ed esterne, i ricoveri, la disponibilità e l'utilizzo dei farmaci, ecc.). Sia agli operatori sanitari che a quelli penitenziari, infine, abbiamo posto una serie di domande sulle problematiche sanitarie specifiche della popolazione detenuta straniera.

Alcune delle domande sono più di carattere descrittivo (sulle procedure e sulle strutture per esempio), altre hanno inteso invece raccogliere le percezioni e in molti casi hanno assunto la forma di scale di valore. In tal senso il principale modello di riferimento è, come vedremo, il *Prison Social Climate Survey*, consolidato da tempo nel campo della ricerca empirica statunitense.

La parte qualitativa della ricerca è costituita invece dalla raccolta e analisi di una serie di *commenti liberi* lasciati in nota al questionario. In tal senso occorre sottolineare il generale impegno da parte di un gran numero di detenuti coinvolti nella ricerca ad arricchire la compilazione dei questionari con annotazioni in forma libera (che hanno assunto, di volta in volta, la forma di critiche, ringraziamenti, descrizioni della vita detenti-

va o di problemi sanitari, richieste varie, ecc.). Tale dato, di per sé, rappresenta in maniera lampante il grande bisogno comunicativo di persone che hanno scarse occasioni di esprimere i propri bisogni in tema di salute (ma non solo, come vedremo), sia al personale penitenziario/sanitario, che a soggetti esterni.
In questa sede ci concentreremo sui dati emersi da tre attori in particolare: la popolazione detenuta, gli agenti di polizia penitenziaria e lo staff sanitario. Tale scelta è determinata dalla consistenza numerica rappresentata dai questionari raccolti tra questi gruppi, come si può vedere dalla tabella di sintesi riportata qui sotto.
I questionari rivolti alla popolazione detenuta, in particolare,

Tab. 3.1 - Questionari somministrati

	Detenuti	Operatori sanitari	Polizia penitenziaria	Direttori	Altri operatori	TOT.
Bari	66	14	10	1	-	91
Bologna	58	18	5	-	-	81
Cagliari	86	10	3	1	4	104
Catanzaro	43	19	11	1	4	78
Firenze	136	7	10	1	-	154
Milano	83	11	18	1	8	121
Padova	74	7	26	1	-	108
Palermo	64	13	14	1	-	92
Roma	48	21	16	1	1	87
Santa Maria Capua Vetere	68	46	19	1	1	135
Teramo	33	15	18	1	4	71
Torino	74	8	19	1	4	106
TOTALE	**833**	**189**	**169**	**11**	**26**	**1228**

sono stati tradotti in varie lingue, per poter facilitare l'accesso a chi si trovasse a maneggiare la lingua italiana con meno destrezza. Degli 833 raccolti, 625 sono quelli compilati in italiano, 87 in inglese, 27 in francese, 58 in arabo e 36 in albanese.

3.2 Percezioni e opinioni della popolazione detenuta

1 - IL CAMPIONE: CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE

La somministrazione dei questionari ha coinvolto un campione di persone detenute formato prevalentemente da uomini (88,7%) e da stranieri (59,2%), per la maggior parte di età compresa tra i 26 e i 45 anni (cfr. tab. 3.3). Se quest'ultimo dato rispecchia abbastanza la media dell'intera popolazione detenuta, le donne e gli stranieri risultano "sovrarappresentati"[1]. Tale scelta è stata determinata dall'intento progettuale di analizzare in particolar modo l'accesso al servizio sanitario da parte della popolazione straniera, oltre che di poter avere un campione significativo di donne per formulare eventuali considerazioni di genere (che verranno di seguito specificate laddove emerse in maniera significativa).

Tab. 3.2 - Genere e nazionalità

		Nazionalità		Totale
		Italiano	Straniero	
Genere	Maschio	299	426	725
	Femmina	34	58	92
Totale		**333**	**484**	**817**

Per quanto riguarda le fasce di età, gli stranieri risultano significativamente più giovani: oltre la metà (63,4%) ha meno di 35 anni, contro il 33,1% degli italiani.

Tab. 3.3 - Età

		Nazionalità		Totale
		Italiano	Straniero	
Età	Da 18 a 25	6,1%	16,7%	12,2%
	Da 26 a 35	27,0%	46,7%	38,4%
	Da 36 a 45	35,1%	29,2%	31,7
	Da 46 a 55	19,6%	6,6%	12,1%
	Oltre 56	12,2%	0,7%	5,5%
Totale		**100%**	**100%**	**100%**

[1] *I dati DAP al 31 marzo 2013 indicano una presenza femminile pari al 4,32%, mentre gli stranieri costituiscono il 35,6% del totale dei presenti.*

La popolazione straniera rappresentata nel campione, come si evince dal grafico 3.1, proviene prevalentemente dal Nord Africa e, in seconda battuta, da paesi entrati di recente a far parte dell'Unione Europea[2]. In gran parte si tratta di persone presenti in Italia da almeno 3 anni (75% circa) e, nel 41,91% da almeno 10 anni (cfr. grafico 3.2).

Grafico 3.1 - Nazionalità

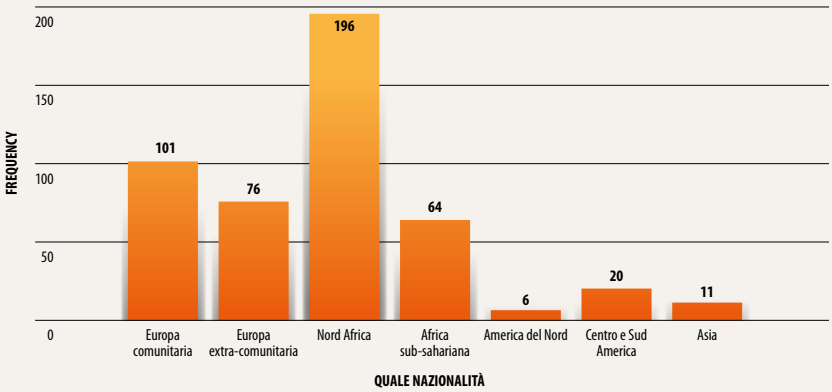
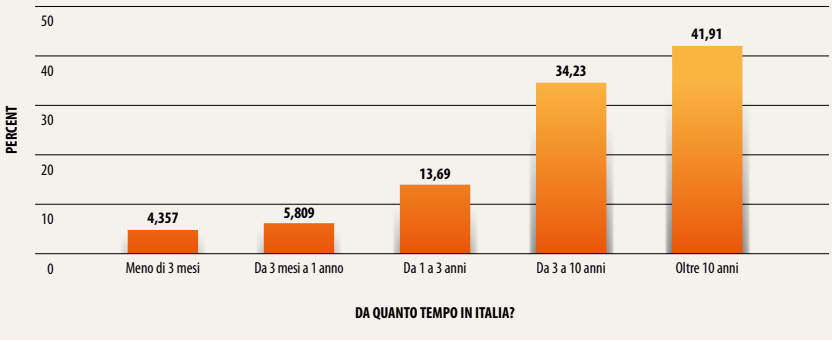


Grafico 3.2 - Permanenza in Italia



[2] *Nel caso delle donne il dato si inverte: la maggior parte di esse proviene dall'Europa comunitaria (34,5%) e, in seconda battuta, dal Nord Africa (20,7%)*

Per quanto riguarda l'ultima occupazione prima di entrare in carcere, quasi uno su tre (31,3%) dichiara di essere stato disoccupato, ma risulta significativa anche la percentuale di chi afferma di essere stato lavoratore autonomo (24,5%). Se osserviamo i dati sul grado di istruzione, invece, possiamo notare un più alto livello di analfabetismo tra gli stranieri ma anche, e in misura significativa, un più alto numero di diplomati (1 su 4 gli stranieri, 1 su 10 gli italiani), così come riscontriamo un numero maggiore di laureati stranieri (5,1%, contro l'1,5% tra gli italiani). Analogo discorso vale per le donne: l'11% dichiara di essere analfabeta e l'8,8% laureata.

Tab. 3.4 - Livello di istruzione prima di entrare in carcere

	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Analfabeta	2,4%	6,6%	4,9%
Licenza elementare	17,0%	19,8%	18,6%
Licenza media	52,3%	33,4%	41,2%
Formazione professionale	16,1%	8,5%	11,6%
Diploma	10,3%	25,3%	19,1%
Laurea	1,5%	5,1%	3,6%
Formazione post-laurea	0,3%	1,3%	0,9%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

2 - POSIZIONE GIURIDICA E PENITENZIARIA

Si tratta per la maggior parte di persone ristrette nell'Istituto da breve tempo: più di un quinto di chi ha risposto dichiara di essere recluso da meno di 6 mesi, il 76,43% da meno di 3 anni. Tuttavia, se analizziamo il dato della durata complessiva della detenzione, il lasso di tempo cresce considerevolmente: uno su cinque dichiara di avere alle spalle dai 3 ai 10 anni di detenzione (cfr. tab. 3.5) e più della metà dichiara di essere stato ristretto in almeno due Istituti (di questi, il 15% in più di 5 Istituti). In linea generale, gli stranieri presentano in misura maggiore condanne molto brevi e in misura minore condanne molto lunghe[3].

[3] *Anche le donne tendenzialmente dichiarano una durata della pena più breve: nessuna donna per esempio ha subito una condanna complessiva superiore ai 10 anni.*

Tab. 3.5 - Durata complessiva detenzione (compresi precedenti Istituti)			
	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Da 0 a 6 mesi	5,0%	9,3%	7,1%
Da 6 mesi a 1 anno	5,9%	14,5%	10,1%
Da 1 a 3 anni	24,0%	27,6%	25,7%
Da 3 a 10 anni	36,7%	42,5%	39,5%
Oltre 10 anni	28,5%	6,1%	17,5%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Rispetto agli italiani, gli stranieri dichiarano inoltre di essere stati ristretti in un numero minore di Istituti: quasi la metà, il 46,6%, esclusivamente in uno (contro il 22,6% degli italiani) e soltanto il 13,5% in più di 5 (contro il 28,4% degli italiani).
È interessante andare ad analizzare la posizione giuridica, con particolare attenzione alla differenza tra italiani e stranieri. La tab. 3.6 mostra infatti la più alta percentuale di stranieri in attesa di giudizio e, al contempo, la più alta percentuale di italiani con sentenza definitiva.

Tab. 3.6 - Posizione giuridica			
	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
In attesa di primo giudizio	10,8%	24,2%	18,6%
Appellante	9,6%	13,7%	12,0%
Ricorrente	6,8%	4,7%	5,6%
Definitivo con pena inferiore ai 5 anni	38,7%	32,6%	35,1%
Definitivo con pena superiore ai 5 anni	34,1%	24,8%	28,7%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Il questionario prevedeva in seguito una serie di domande sulle condizioni detentive: la condivisione della cella, il tipo di regime e di circuito, la numerosità della sezione, la partecipazione ad attività trattamentali, tutti fattori strettamente connessi a un concetto di salute allargato come quello adottato dall'OMS.
La situazione "strutturale" che si presenta incrociando i dati è di celle in genere occupate da molte persone (nel 42,9% dei casi almeno 3; nel 24,4% oltre 6), inserite in sezioni molto affollate

(almeno 40 detenuti nel 79,4% dei casi, oltre 70 nel 38,5% dei casi). Nell'85,9% dei casi si tratta di sezioni di media sicurezza, in cui tuttavia vige il regime ordinario (a celle chiuse) in oltre la metà dei casi, nonostante recenti disposizioni del DAP abbiano caldamente incentivato i regimi a celle aperte (Circolare G-DAP 0206745-2012). Fa eccezione la situazione delle donne, che nell'83,3% dei casi dichiarano di essere sottoposte a un regime aperto. Le sezioni femminili sono in genere più piccole, sebbene si riscontri un certo livello di affollamento all'interno delle singole celle (che nel 32,6% dei casi ospitano da 3 a 5 persone).

Tab. 3.7 - Con quante persone condivide la cella

	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Nessuno, ho la cella singola	4,0%	2,6%	3,2%
1 Persona	45,8%	25,8%	34,1%
2 Persone	12,0%	25,3%	19,8%
Da 3 a 5 persone	17,5%	19,2%	18,5%
Oltre 6 persone	20,6%	27,1%	24,4%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Tab. 3.8 - Quante persone ospita nel complesso la sezione

	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Fino a 10	2,8%	6,3%	4,8%
Da 11 a 20	3,4%	4,0%	3,8%
Da 21 a 40	10,9%	12,8%	12,0%
Da 41 a 70	44,9%	38,0%	40,9%
Oltre 70	38,0%	38,9%	38,5%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

L'inserimento in attività trattamentali resta una possibilità non accessibile a tutti: il 41,2% dichiara di non essere inserito in alcuna attività. È rilevante sottolineare come la percentuale sia molto più alta tra gli stranieri rispetto agli italiani (44,3% contro 36,7%). Inoltre, gli stranieri sembrano accedere più spesso a corsi di istruzione, ma meno spesso a corsi di formazione professionale e ad attività lavorative.

Tab. 3.9 - Partecipazione ad attività trattamentali

	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
No	36,7%	44,3%	41,2%
Sì, in un progetto di lavoro	22,2%	20,0%	20,9%
Sì, in un corso di formazione professionale	10,4%	7,2%	8,5%
Sì, in un corso di istruzione	14,2%	17,8%	16,3%
Altro (corsi di teatro, musica, lettura, ecc.)	16,5%	10,7%	13,1%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

3 - QUALITÀ DELLA VITA DETENTIVA

In seguito si è cercato di incrociare le informazioni "strutturali" appena descritte con le percezioni della popolazione detenuta sulle condizioni igieniche e di vivibilità dei luoghi della detenzione.

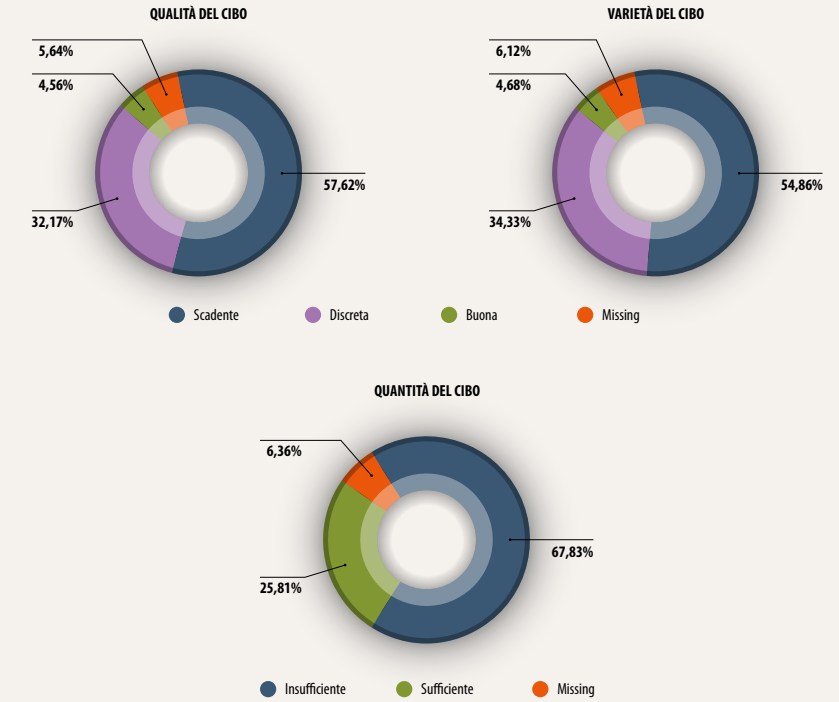
Le condizioni delle celle sono considerate *spesso*, *molto spesso* o *sempre* a rischio per la salute dalla metà degli intervistati (49,7%), così come le condizioni degli spazi comuni (52,9%). Inoltre, soltanto il 15,4% dichiara di ricevere prodotti igienici per la pulizia della cella *spesso*, *molto spesso* o *sempre*, mentre il restante 84,5% afferma di riceverlo *di tanto in tanto* (23%), *raramente* (11,8%), *molto raramente* (22,9%) o addirittura *mai* (nel 26,8% dei casi). Rispetto agli uomini, le donne in genere considerano meno rischiosi per la salute sia le celle che gli spazi comuni ed affermano più spesso di ricevere dei prodotti igienici.

Per quanto concerne la privacy all'interno della propria cella, soltanto il 4,8% dichiara di riuscire ad averne *molta* o *moltissima*, mentre la metà dichiara di non riuscire ad averne *nessuna* (48,3%) e il 32,2% poca.

Un'altra variabile presa in considerazione per valutare la vivibilità in carcere è il rumore, che sembra rappresentare un fattore di disagio soprattutto di giorno, quando viene considerato *alto* o *molto alto* dal 55,7% degli intervistati, mentre di notte tale dato scende al 12,1%.

Infine, si è chiesto di esprimersi su qualità, varietà e quantità di cibo fornito: i grafici sottostanti mostrano la sostanziale insoddisfazione sotto tutti e tre i punti di vista.

Grafico 3.3 - Qualità, varietà e quantità del cibo



4 - LIVELLO DI BENESSERE PERSONALE

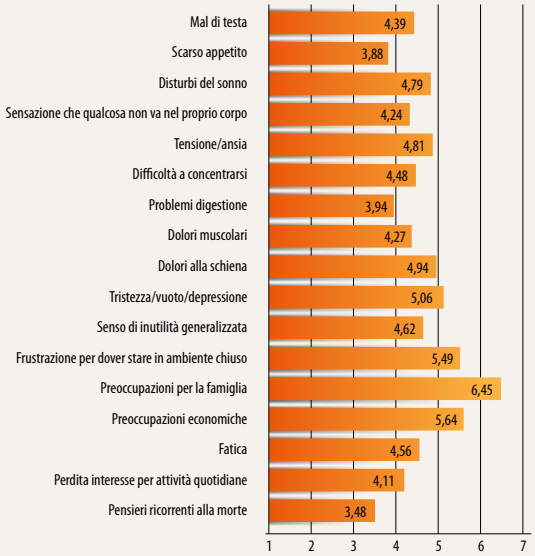
Alcuni indicatori già utilizzati e consolidati dalla ricerca americana sul tema[4] sono stati presi in considerazione per misurare il livello di benessere personale, sia della popolazione detenuta che, come vedremo in seguito, degli operatori che passano un elevato numero di ore all'interno degli Istituti: gli agenti di polizia penitenziaria.

Per quanto riguarda la popolazione detenuta, i dati relativi a ita-

[4] *Il principale riferimento è al* Prison Social Climate Survey, *metodo utilizzato dall'inizio degli anni '90 negli Stati Uniti per valutare il servizio penitenziario attraverso questionari rivolti alla popolazione detenuta e agli operatori, aventi ad oggetto le percezioni su alcune aree problematiche (cfr. United States, Federal Bureau of Prisons, Office of Research and Evaluation , 1991)*

liani e stranieri non si discostano di molto tra loro. Riportiamo quindi il grafico relativo ai valori medi delle risposte date da tutti gli intervistati.

Grafico 3.4 - Sintomi malessere personale detenuti



Valori: 1: mai; 2: raramente; 3: una volta al mese; 4: poche volte al mese; 5: una volta alla settimana; 6: più giorni alla settimana; 7: sempre

Il dato che immediatamente balza agli occhi è rappresentato dalle diffuse *preoccupazioni per la famiglia*, seguite da *preoccupazioni economiche* e dalla *frustrazione per il dover stare in un ambiente chiuso*. Ma in generale possiamo notare come a tutti i fattori siano stati attribuiti valori elevati: lo stesso *pensiero ricorrente alla morte*, il più estremo di tutti i sintomi di malessere, viene avvertito in media *una* o *più volte al mese*.

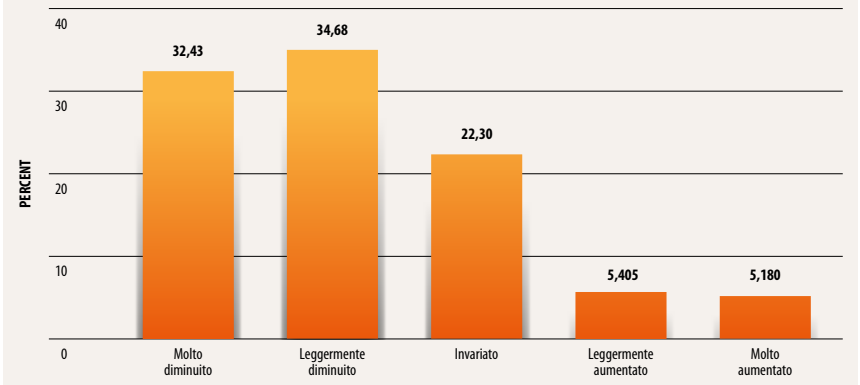
Un altro dato preso in considerazione per avere un quadro del livello di benessere personale è costituito dal consumo di tabacco, caffeina e cibo. Partendo dal primo, una buona percentuale (il 34,92% del totale, il 39,86% se consideriamo soltanto gli stranieri,

il 45% se consideriamo solo la popolazione femminile) dichiara di non fumare: tale dato tuttavia va letto in chiave critica se pensiamo che le aree riservate ai non fumatori sono pressoché inesistenti nelle carceri italiane e pertanto i rischi correlati al fumo passivo sono estremamente elevati. Uno su cinque tra gli intervistati, inoltre, afferma che negli ultimi 6 mesi il suo consumo di tabacco è molto aumentato (meno significative le percentuali di chi afferma sia rimasto invariato o diminuito).

Ad analoga domanda sull'andamento del consumo di caffeina negli ultimi 6 mesi, le risposte risultano piuttosto frammentate, sebbene il 22% (sia degli italiani che degli stranieri) affermi che esso è molto aumentato.

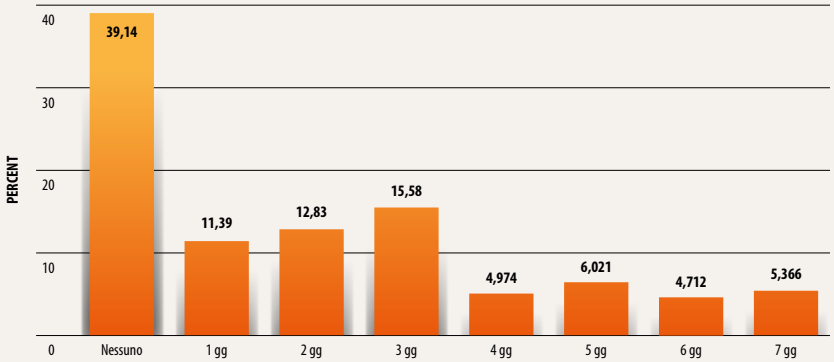
Un dato che desta invece molta attenzione riguarda il consumo di cibo: il 58,7% del totale degli intervistati afferma che è diminuito o molto diminuito negli ultimi 6 mesi, dato che sale al 67,11% se consideriamo soltanto le risposte fornite degli stranieri. In particolare occorre correlare questo dato con quello relativo alla percezione del proprio peso: alla domanda sul confronto tra il peso effettivo e il peso desiderato, più di un quinto degli intervistati (il 21,77%) e quasi un terzo dei soli stranieri (il 29,22%) dichiara di considerarsi sottopeso.

Grafico 3.5 - Consumo di cibo (popolazione straniera)



Infine, abbiamo preso in considerazione come indicatore di benessere personale una regolare attività fisica. Innanzitutto la metà degli intervistati dichiara di non impegnarsi regolarmente in un esercizio fisico, dato che risulta maggiore per gli italiani (il 57% ha risposto di no) rispetto agli stranieri (49%). La popolazione femminile afferma di non svolgere alcuna attività fisica nel 65% dei casi.
In media, il 39,14% dichiara di non dedicare all'attività fisica alcun giorno alla settimana. Chi invece svolge più regolarmente tale esercizio, lo fa molto spesso per meno di 20 minuti (così dichiara il 35,2% degli italiani e il 26,1% degli stranieri).

Grafico 3.6 - Tempo dedicato all'attività fisica



Un'ultima considerazione sulla carenza di spazi destinati all'attività fisica. La metà degli intervistati dichiara di fare esercizio o *negli spazi comuni interni* (il 33%, in palestra soprattutto) o *negli spazi comuni esterni* (15,4%, nei cortili per l'aria e nei campi da calcio), mentre l'altra metà *in cella* (anche in questo caso senza grandi variazioni tra italiani e stranieri).

5 - PERCEZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO

Il quadro che emerge della percezione del servizio sanitario non è sostanzialmente dissimile se raffrontiamo italiani e stranieri.
Abbiamo innanzitutto cercato di raccogliere informazioni sui pe-

riodi di malattia/infortunio delle persone detenute, per poi considerare il livello di "fiducia" nei confronti del servizio sanitario offerto (e quindi per esempio la scelta di ricorrervi o meno, le difficoltà percepite nell'accesso, ecc.).

Alla domanda sul numero di giorni di malattia o infortunio negli ultimi 6 mesi, la maggioranza ha risposto *nessuno* (28,6%) o *da 1 a 7* (35,1%), tuttavia un non indifferente 12,7% ha risposto *più di 3 mesi*.

Abbiamo provato a investigare altresì il livello di fiducia posto nel servizio sanitario, attraverso la domanda evidenziata nella tabella 3.10. È significativo notare che più della metà degli intervistati ha preso la decisione di non richiedere aiuto al servizio sanitario pur in presenza di problemi seri (di cui il 10,9% per problemi perdurati oltre 3 mesi).

Tab. 3.10 - Negli ultimi 6 mesi, quanti giorni lei è stato ammalato o infortunato in maniera tale da necessitare di cure mediche ma ha deciso di non richiedere aiuto al servizio sanitario?

	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Nessuno	45,9%	44,2%	44,9%
Da 1 a 7 giorni	28,9%	24,7%	26,5%
Da 1 a 3 settimane	11,0%	12,7%	12,0%
Da 3 settimane a 3 mesi	4,4%	6,7%	5,7%
Più di 3 mesi	9,7%	11,8%	10,9%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Il 55,2% degli intervistati dichiara che i suoi bisogni sanitari "non urgenti" non sono stati soddisfatti negli ultimi 6 mesi (il 26,5% afferma di sì e il 18,3% dichiara di non avere avuto bisogno "non urgenti").

Risposte analoghe sono state date rispetto ai bisogni sanitari che richiedono interventi urgenti: il 51,5% dichiara che non sono stati soddisfatti, il 23,7% afferma di sì, il 24,8% dichiara di non averne avuti.

Simili (e altrettanto preoccupanti) le risposte relative ai bisogni legati a problemi cronici alla salute: 47,3% i no, 19,1% i sì e 33,6% coloro che affermano di non averne avuti.

Infine, un problema sanitario diffuso capillarmente tra la popolazione detenuta è quello relativo ai bisogni di carattere odontoiatrico. In questo caso la mancata soddisfazione dei

bisogni è ancora più elevata: il 57,4% dichiara che questi non sono stati soddisfatti, il 19,1% risponde di sì, il 23,4% non ha avuto tali bisogni.
Le risposte fornite dalla popolazione femminile alle domande di cui sopra evidenziano in generale un più alto livello di soddisfazione dei bisogni sanitari (sebbene una su tre dichiari che questi tipi di bisogni non siano stati soddisfatti).
Abbiamo provato poi ad investigare il livello percepito di facilità/difficoltà di accesso ai servizi sanitari: soltanto il 13,1% lo considera *facile* (8,3%) o *molto facile* (4,8%), mentre oltre la metà lo considera *difficile* (25,5%), *molto difficile* (18,6%) o addirittura *impossibile* (10,3%). Non emergono grosse differenze tra italiani e stranieri a questo proposito. Ma quali sono i fattori che rendono così spesso ostico accedere al servizio sanitario? Si può dire siano molti, innanzitutto *i tempi di attesa per ottenere delle risposte* e, per gli stranieri più che per gli italiani, *l'utilizzo della "domandina" per ogni richiesta*.

Tab. 3.11 - Fattori che rendono difficile l'accesso ai servizi sanitari

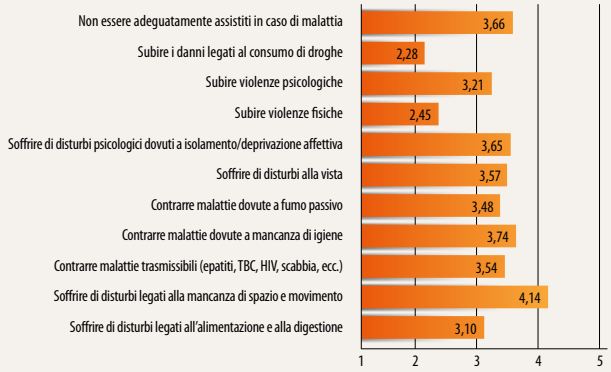
	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
L'utilizzo della "domandina" per ogni richiesta	15,1%	22,4%	19,3%
I tempi di attesa per le risposte	41,8%	43,1%	42,5%
La mancanza di privacy durante le visite	8,2%	8,3%	8,3%
La mancanza di privacy nelle comunicazioni	4,6%	5,3%	5,0%
Altro	9,2%	7,6%	8,3%
Molti di questi	21,1%	13,4%	16,7%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

6 - FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE

Un'altra parte del questionario è stata dedicata alla raccolta delle percezioni del rischio. *In primis*, sono stati elencati una serie di fattori di rischio per la salute determinati dalla condizione di reclusione e si è chiesto di esprimere il livello percepito rappresentato da ognuno di questi fattori, su una scala da *per niente* a *moltissimo*. Le risposte fornite, sostanzialmente non dissimili tra italiani e stranieri, evidenziano una diffusa preoccupazione

di *soffrire di disturbi legati alla mancanza di spazio e movimento*, determinata dalla forzata immobilità della vita carceraria. Molti altri fattori sono considerati dall'*abbastanza* al *molto* rischiosi, mentre spiccano due fattori considerati solo tra il *poco* e l'*abbastanza* rischiosi: il *subire danni legati al consumo di droghe* e il *subire violenze fisiche*.

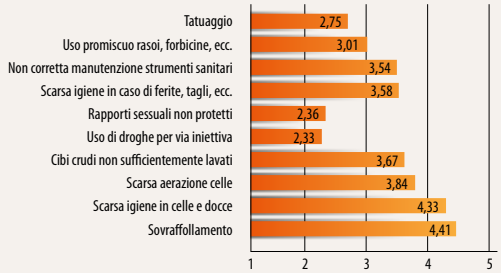
Grafico 3.7 - Fattori di rischio per la salute



Valori: 1: per niente; 2: poco; 3: abbastanza; 4: molto; 5: moltissimo

In secondo luogo si è chiesto di esprimere un'opinione in merito a un elenco di potenziali fattori di rischio di trasmissione di malattie infettive. Anche in questo caso le risposte date da italiani e stranieri non sono significativamente divergenti. Il *sovraffollamento* viene considerato il fattore di rischio più alto, seguito dalla *scarsa igiene nelle celle e nelle docce* e dalla *scarsa aerazione nelle celle*. Anche la *non corretta manutenzione degli strumenti sanitari* e la *scarsa igiene in caso di ferite, tagli, ecc.* vengono considerati tra l'*abbastanza* e il *molto* rischiosi, mentre, ancora una volta, sembrano essere sottovalutati i fattori di rischio determinati dai *rapporti sessuali non protetti* e dall'*uso di droghe per via iniettiva*, considerati entrambi "soltanto" tra il *poco* e l'*abbastanza* rischiosi.

Grafico 3.8 - Fattori di trasmissione malattie infettive



Valori: 1: per niente; 2: poco; 3: abbastanza; 4: molto; 5: moltissimo

In generale - ma si tratta di ipotesi interpretative che andrebbero vagliate attraverso una ricerca specifica - sembra che venga attribuito un livello di rischio più elevato a fattori esterni (le condizioni strutturali, come il sovraffollamento, le celle e le docce - preoccupazione peraltro comprensibile dato il livello generale delle strutture penitenziarie nel nostro Paese - oppure attribuibili ad altri, come gli operatori sanitari che non effettuerebbero una corretta manutenzione degli strumenti), rispetto a scelte comportamentali individuali. Su questo, come vedremo, sembra influire la grande carenza di educazione sanitaria e di informazione/formazione e, parimenti, i bisogni formativi espressi a questo proposito.

7 - INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA

Un'altra parte del questionario ha tentato appunto di delineare un quadro generale della formazione/informazione sanitaria posseduta dalla popolazione ristretta, per poi raccogliere i bisogni formativi espressi. Si è innanzitutto indagato su quali siano i soggetti con cui il singolo tende a parlare di più dei suoi problemi di salute. Emergono lievi ma significative differenze nelle risposte date da italiani e stranieri. In generale, il principale "confidente" è il compagno di detenzione (per gli italiani più che per gli stranieri), seguito dal medico o infermiere[5]. Gli stranieri, in misura maggiore

[5] *Per le donne tale dato si inverte: al primo posto c'è il medico/infermiere (39,5% dei casi) e solo al secondo la compagna di detenzione (27,9%)*

rispetto agli italiani, dichiarano di confidarsi anche con l'agente e con il volontario, mentre il familiare in visita è il principale interlocutore per un numero maggiore di italiani che stranieri. Infine è significativo riscontrare che in molti più casi gli stranieri dichiarano di non parlare con nessuno dei propri problemi di salute.

Tab. 3.12 - Figura con cui parla maggiormente dei suoi problemi di salute

	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Compagno di detenzione	40,8%	35,1%	37,5%
Agente	1,0%	5,5%	3,5%
Educatore/psicologo	5,8%	6,2%	6,1%
Volontario/insegnante	1,4%	5,5%	3,7%
Mediatore culturale	1,0%	1,0%	1,0%
Medico/infermiere	26,7%	26,0%	26,3%
Familiare o amico in visita	14,7%	7,0%	10,3%
Non parlo con nessuno dei miei problemi di salute	8,6%	13,8%	11,5%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Per quanto riguarda l'attività di informazione sanitaria, rileviamo che raramente al momento dell'ingresso vengono consegnati materiali informativi: risponde di *no* il 94,3% degli italiani e il 73,1% degli stranieri. Il divario può essere interpretato come una eventuale più diffusa distribuzione di materiale specificatamente destinato agli stranieri[6], sebbene resti molto alta, anche tra questi ultimi, la percentuale di coloro che dichiarano di non aver ricevuto alcun materiale.

Alcune domande hanno riguardato la eventuale partecipazione a iniziative organizzate su specifici temi sanitari. Ecco il quadro che emerge:

- prevenzione diffusione malattie infettive: *no* nel 78,7% dei casi; *sì* prima della riforma nel 9,9% dei casi e dopo la riforma nell'11,4% dei casi
- riduzione uso psicofarmaci: *no* nel 90,5% dei casi; *sì* prima della riforma nel 6,8% dei casi e dopo la riforma nel 2,7%
- problemi connessi alla dipendenza da sostanze: *no* nell'84,8%

[6] *Il dato sembra in effetti corroborato da quanto sostenuto dai medici (cfr. par. 3.4)*

dei casi; *sì* prima della riforma nel 6,2% dei casi e dopo la riforma nell'8,9% dei casi
- iniziative rivolte specificatamente agli stranieri: *no* nell'88,7% dei casi; *sì* prima della riforma nel 4,5% dei casi e dopo la riforma nel 6,8% dei casi

Abbiamo chiesto inoltre quale fosse, a parere degli intervistati, il tipo di iniziativa più utile per informare i detenuti sulle questioni sanitarie: la maggioranza (56,8%) ha risposto *organizzare incontri con medici ed esperti*, a seguire, *distribuire opuscoli informativi* (15,1%), *creare gruppi di discussione tra detenuti* (9,5%), *organizzare incontri con personale penitenziario* (7%). L'11,5% ritiene invece che nessuna di queste iniziative sia utile.

Infine, la rilevazione dei bisogni mostra una richiesta di formazione su molti dei temi proposti (nel 35,6% dei casi), *in primis* sulle tematiche relative alla *diffusione di malattie infettive*. Una peculiarità della popolazione straniera è la richiesta specifica di formazione sulla *cura/igiene del proprio corpo*, proposto come tema centrale da uno straniero su cinque.

Tab. 3.13 - Quali sono gli argomenti di educazione sanitaria che Le interesserebbe di più approfondire?

	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Tossicodipendenze/alcolismo	9,3%	10,8%	10,1%
Diffusione malattie infettive (HIV. TBC, epatiti, ecc.)	26,8%	24,9%	25,8%
Danni provocati dal fumo	7,2%	7,1%	7,1%
Educazione alimentare	8,9%	6,2%	7,5%
Igiene/cura del proprio corpo	7,6%	19,3%	14,0%
Molti di questi	40,2%	31,7%	35,6%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

8 - TRATTAMENTO SANITARIO

Venendo al trattamento sanitario ricevuto, abbiamo indagato in particolar modo sul delicato momento dell'ingresso (visite ed esami, continuità di eventuali terapie, disponibilità di farmaci) e sulle visite esterne (criticità, tempi di attesa, ecc.).

Emergono divergenze significative nelle risposte date da italiani e stranieri in merito alla visita di primo ingresso. Uno straniero su 5

dichiara di non aver visto un medico per settimane, mentre "solo" il 39,3% dichiara di essere stato visitato lo stesso giorno dell'ingresso (contro un 64,1% di italiani).

Tab. 3.14 - Al momento dell'ingresso in carcere, dopo quanto tempo è stato visitato da un medico?

	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Il giorno stesso	64,1%	39,3%	50,5%
Il giorno successivo	12,6%	13,9%	13,3%
Entro pochi giorni	14,6%	26,0%	20,8%
Non ho visto un medico per settimane	8,6%	20,8%	15,3%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Le divergenze invece si attenuano nelle risposte sui colloqui con educatori/psicologi (il 42,2% dichiara di non aver visto tali figure per settimane - qualcuno nei commenti liberi scrive "per anni").

Un altro dato molto rilevante riguarda gli esami di primo ingresso. Un preoccupante 31,1% dichiara di non sapere quali tipi di esami gli siano stati fatti all'ingresso (il 3,8% dichiara addirittura di non sapere neanche se gli siano stati fatti esami o meno). Entrambi i dati sono più alti per gli stranieri che per gli italiani.

Tab. 3.15 - Le sono stati fatti esami al momento dell'ingresso?

	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
No	51,3%	44,9%	47,8%
Sì, ma non so quali tipi di esami	26,8%	34,6%	31,1%
Sì, spiegandomi quali tipi di esami	20,6%	14,6%	17,3%
Non so	1,3%	5,9%	3,8%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Molti più italiani (30,4%) che stranieri (18,9%) dichiarano che assumevano terapie al momento dell'ingresso. Pochi sono coloro che affermano di aver potuto ininterrottamente continuare la terapia (anche in questo caso con differenze significative tra italiani e stranieri), mentre in molti casi si è verificata un'interruzione temporanea o permanente.

Tab. 3.16 - Le è stato possibile continuare la terapia all'interno del carcere?			
	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
No	35,9%	64,3%	53,4%
Sì, ma dopo un periodo di interruzione che ha aggravato le mie condizioni	12,6%	10,0%	11,0%
Sì, da subito	25,1%	12,3%	17,2%
Sì, entro pochi giorni	9,6%	7,4%	8,3%
Sì, ma non con gli stessi farmaci	16,8%	5,9%	10,1%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Venendo alle visite esterne, molti più italiani (49,8% a fronte di un 28,3% di stranieri) dichiara essere uscito dal carcere almeno una volta per effettuare visite specialistiche o ricoveri esterni non di urgenza. L'opinione in merito ai tempi di attesa per accedervi (non difforme tra italiani e stranieri) è in genere negativa: il 63,6% ritiene che siano *troppo lunghi*, il 19,6% *abbastanza lunghi*, solo il 7,6% *come all'esterno* e il 9,2% *brevi* o *abbastanza brevi*.

9 - EVENTI CRITICI E PERCEZIONE DELLA PROPRIA SICUREZZA

Una parte del questionario ha inteso indagare su un tema per molti versi difficile da affrontare in carcere (soprattutto nel contesto italiano): quello della violenza.

Siamo partiti dal porre l'attenzione sul rapporto tra i detenuti e sulle dinamiche di aggressività che possono svilupparsi, distinguendole tra liti gravi (verbali) e aggressioni fisiche. Rispetto alle prime, alla domanda su quante liti gravi (verbali) vi siano state negli ultimi 6 mesi, le risposte fornite da italiani e stranieri sono molto simili: l'11,6% dichiara *nessuna*, il 19,6% *poche*, il 20,2% *molte* e il 16,9% *moltissime*. Ma un significativo 31,7% risponde *non so*. Essendo una domanda di carattere impressionistico (letteralmente la domanda è stata posta in questi termini: "quante liti gravi - verbali - tra detenuti *pensa* che ci siano state negli ultimi 6 mesi?"), risulta significativo che uno su tre degli intervistati ritenga di non essere in grado di rispondere.

Soprattutto se consideriamo le risposte date alla domanda successiva (cfr. tab. 3.17). Più della metà degli intervistati risulta *un po'* o *molto* preoccupato e in questo caso emergono differenze significative tra italiani e stranieri.

Tab. 3.17 - Il numero delle liti gravi (verbali) tra detenuti la preoccupa?			
	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Per nulla	45,5%	34,1%	39,1%
Un pò	33,2%	34,1%	33,7%
Molto	21,3%	31,8%	27,2%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Il 35% degli stranieri, inoltre, dichiara che tale preoccupazione è talmente alta da aver pensato di chiedere di essere trasferito in un'altra sezione o Istituto (contro il 20,1% degli italiani).
Le stesse domande sono state poste sul numero di aggressioni fisiche tra detenuti. In questo caso la risposta *non so* sale al 42,6% (con una netta differenza tra italiani - 48% - e stranieri - 38,1%), mentre le altre risposte sono simili tra italiani e stranieri: il 14,4% risponde *nessuna*, il 17,3% *poche*, il 18,5% *molte*, il 7,3% *moltissime*.
Anche in questo caso emergono differenze altrettanto significative tra italiani e stranieri in termini di preoccupazioni correlate.

Tab. 3.18 - Il numero di aggressioni fisiche la preoccupa?			
	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Per nulla	49,1%	33,7%	40,5%
Un pò	32,8%	35,5%	34,3%
Molto	18,1%	30,8%	25,2%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Ancora una volta gli stranieri dichiarano di aver pensato di conseguenza di chiedere di essere trasferiti in misura maggiore rispetto agli italiani: 33,6% contro il 17%.
Ponendo invece la domanda sull'aggressività in termini personali, il 14% degli italiani e il 24,4% degli stranieri dichiara di aver subito un'aggressione da un altro detenuto negli ultimi 3 anni (nel caso delle donne il dato scende al 9,6%).
Rispetto alle forme di violenza manifestate tra detenuti e agenti, il 13,8% degli italiani e il 20,8% degli stranieri dichiara di aver subito un aggressione da parte di un agente negli ultimi 3 anni (nel caso

delle donne il dato scende al 5,9%).
Abbandonando il piano personale e tornando a un livello più generale, abbiamo provato a sondare le impressioni circa l'uso della forza da parte degli agenti contro i detenuti e viceversa. Nella tabella 3.19 sono contenute le risposte, che, come vedremo, divergono significativamente da quelle fornite alle stesse domande dalla polizia penitenziaria. Le risposte fornite dalle donne detenute delineano un quadro caratterizzato da un minor uso della forza: nell'80% dei casi esse rispondono che sia gli agenti che i detenuti non usano *mai* la forza o la usano *molto raramente*.

Tab. 3.19 - Frequenza uso forza fisica da parte di agenti e detenuti

	Uso forza fisica agenti vs detenuti	Uso forza fisica detenuti vs agenti
Mai	64,1%	40,90%
Molto raramente	17,2%	13,9%
Raramente	6,8%	9,0%
Di tanto in tanto	5,4%	17,0%
Spesso	4,4%	7,6%
Molto spesso	0,3%	4,4%
Sempre	1,7%	7,1%
Totale	**100,0%**	**100,0%**

10 - RIFORMA SANITÀ PENITENZIARIA

L'ultima parte del questionario contiene una serie di domande sulla conoscenza della riforma della sanità penitenziaria e altre mirate a rilevare per lo più le impressioni sulle evoluzioni che si sono verificate negli ultimi anni attorno a specifici temi afferenti la tutela della salute, nell'intento di analizzare l'impatto della stessa attraverso le opinioni degli utenti (oltre che degli operatori, come vedremo in seguito).
Una considerazione preliminare riguarda la scarsa conoscenza della riforma: soltanto il 5,5% degli intervistati afferma di conoscerne i contenuti (relativamente alle sole donne il dato scende al 2,3%). L'81,6% degli stranieri e il 63,9% degli italiani non sa di cosa si tratti, mentre il 13% degli stranieri e il 30,5% degli italiani ne ha sentito parlare ma non sa esattamente di cosa si tratti.
Il principale veicolo informativo resta il passa parola tra compagni di detenzione (o, al limite, tv e giornali, soprattutto per gli italiani),

mentre l'informazione da parte degli operatori (sanitari o penitenziari) è molto rara.

Tab. 3.20 - Come ne è venuto a conoscenza?			
	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Passa parola con i compagni di detenzione	44,8%	63,0%	55,2%
Me ne hanno parlato gli operatori penitenziari (agenti, educatori, ecc.)	9,0%	6,2%	7,4%
Ho ricevuto dalla direzione del materiale informativo	2,8%	4,7%	3,9%
Ho ricevuto dai medici del materiale informativo	1,4%	4,2%	3,0%
Ne ho sentito parlare da mezzi di informazione (tv, quotidiani, ecc.)	36,6%	17,7%	25,8%
Ho letto una documentazione specialistica sul tema	5,5%	4,2%	4,7%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Passando ad analizzare le impressioni sulle evoluzioni del servizio sanitario, la metà degli intervistati ritiene che in generale i servizi sanitari siano *peggiorati* o *molto peggiorati* negli ultimi 3 anni. Un terzo ritiene che siano *inalterati* e soltanto il 15,6% ritiene che siano *migliorati* o *molto migliorati*[7]. Analoga l'impressione sulla disponibilità dei farmaci: il 57,5% ritiene sia *peggiorata* o *molto peggiorata*, il 27,4% ritiene sia *inalterata*, 15,1% ritiene sia *migliorata* o *molto migliorata*. "Tachipirina, tachipirina, tachipirina per tutto" è un eloquente commento libero di un detenuto che rafforza il dato relativo a tale criticità.

Tab. 3.21 - A suo parere, negli ultimi 3 anni i servizi sanitari in carcere sono in generale			
	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Molto migliorati	3,2%	12,3%	8,0%
Migliorati	7,4%	7,9%	7,6%
Inalterati	34,7%	31,5%	33,1%
Peggiorati	34,7%	25,6%	29,9%
Molto peggiorati	20,0%	22,7%	21,4%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

[7] *A questo proposito occorre sottolineare il fatto che non tutte le persone detenute a cui è stato somministrato il questionario si trovano in carcere da prima della riforma e quindi molti degli intervistati non avevano il termine di paragone tra il prima e il dopo. I risultati presentati si riferiscono a chi ha effettivamente risposto a questa parte del questionario, ossia circa il 70% del campione dei detenuti.*

Per molti degli intervistati non sembrano esserci stati grossi cambiamenti in tema di tutela del diritto alla riservatezza del paziente, così come nell'accesso alle proprie informazioni sanitarie contenute nella cartella clinica.

Tab. 3.22 - La tutela del diritto alla riservatezza del detenuto è

	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Molto migliorata	6,8%	10,6%	8,9%
Migliorata	7,9%	12,8%	10,6%
Inalterata	44,2%	32,4%	37,7%
Peggiorata	22,6%	21,8%	22,2%
Molto peggiorata	18,5%	22,4%	20,6%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Tab. 3.23 - La sua possibilità di accedere alle proprie informazioni sanitarie (cartella clinica) è

	Nazionalità		Totale
	Italiano	Straniero	
Molto migliorata	5,2%	7,5%	6,5%
Migliorata	11,5%	18,1%	15,0%
Inalterata	46,9%	31,3%	38,5%
Peggiorata	19,4%	22,0%	20,8%
Molto peggiorata	17,0%	21,1%	19,2%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Pareri piuttosto discordanti emergono rispetto ai tempi di attesa per lo svolgimento di esami clinici: il 40,6% ritiene che siano *aumentati* o *molto aumentati*, il 32,2% ritiene siano *inalterati*, mentre il 27,2% ritiene siano *diminuiti* o *molto diminuiti*.
Infine, alcune considerazioni in merito alle opinioni espresse sugli operatori sanitari. Il 52,5% ritiene che il proprio rapporto con i medici/infermieri sia *uguale a prima*, il 24,6% ritiene che sia *migliorato* o *molto migliorato*, il 22,9% ritiene che sia *peggiorato* o *molto peggiorato*.
Analogo discorso sull'idea di professionalità degli operatori sanitari: il 45,6% ritiene che sia *uguale a prima*, il 24,1% che sia *migliorata* o *molto migliorata*, il 30,3% che sia *peggiorata* o *molto peggiorata*.

3.3 Percezioni e opinioni della polizia penitenziaria

1 - CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE E CONDIZIONI LAVORATIVE

Sono stati raccolti in totale 169 questionari della polizia penitenziaria (8 dei quali risultano in gran parte incompleti), la maggior parte dei quali compilati da agenti maschi.

Tab. 3.24 - Ruolo e genere

	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Comandante/commissario	4	3	7
Ispettore/sovrintendente	24	3	27
Agente	110	17	127
Totale	**138**	**23**	**161**

Per quanto riguarda l'età degli intervistati, nella metà dei casi circa (47,4%) essa è compresa tra i 36 e i 45 anni, con una percentuale di donne significativamente più giovani e mediamente più istruite (il 75% delle donne dichiara di avere un diploma, contro il 50,4% degli uomini).

La maggioranza degli intervistati lavora nello stesso Istituto da più di 15 anni, sebbene più della metà (64,4%) dichiari di aver lavorato almeno in un altro Istituto.

Tab. 3.25 - Da quanto tempo lavora qui

	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Meno di 1 anno	5,9%	4,8%	5,7%
Da 1 a 3 anni	4,4%	4,8%	4,5%
Da 3 a 8 anni	12,5%	23,8%	14,0%
Da 8 a 15 anni	19,1%	38,1%	21,7%
Oltre 15 anni	58,1%	28,6%	54,1%
Totale	**100%**	**100%**	**100%**

Nel 75,3% dei casi gli intervistati dichiarano di essere entrati in contatto *quotidianamente* con i detenuti negli ultimi 6 mesi, ma occorre segnalare che il 10,8% afferma che i contatti sono stati *pochi* e il 2,5% sostiene siano stati *nulli* (i contatti con la popolazione detenuta straniera sono stati *quotidiani* nel 69,6% dei casi, *pochi* nel 15,2% e *nulli* nel 2,5%).
Nella maggior parte dei casi (54,7%) gli intervistati dichiarano di lavorare principalmente con detenuti comuni o di media sicurezza (sebbene il 31,4% dichiari di lavorare abitualmente con molte categorie oltre ai comuni: alta sicurezza, custodia attenuata, semi-protetti, collaboratori di giustizia, ecc.).
Significative differenze tra uomini e donne emergono rispetto al regime delle sezioni in cui lavorano abitualmente: le donne molto più spesso rispetto agli uomini dichiarano di lavorare in regimi aperti (70,8% le donne contro il 27,7% degli uomini). In misura maggiore le donne preferirebbero altresì lavorare in regimi a celle aperte (59,1% dei casi, contro il 41,1% degli uomini), piuttosto che in regimi chiusi.

2 - QUALITÀ DELLA VITA DETENITIVA

Abbiamo in seguito raccolto alcune informazioni sulla percezione della qualità della vita detentiva, così come fatto con la popolazione detenuta. I dati che emergono non sono molto dissimili.
Le condizioni delle celle sono considerate *spesso*, *molto spesso* o *sempre* a rischio per la salute dei detenuti da quasi la metà degli intervistati (45,3%), così come le condizioni degli spazi comuni, che vengono considerati a rischio per la salute dei detenuti nel 48,1% e per la salute della polizia penitenziaria nel 47% dei casi.
Diversamente dalle risposte fornite dai reclusi, invece, la polizia penitenziaria afferma nel 47,1% dei casi che i detenuti ricevono dei prodotti igienici per la pulizia delle celle *spesso, molto spesso o sempre* (in particolare detersivi e altro materiale).
Oltre il 70% ritiene che le celle delle sezioni in cui lavora siano *abbastanza*, *molto* o *moltissimo* sovraffollate.

Tab. 3.26 - Quanto ritiene siano sovraffollate le celle delle sezioni in cui lavora?			
	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Per nulla	12,8%	23,1%	14,5%
Poco	13,5%	19,2%	14,5%
Abbastanza	25,6%	26,9%	25,8%
Molto	18,8%	11,5%	17,6%
Moltissimo	29,3%	19,2%	27,7%
Totale	**100%**	**100%**	**100%**

Lo stesso vale per gli spazi comuni (docce, palestre, cortili per l'aria, ecc.): il 31,1% ritiene che siano *abbastanza* sovraffollati, il 20,7% *molto*, il 20,1% *moltissimo*. Anche in questo caso i dati sono più alti per gli uomini che per le donne.

Come per i detenuti, anche per la polizia penitenziaria il rumore costituisce un fattore di disagio soprattutto di giorno: il 44,3% degli intervistati lo considera *alto* o *molto alto*.

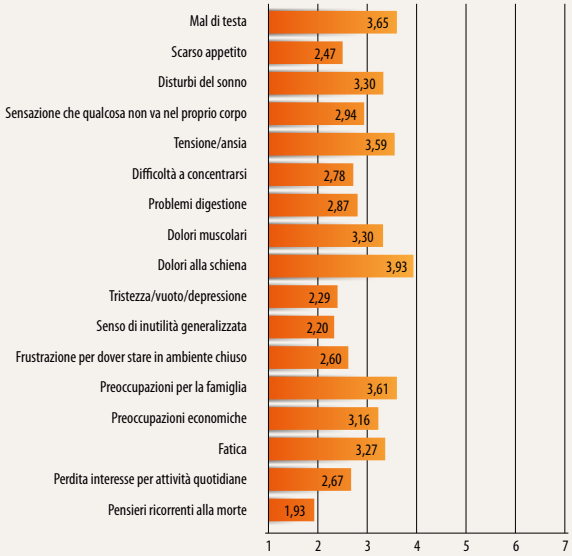
3 - LIVELLO DI BENESSERE PERSONALE

"*Sono stufo e voglio andar via il più presto possibile. 25 anni di servizio penso siano troppi e bastano e avanzano per avere una pensione che mi faccia vivere dignitosamente. Ho 52 anni e ormai a questi ritmi non ce la faccio più. E la mia pensione non la vorrei spendere in medicine per curarmi i malanni che mi sto prendendo in questo posto.*"

Questo commento libero, scritto da un agente di polizia penitenziaria, esprime meglio di qualunque dato statistico il malessere che può colpire tale categoria professionale.

I valori medi degli indicatori di malessere personale risultano significativi sia per sintomi prettamente "fisici" (dolori alla schiena, mal di testa), che per afflizioni più "mentali" (preoccupazioni per la famiglia, tensione o ansia). Come per la popolazione detenuta, vediamo che i valori espressi sono generalmente alti, segnale di un diffuso malessere anche tra gli operatori di polizia penitenziaria che meriterebbe uno spazio ben più approfondito di analisi.

Grafico 3.9 - Sintomi malessere personale polizia penitenziaria



Valori: 1: mai; 2: raramente; 3: una volta al mese; 4: poche volte al mese; 5: una volta alla settimana; 6: più giorni alla settimana; 7: sempre

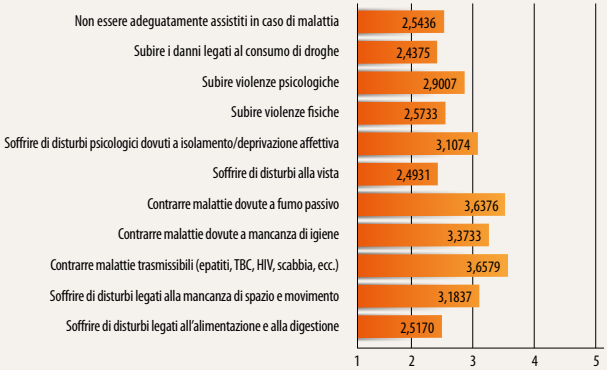
Per quanto riguarda il consumo di tabacco, il 65,7% dichiara di non farne uso. A questo proposito emergono considerazioni analoghe a quanto già riportato in precedenza rispetto agli elevati rischi da fumo passivo in un ambiente, quello carcerario, in cui gli spazi per non fumatori sono di fatto inesistenti.

Infine, quasi la metà degli intervistati dichiara di non essersi *mai* ammalato o infortunato negli ultimi 6 mesi. Tuttavia, percentuali significative riguardano anche chi dichiara di essere stato ammalato/infortunato *da 1 a 7 giorni* (28,8%) e *da 1 a 3 settimane* (18,1%). Meno significative invece le risposte *da 3 settimane a 3 mesi* (3,1%) e *più di 3 mesi* (4,4%).

4 - FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE

Rispetto alle risposte fornite alle stesse domande dalla popolazione detenuta, la polizia penitenziaria esprime mediamente una preoccupazione minore rispetto alla possibilità che i fattori elencati costituiscano un

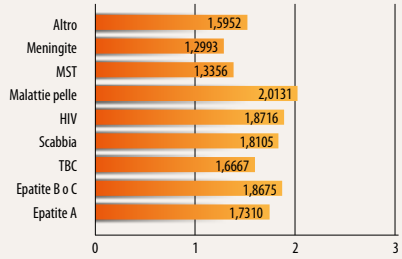
Grafico 3.10 - Fattori di rischio per la salute (polizia penitenziaria)



Valori: 1: per niente; 2: poco; 3: abbastanza; 4: molto; 5: moltissimo

rischio per la salute delle persone recluse. Infatti, se la maggior parte delle risposte medie dei detenuti si collocavano tra l'*abbastanza* e il *molto*, quelle della polizia penitenziaria si collocano tra il *poco* e l'*abbastanza*. Tra i fattori considerati mediamente tra l'*abbastanza* e il *molto* rischioso vi sono: contrarre malattie trasmissibili, dovute a fumo passivo o a mancanza di igiene, soffrire di disturbi legati alla mancanza di spazio e movimento o psicologici legati a isolamento e deprivazione affettiva.
Abbiamo chiesto inoltre agli intervistati di esprimere un'opinione in merito al rischio di contrarre una serie di malattie infettive all'interno delle carceri.

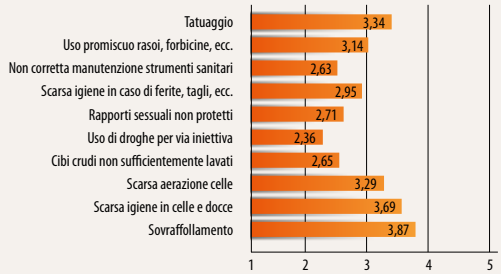
Grafico 3.11 - Rischio di contrarre malattie infettive (polizia penitenziaria)



Valori: 0 = nessun rischio; 1 = basso rischio; 2 = medio rischio; 3 = alto rischio

In linea generale rileviamo che il rischio percepito come maggiore è la trasmissione di malattie della pelle (*medio rischio*), seguito da HIV e scabbia (tra il *basso* e il *medio rischio*)[8]. In generale comunque i livelli di allarme sono abbastanza contenuti.
Infine, le risposte fornite dalla polizia penitenziaria sui fattori di rischio di trasmissione di malattie infettive non divergono molto da quelle fornite dalla popolazione reclusa.

Grafico 3.12 - Fattori di trasmissione malattie infettive (polizia penitenziaria)



Valori: 1: per niente; 2: poco; 3: abbastanza; 4: molto; 5: moltissimo

Il sovraffollamento viene considerato ancora una volta il veicolo principale di trasmissione di malattie infettive, insieme alla scarsa igiene nelle celle e nelle docce. Anche in questo caso riscontriamo inoltre una generale minimizzazione dei fattori di rischio determinati dai rapporti sessuali non protetti e dall'uso di droghe per via iniettiva, considerati entrambi "soltanto" tra il *poco* e l'*abbastanza* rischiosi.

5 - INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA

Anche su questo tema riscontriamo una serie di risposte che sono sostanzialmente analoghe a quelle fornite dalle persone detenute.
Innanzitutto la scarsa partecipazione ad attività formative sulla sa-

[8] *La scabbia viene spesso indicata tra le principali malattie della pelle trasmissibili in carcere: abbiamo quindi distinto tra* malattie della pelle *come categoria generale e* scabbia *per raccogliere la percezione degli intervistati sul rischio rappresentato sia dall'insieme di malattie che rientrano in questa categoria che dalla malattia specifica. Vediamo come i valori siano tra i più alti in entrambi i casi*

lute riguarda anche il personale di polizia penitenziaria. Per i vari temi proposti, nella maggioranza dei casi gli intervistati hanno risposto di non aver mai partecipato a momenti di formazione. È interessante notare altresì che i pochi eventi formativi risalgono nella maggior parte dei casi a periodi precedenti all'entrata in vigore della riforma. Vediamo nel dettaglio ognuna di queste voci:

- prevenzione diffusione malattie infettive: *no* nel 64,3% dei casi; *sì* pre-riforma nel 27,4% dei casi e post-riforma nell'8,3% dei casi
- riduzione uso psicofarmaci: *no* nel 77,9% dei casi; *sì* pre-riforma nel 12,3% dei casi e post-riforma nel 9,8% dei casi
- problemi connessi alla dipendenza da sostanze: *no* nel 65,4% dei casi; *sì* pre-riforma nel 23,5% dei casi e post-riforma nell'11,1% dei casi
- iniziative rivolte specificatamente agli stranieri: *no* nell'81,5% dei casi; *sì* pre-riforma nel 11,7% dei casi e post-riforma nel 6,8% dei casi

Per quanto riguarda i pareri sul tipo di iniziativa più utile per informare la popolazione detenuta sulle questioni sanitarie, la polizia penitenziaria concorda con i detenuti che sia *organizzare incontri con medici ed esperti* (47,3%), a seguire *distribuire opuscoli informativi* (27,3%) e solo in misura minore *creare gruppi di discussione tra detenuti* (7,3%) e *organizzare incontri con personale penitenziario* (6%). Anche in questo caso una quota rilevante ritiene invece che *nessuna delle iniziative proposte sia utile* (12%, in prevalenza uomini).
Infine, la rilevazione dei bisogni mostra una richiesta di formazione su molti dei temi proposti (nel 33,1% dei casi), *in primis* sulle tematiche relative alla prevenzione di malattie infettive.

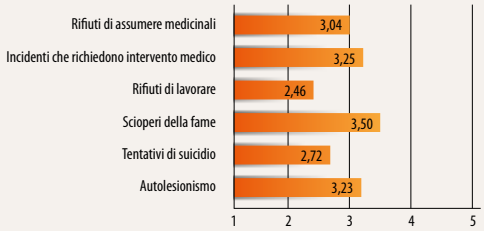
Tab. 3.27 - Quali sono gli argomenti di educazione sanitaria che le interesserebbe di più approfondire?

	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Tossicodipendenze/alcolismo	17,2%	7,7%	15,6%
Diffusione malattie infettive (HIV. TBC, epatiti, ecc.)	32,1%	30,8%	31,9%
Danni provocati dal fumo	9,7%	-	8,1%
Educazione alimentare	6,0%	-	5,0%
Igiene/cura del proprio corpo	6,7%	3,8%	6,2%
Molti di questi	28,4%	57,7%	33,1%
Totale	**100%**	**100%**	**100%**

6 - EVENTI CRITICI E PERCEZIONE DELLA PROPRIA SICUREZZA

Abbiamo chiesto innanzitutto di esprimere un'opinione in merito alla frequenza con cui avvengono una serie di eventi critici.

Grafico 3.13 - Frequenza eventi critici (polizia penitenziaria)



Valori: 1: mai; 2: una volta al mese; 3: 2 o 3 volte al mese; 4: una o più volte alla settimana; 5: quotidianamente

I valori medi evidenziano una maggiore frequenza di scioperi della fame, seguiti da incidenti che richiedono un intervento medico e atti di autolesionismo. In generale si riscontrano comunque valori medi piuttosto elevati.

Abbiamo in seguito posto le stesse domande rivolte alla popolazione detenuta sulla conoscenza in merito alla frequenza di liti gravi (verbali) e di aggressioni fisiche. Rispetto alle prime, rileviamo una discreta disomogeneità nelle risposte, come osserviamo nella tab. 3.28.

Tab. 3.28 - Quante liti gravi (verbali) tra detenuti pensa che ci siano state negli ultimi 6 mesi?

	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Non so	13,7%	4,5%	12,4%
Nessuna	5,3%	4,5%	5,2%
Poche	34,4%	36,4%	34,6%
Molte	38,2%	50,0%	39,9%
Moltissime	8,4%	4,5%	7,8%
Totale	**100%**	**100%**	**100%**

La stessa frammentazione emerge di conseguenza nelle risposte alla domanda sulla preoccupazione generata da tali liti: il 41,4% dichiara di non esserne *per nulla* preoccupato, il 43,4% *un po'*, il

15,1% *molto* (il dato è significativamente maggiore tra le donne - 26,1% - che tra gli uomini - 13,2%). La preoccupazione non risulta in genere tale da aver pensato di chiedere di essere trasferiti di sezione o Istituto (risponde di sì soltanto il 9,9%).
Quanto alle aggressioni fisiche tra detenuti, solo un quinto degli intervistati ritiene che ce ne siano *molte* o *moltissime*.

Tab. 3.29 - Quante aggressioni fisiche a un detenuto da parte di uno o più detenuti pensa che ci siano state negli ultimi 6 mesi?

	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Non so	17,6%	18,2%	17,6%
Nessuna	8,4%	9,1%	8,5%
Poche	52,7%	59,1%	53,6%
Molte	16,8%	4,5%	15,0%
Moltissime	4,6%	9,1%	5,2%
Totale	**100%**	**100%**	**100%**

Tuttavia, il livello di preoccupazione non sembra scendere di molto: il 46,7% dichiara di non esserne per nulla preoccupato, il 41,4% un po', l'11,8% molto. Anche in questo caso, tuttavia, nel 92,2% dei casi tale preoccupazione non risulta in genere tale da aver pensato di chiedere un trasferimento (nelle donne essa è comunque significativamente più alta che negli uomini).
Rispetto all'uso della forza tra detenuti e agenti, rileviamo dati significativamente differenti rispetto alle domande fornite dai detenuti, che riepiloghiamo nella tabella sottostante.

Tab. 3.30 - Frequenza uso forza fisica tra agenti e detenuti

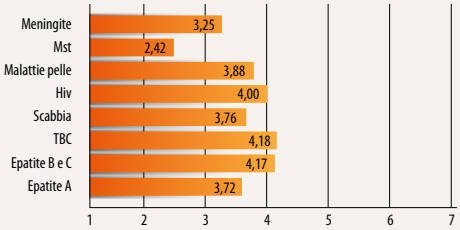
	Uso forza fisica Detenuti vs agenti	Uso forza fisica Agenti vs detenuti
Mai	9%	35,10%
Molto raramente	29,5%	15,6%
Raramente	21,2%	9,1%
Di tanto in tanto	23,7%	1,9%
Spesso	10,3%	1,9%
Molto spesso	2,6%	1,9%
Sempre	3,8%	4,5%
Totale	**100%**	**100%**

Infine, un dato sulla percezione della sicurezza rispetto alla numerosità del personale in servizio. La maggioranza degli intervistati ritiene che il numero degli agenti in servizio, sia di giorno che di notte, non sia sufficiente a garantire un buon livello di sicurezza né per i detenuti né per il personale stesso.

7 - PERCEZIONE MALATTIE INFETTIVE

Una parte del questionario ha inteso raccogliere le percezioni sul rischio che le malattie infettive possono rappresentare per il personale stesso. Come osserviamo nel grafico 3.14 i valori medi delle risposte si attestano su posizioni non "allarmate": la preoccupazione maggiore è rappresentata da TBC, epatite B e C e HIV, ma la probabilità di contrarre ognuna delle malattie infettive indicate viene comunque considerata tra *nulla* e poco più che *bassa*.

Grafico 3.14 - Probabilità di contrarre malattie infettive



Valori: 1: non so; 2: nulla; 3: molto bassa; 4: bassa; 5: moderata; 6: alta; 7: molto alta

Un dato riassume invece la generale sottovalutazione dell'importanza dell'attività di prevenzione: il 40,7% degli intervistati dichiara di non avere a disposizione strumenti di prevenzione quali guanti, mascherine, ecc. Inoltre, il 48,7% si trova in *disaccordo* o *fortemente in disaccordo* con l'affermazione "l'amministrazione penitenziaria ci ha trasmesso tutte le conoscenze in suo possesso sui rischi di trasmissione delle malattie infettive" e solo l'8,8% si trova *d'accordo* o *molto d'accordo* (gli altri sono *indecisi* o *in parte daccordo*).

8 - PROBLEMI SANITARI POPOLAZIONE DETENUTA STRANIERA

Oltre la metà dei poliziotti penitenziari ritiene che gli stranieri presentino problemi sanitari in misura *superiore* o *decisamente superiore* rispetto agli italiani, un terzo in misura *uguale* e solo il 12,8% in misura *inferiore* o *decisamente inferiore*.

In linea con quanto già più volte emerso, viene confermata la tendenza a sottovalutare la diffusione del consumo di sostanze per via iniettiva: il 35% ritiene che tale comportamento sia *pressoché inesistente* tra gli stranieri, il 44,3% che sia *raro ma non del tutto assente*, il 16,1% che sia *abbastanza frequente* (sono soprattutto le donne a pensarlo) e solo il 4% che sia *molto frequente*.

Tra i fattori che incidono sul rapporto tra medico e detenuto straniero, viene messa al primo posto la *carente educazione sanitaria del detenuto*, seguita dal suo *rifiuto a collaborare con l'istituzione penitenziaria* e dalla *scarsa conoscenza della lingua italiana*.

Infine, nella talvolta non facile relazione tra medico e detenuto straniero, gli agenti ritengono in gran parte (gli uomini più che le donne) di svolgere un essenziale ruolo di intermediazione, molto più di quanto possano fare i compagni di detenzione stranieri per esempio.

Tab. 3.31 - Figura che collabora maggiormente nel favorire relazione tra medico e detenuto straniero

	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Mediatore culturale	3,4%	9,1%	4,3%
Agente di polizia penitenziaria	67,8%	45,5%	64,3%
Cappellano	4,2%	4,5%	4,3%
Volontario penitenziario	4,2%	-	3,6%
Compagno di detenzione italiano	6,8%	13,6%	7,9%
Compagno di detenzione straniero	11,9%	9,1%	11,4%
Operatori dell'area trattamentale	0,8%	13,6%	2,9%
Operatori dei servizi territoriali	0,8%	4,5%	1,4%
Totale	**100%**	**100%**	**100%**

9 - RIFORMA SANITÀ PENITENZIARIA

Tra i poliziotti penitenziari intervistati, meno di un terzo (28,3%) dichiara di conoscere i contenuti della riforma della sanità peniten-

ziaria. Il 53,3% sostiene di averne sentito parlare ma di non sapere esattamente di cosa si tratti, mentre il 18,4% ne ignora tanto i contenuti quanto l'esistenza. Quanto alle impressioni sulle evoluzioni del servizio sanitario, queste sembrano molto variegate. I servizi sanitari in genere, per esempio, vengono definiti *inalterati* nel 39,7% dei casi, *migliorati* nel 28,1% e *peggiorati* nel 32,2%. Stessa disomogeneità per la disponibilità dei farmaci: *inalterata* nel 32,6%, *migliorata* nel 35,4% e *peggiorata* nel 31,9%. La tutela del diritto alla riservatezza del detenuto viene invece considerata in gran parte *inalterata* (50%), o *migliorata* (43,2%), mentre soltanto il 6,9% la ritiene *peggiorata*.

Una percezione di generale immutabilità o peggioramento riguarda invece i tempi di attesa per lo svolgimento di esami clinici o per le visite in strutture ospedaliere esterne. Nel primo caso i tempi vengono considerati *inalterati* nel 45,6% dei casi, *aumentati* nel 36,7% dei casi e *diminuiti* solo nel 17,7%. Per quanto riguarda invece i tempi di attesa per le visite esterne, il 22,2% ritiene siano *inalterati*, il 59% *aumentati* e solo il 18,8% *diminuiti*. Il 77,6% sostiene però che sia aumentato il ricorso a visite esterne e questo determinerebbe un maggior carico di lavoro per la polizia penitenziaria (la pensa così l'83,7%).

Un ulteriore argomento che si è inteso approfondire è l'impressione della polizia penitenziaria relativamente alla conoscenza della riforma da parte dei detenuti, italiani e stranieri. Circa la metà degli intervistati dichiara di non sapere se i detenuti (sia italiani che stranieri) siano a conoscenza o meno dell'entrata in vigore della riforma. Solo il 3,4% ritiene che essi ne siano completamente consapevoli (1,4% se consideriamo specificatamente gli stranieri); il 19,9% ritiene che siano in parte consapevoli (11% se consideriamo solo gli stranieri); il 18,5% ritiene ne siano consapevoli in minima parte (9,6% se consideriamo solo gli stranieri); il 10,3% ritiene che non ne siano per nulla consapevoli (il dato sale al 26% se consideriamo solo gli stranieri).

Anche in conseguenza della scarsa consapevolezza presunta, la maggior parte dei poliziotti penitenziari ritiene che i detenuti (sia italiani che stranieri) non considerino la riforma né positivamente né negativamente, bensì che siano sostanzialmente indifferenti.

Infine, due brevi considerazioni sulle opinioni che i poliziotti penitenziari hanno del loro rapporto con i medici/infermieri e della loro professionalità. Il 61% ritiene che il proprio rapporto con gli

operatori sanitari sia *uguale a prima* (da rilevare però che il 32,1% lo considera *migliorato*, mentre solo l'8,9% lo considera *peggiorato*). Il 52,4% ritiene invece *invariata* la professionalità dei medici, ma, anche in questo caso, occorre sottolineare che il 33,8% la ritiene *migliorata* e soltanto il 13,7% la considera *peggiorata*.

3.4 Percezioni e opinioni dello staff sanitario

1 - CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE

I questionari compilati dal personale sanitario sono 189 (4 dei quali largamente incompleti, quindi non utilizzabili), di cui 99 donne e 86 uomini. Sono state coinvolte varie figure di operatori: dirigenti sanitari, medici di guardia, specialisti, infermieri, psicologi (anche dei SerT), ecc., come riportato nella tab. 3.32.

Tab. 3.32 - Ruolo e genere

	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Dirigente sanitario	17	11	28
Medico di guardia	15	7	22
Specialista	13	17	30
Infermiere	24	35	59
Psicologo	4	8	12
Psicologo (presidio tossicodipendenze)	1	2	3
Altro	12	19	31
Totale	**86**	**99**	**185**

Gli operatori sanitari entrati in servizio prima della riforma costituiscono i due terzi del campione, mentre un terzo è entrato in servizio dopo. Coloro che sono stati assunti dopo la riforma sono in prevalenza donne e giovani (un terzo ha meno di 35 anni e due terzi meno di 45 anni - contro, rispettivamente, il 5,9% e il 24,4% di chi è in servizio da più tempo) e si tratta in prevalenza di infermieri e specialisti.

Tab. 3.33 - Da quanto tempo lavora qui

	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Meno di 1 anno	7,3%	24,2%	16,4%
Da 1 a 3 anni	15,9%	15,8%	15,8%
Da 3 a 8 anni	20,7%	21,1%	20,9%
Da 8 a 15 anni	14,6%	20,0%	17,5%
Oltre 15 anni	41,5%	18,9%	29,4%
Totale	**100%**	**100%**	**100%**

2 - INGRESSO IN CARCERE E STRUTTURE SANITARIE

L'85,5% degli intervistati dichiara che esiste un presidio Nuovi Giunti nell'Istituto. Più della metà sostiene che viene svolto un colloquio con lo psicologo il giorno stesso dell'entrata (21,5%) o entro il giorno successivo (35,6%), circa un terzo (33,1%) dichiara che questo avviene entro una settimana, mentre il 9,8% afferma che non è possibile farlo per tutti i nuovi ingressi.

Abbiamo chiesto altresì qual è il tipo di richieste rivolte dai detenuti in sede di visita medica d'ingresso. Nel 42,3% dei casi essi rispondono un *sostegno medico*, nel 26,3% un *sostegno socio-assistenziale*, nel 21,9% un *sostegno psicologico*, nell'8,8% un *sostegno legale* e nello 0,7% un *sostegno per i propri familiari*. Se consideriamo esclusivamente i detenuti stranieri, i dati non si discostano molto, anche se aumentano le richieste di *sostegno legale* e diminuiscono quelle di *sostegno psicologico.*

Tab. 3.34 - Richieste detenuti stranieri primo colloquio con medico

	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Sostegno legale	17,9%	13,4%	15,7%
Sostegno medico	38,8%	46,3%	42,5%
Sostegno socio-assistenziale	29,9%	28,4%	29,1%
Sostegno psicologico	9,0%	4,5%	6,7%
Sostegno per i familiari	1,5%	-	0,7%
Altro	3,0%	7,5%	5,2%
Totale	**100%**	**100%**	**100%**

Lamentele dovute alla violazione della privacy non avverrebbero *mai* secondo il 35,2% degli intervistati, *in casi sporadici* secondo il 23,3%, *qualche volta* secondo il 36,5% e *sovente* secondo il 5%. Esse proverrebbero in prevalenza dai *detenuti o loro familiari* (75,5%) e, in seconda battuta, dal *personale sanitario* (19,1%). Secondo gli operatori assunti dopo la riforma, il numero di lamentele provenienti dal *personale sanitario* (32%) è più alto, mentre diminuiscono le rimostranze provenienti da *detenuti o loro familiari* (68%). Praticamente inesistenti invece a questo proposito le voci del *personale trattamentale*, del *magistrato di sorveglianza*, della *polizia penitenziaria* e degli *avvocati*.
Per quanto riguarda gli esami proposti al detenuto al momento dell'ingresso, questo è il quadro fornito dal personale sanitario: l'emocromo viene proposto secondo il 75,4% degli intervistati, il test TBC secondo il 76,2%, il TPHA RW secondo l'80,2%, i markers virali epatite A secondo il 65,9%, i markers virali epatite B secondo l'86%, i markers virali epatite C secondo l'86,8%, il test HIV secondo il 90,4%, i cataboliti urinari secondo il 66,1%.
Il 59,9% dichiara poi che nell'Istituto sono presenti strutture non funzionanti, mentre molti operatori sanitari (35,5%) affermano che mancano apparecchiature medicali ed elettromedicali da loro considerate necessarie, in particolare un laboratorio di analisi (21,7%) e la telemedicina (17,4%), ma anche l'ecografo, strumenti per TAC, il radiografo, strumentazioni dentistiche e per fratture lievi.

3 - QUALITÀ DELLA VITA DETENTIVA

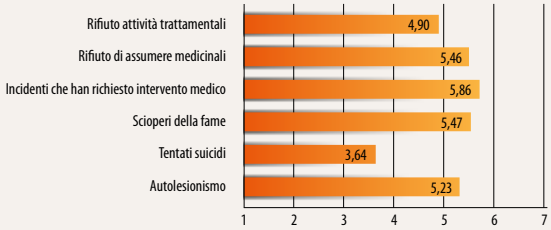
Rispetto alle opinioni espresse dalla popolazione detenuta e dalla polizia penitenziaria, gli operatori sanitari mostrano un minore allarme in merito all'incidenza della scarsa qualità delle celle e degli spazi comuni sulla salute della popolazione detenuta. Il 38,4% ritiene che le condizioni delle celle costituiscano un rischio per la salute *spesso*, *molto spesso* o *sempre*. Il 20,1% pensa che lo siano solo *di tanto in tanto*, il 29,9% che lo siano *raramente* o *molto raramente*, l'11,6% che non lo siano *mai*.
Per quanto riguarda le condizioni degli spazi comuni, il 31,5% ritiene che esse rappresentino un rischio per la salute delle persone recluse *spesso*, *molto spesso* o *sempre*, il 18,9% *di tanto in tanto*, il 37,7% *raramente* o *molto raramente*, l'11,9% *mai*. È interessante sottolineare che in entrambi i casi le risposte fornite dalle donne

sono significativamente più "allarmate" rispetto agli uomini, così come lo sono, in parte, quelle fornite dagli operatori sanitari assunti dopo l'entrata in vigore della riforma.
Gli operatori sanitari risultano invece in generale maggiormente preoccupati del rischio rappresentato dal sovraffollamento: il 37,1% afferma che esso ha reso la fornitura del servizio sanitario molto più difficile, il 47,2% talvolta più difficile, mentre solo il 15,7% ritiene che non abbia inciso. Dati simili rispetto all'incidenza sulla fornitura del servizio psicologico: il 38% pensa che il sovraffollamento lo abbia reso molto più difficile, il 48,7% talvolta più difficile e solo il 13,3% sostiene che esso non abbia inciso.

4 - EVENTI CRITICI E RICOVERI ESTERNI

Abbiamo chiesto agli operatori sanitari di esprimersi sulla frequenza di un elenco di eventi critici negli ultimi 12 mesi. Dal grafico di sintesi emerge che i dati non si discostano molto da quelli forniti dalla polizia penitenziaria: più frequenti sono stati gli *incidenti che hanno richiesto un intervento medico*, seguiti da *scioperi della fame* e *rifiuti di assumere medicinali*. Anche i valori dell'*autolesionismo* sono piuttosto alti e i *tentati suicidi*, sebbene si collochino tra i meno frequenti, costituiscono un evento tutt'altro che raro.

Grafico 3.15 - Eventi critici (staff sanitario)



Valori: 1: nessuno; 2: da 1 a 3; 3: da 4 a 8; 4: da 9 a 16; 5: da 17 a 30; 6: da 31 a 60; 7: oltre 60

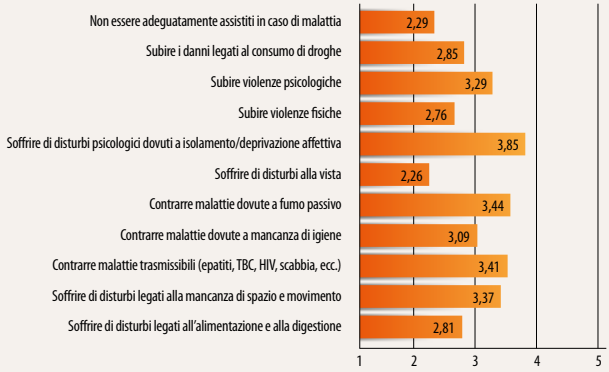
Il servizio di Guardia Medica è presente h24 nel 92,7% dei casi. Le principali strumentazioni per interventi d'urgenza (defibrillatore, pallone Ambu, bombola ad ossigeno con mascherina, farmaci di

emergenza, materiali di piccola chirurgia) erano invece presenti già prima della riforma secondo oltre il 90% degli intervistati.
Un dato interessante che emerge dal questionario riguarda i motivi di ricovero esterno, soprattutto se analizziamo le peculiarità degli stranieri. I ricoveri per *autolesionismo*, in particolare, sono significativamente più alti per gli stranieri (13,4% contro il 2,8%), così come, in una certa misura, quelli per *malattie infettive* (7% contro l'1,4%). In generale, invece, gli stranieri uscirebbero molto meno per *problemi cardiologici* rispetto alle medie generali (2,8% contro il 13,20%). L'*intervento chirurgico* rappresenta comunque il principale motivo di uscita secondo il 30,6% degli intervistati, seguito dalla *necessità di effettuare diagnosi/accertamenti complessi* (22,9%).

5 - FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE

I fattori considerati come più rischiosi per la salute sono l'*isolamento e/o deprivazione affettiva*, il *fumo passivo* e il *contrarre malattie infettive*. Tutti questi sono considerati tra l'*abbastanza* e il *molto* rischiosi, così come la *mancanza di spazio e movimento*, le *violenze psicologiche* e la *mancanza di igiene*. È interessante sottolineare che gli operatori assunti dopo la riforma esprimono mediamente un livello di preoccupazione maggiore rispetto ai vari item proposti.

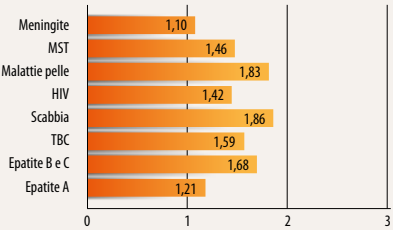
Grafico 3.16 - Fattori di rischio per la salute (staff sanitario)



Valori: 1: per niente; 2: poco; 3: abbastanza; 4: molto; 5: moltissimo

I rischi più alti di contrarre malattie infettive, secondo gli operatori sanitari, riguardano invece la *scabbia*, le *malattie della pelle in generale* e le *epatiti B o C* (considerati comunque in media tra basso e medio rischio), mentre i rischi minori sono rappresentati da *epatite A e meningite*. I rischi percepiti sono in generale significativamente più bassi rispetto a quanto espresso dalla polizia penitenziaria, mentre gli operatori sanitari assunti dopo la riforma ritengono i rischi di contrarre malattie infettive in media lievemente più alti rispetto ai medici assunti precedentemente (soprattutto per quanto riguarda le epatiti A, B e C e l'HIV).

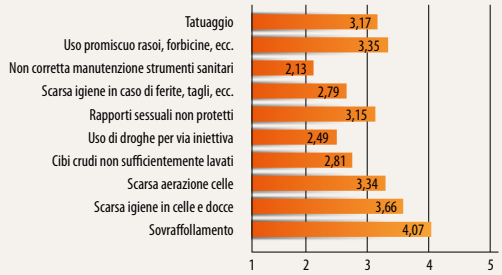
Grafico 3.17 - Rischio di contrarre malattie infettive (staff sanitario)



Legenda: 0 = nessun rischio; 1 = basso rischio; 2 = medio rischio; 3 = alto rischio

Infine, per quanto riguarda i fattori di trasmissione delle malattie infettive, il più significativo secondo gli operatori sanitari è decisamente il sovraffollamento (tra il *molto* e il *moltissimo*), seguito dalla scarsa igiene nelle celle e nelle docce, dall'uso promiscuo di rasoi, forbicine, ecc. e dalla scarsa aerazione delle celle.
Il 47,4% sostiene poi che l'uso di droghe per via iniettiva sia *pressoché inesistente*, il 41,7% *raro ma non del tutto assente*, il 10,3% *abbastanza frequente* e solo lo 0,6% *molto frequente*. I dati sono del tutto simili alla domanda specifica sulla popolazione straniera e, in generale, gli operatori assunti post-riforma ritengono in misura maggiore che tale comportamento sia *pressoché inesistente* rispetto agli operatori di più lunga esperienza.

Grafico 3.18 - Fattori di trasmissione malattie infettive (staff sanitario)

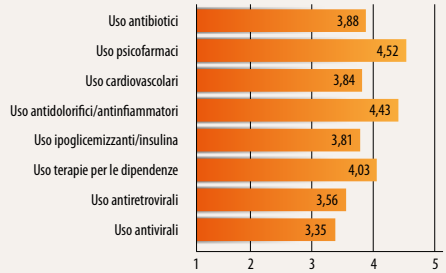


Valori: 1: per niente; 2: poco; 3: abbastanza; 4: molto; 5: moltissimo

6 - FARMACI

Secondo la percezione dello staff sanitario, non emergono significative differenze tra italiani e stranieri per quanto riguarda la tipologia di farmaci più utilizzati (sebbene la frequenza media relativamente all'uso da parte degli stranieri risulterebbe più bassa rispetto agli italiani). Gli psicofarmaci sono in assoluto i più utilizzati, seguiti dagli antidolorifici e dalle terapie per le dipendenze. In questi casi l'uso viene definito tra l'*abbastanza frequente* e il *molto frequente*.

Grafico 3.19 - Uso farmaci



Valori: 1: nullo; 2: raro; 3: nella norma; 4 abbastanza frequente; 5: molto frequente

Nel 95,5% dei casi gli intervistati affermano che è possibile richiedere all'esterno medicinali non presenti nella farmacia dell'Istituto. I tempi

di attesa sarebbero però variabili: da 0 a 12 ore secondo il 31,8%, da 13 a 24 ore secondo il 23,8%, da 25 a 48 ore secondo il 18,5%, da 49 a 72 ore secondo il 4,6%, oltre 72 secondo il 21,2%.
Quanto alla possibilità di continuare terapie in corso al momento dell'ingresso, la maggior parte degli intervistati (72%) sostiene che sia possibile per tutti i farmaci. Un quarto del campione (25,5%) afferma che sia possibile soltanto per i farmaci salvavita e un 2,5% che non sia quasi mai possibile.

7 - INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA

Come per i detenuti e la polizia penitenziaria, abbiamo posto la serie di domande sulla eventuale partecipazione a iniziative organizzate su specifici temi sanitari. Questo il quadro che emerge:

- prevenzione diffusione malattie infettive: la metà degli intervistati non ha mai partecipato, l'altra metà sì, sia prima che dopo la riforma;
- riduzione uso psicofarmaci: 3 operatori su 4 non hanno mai partecipato, 1 su 4 sì, sia prima che dopo la riforma;
- problemi connessi alla dipendenza da sostanze: prima della riforma aveva partecipato il 37%, dopo la riforma il 44,6%;
- iniziative rivolte specificatamente agli stranieri: prima della riforma aveva partecipato il 33,1%, dopo la riforma il 37,3%.

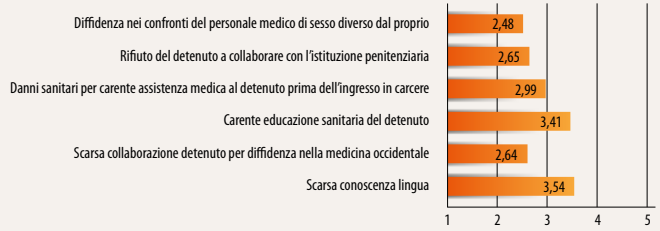
Riguardo a quest'ultimo punto, solo un terzo degli intervistati dichiara che sono state prese misure sanitarie (anche di carattere informale) rivolte specificatamente agli stranieri. Si tratterebbe in prevalenza di *materiale cartaceo* (38%), seguito da *counseling con specialisti* (26%), *gruppi di discussione* (12%), *incontri con un mediatore culturale* (6%) o *molti di questi* (18%).
Secondo il 66,2% degli intervistati, invece, negli ultimi 3 anni ci sarebbero stati dei corsi di formazione su tematiche sanitarie rivolti agli operatori, che hanno coinvolto in particolare lo staff sanitario (94,7%), la polizia penitenziaria (88,6%), gli operatori del trattamentale (75,3%) e, in misura molto minore, i volontari (37%).

8 - IL RAPPORTO OPERATORE SANITARIO - PAZIENTE STRANIERO

Il 30,9% degli intervistati (molti meno rispetto alla polizia penitenziaria) ritiene che gli stranieri presentino problemi sanitari in misura *superiore* rispetto agli italiani (l'8,6% in misura *decisamente superiore*, il 47,5% *uguale*, l'11,1% *inferiore*, l'1,9% *decisamente inferiore*).

Per quanto concerne le criticità che possono incidere sulla relazione medico-paziente, la principale è rappresentata dalla *scarsa conoscenza della lingua*, seguita dalla *carente educazione sanitaria del detenuto* e dai *danni sanitari legati alla carente assistenza medica al detenuto nel periodo precedente all'ingresso in carcere*. Secondo i medici assunti dopo la riforma, l'incidenza di molti fattori sarebbe minore, in particolare: la diffidenza del detenuto verso la medicina occidentale, la scarsa educazione sanitaria del detenuto, la carente assistenza medica al detenuto prima di entrare in carcere, il rifiuto di collaborare con l'istituzione penitenziaria, la diffidenza verso il personale medico di sesso diverso dal proprio.

Grafico 3.20 - Fattori che incidono sul rapporto medico-paziente straniero



Valori: 1: per niente; 2: poco; 3: abbastanza; 4 molto; 5: moltissimo

In generale, la figura che collabora maggiormente nel favorire la relazione tra medico e detenuto straniero è, secondo gli operatori sanitari intervistati, il *compagno di detenzione straniero* (40%), seguito dall'*agente di polizia penitenziaria* (21,5%), dal *mediatore culturale* (10,8%) e dall'*operatore del trattamentale* (9,2%). Il *compagno di detenzione italiano*, i *volontari*, gli *operatori dei SerT* e il *cappellano* vengono considerati figure meno centrali in questo senso. Da sottolineare che i medici assunti dopo la riforma attribuiscono un ruolo molto più significativo agli *operatori dell'area trattamentale* (17,1%) e al *mediatore culturale* (19,5%).

9 - RIFORMA SANITÀ PENITENZIARIA

Il 17,9% degli intervistati ritiene che il trasferimento dei servizi di cura della persona sia avvenuto *completamente*, il 39,1% *quasi completamente*, il 36,4% *in parte,* il 2% *quasi per nulla* e il 4,6% *per nulla*. Al contem-

po, occorre rilevare che il 47,6% delle risposte riportano che non esiste, all'interno dell'ASL, un dipartimento dedicato alla sanità penitenziaria.
Nell'opinione dei medici, i detenuti risultano in gran parte consapevoli dell'entrata in vigore della riforma: il 9% risponde *completamente*, il 34,9% *in parte*, il 10,9% *in minima parte* e il 6,4% *per nulla* (la maggioranza però, il 39,1% risponde *non saprei*). Coloro che ne sono consapevoli, sarebbero al contempo in gran parte *indifferenti* alla stessa (62,4%), mentre il 26,8% ritiene che la giudichino *positivamente* o *molto positivamente* e il 10,9% *negativamente* o *molto negativamente*. Il livello di consapevolezza scenderebbe, secondo i medici, tra gli stranieri: solo il 3,4% ritiene che siano *completamente* consapevoli, il 17,4% *in parte*, il 16,8% *in minima parte* e il 16,8% *per nulla* (anche in questo caso gli indecisi costituiscono quasi la metà degli intervistati, il 45,6%). I giudizi invece non si discostano di molto dalle medie di cui sopra. Occorre sottolineare altresì che i medici entrati in servizio dopo la riforma ipotizzano una valutazione positiva da parte dei detenuti (sia italiani che stranieri) in misura molto maggiore rispetto ai medici in servizio da prima.
Gli operatori sanitari esprimono invece un giudizio sostanzialmente neutro o positivo della riforma: il 62,4% ritiene che i livelli di prestazione sanitaria siano *migliorati* o *molto migliorati*, il 26,2% ritiene siano *inalterati* e soltanto l'11,3% che siano *peggiorati* o *molto peggiorati*. Vediamo nel dettaglio alcuni aspetti:

- la disponibilità dei farmaci sarebbe sostanzialmente *inalterata* (23,8%) o *migliorata* (60,2%), solo il 16,1% ritiene sia *peggiorata*
- la possibilità di svolgere attività di prevenzione sarebbe *migliorata* per il 50,4%, *inalterata* per il 37,4% e *peggiorata* per il 12,3%
- la tutela del diritto alla riservatezza del detenuto sarebbe *migliorata* secondo il 55,7%, *inalterata* per il 38% e *peggiorata* per il 6,3%
- l'accesso da parte del detenuto alle proprie informazioni sanitarie contenute nella cartella clinica sarebbe *migliorato* per il 49,6%, *inalterato* per il 47,4% e *peggiorato* per il 2,9%
- la presenza con continuità di medici specialisti sarebbe *aumentata* per il 59,3%, *inalterata* per il 27,1% e *diminuita* per il 13,6%

Una maggiore disomogeneità nelle risposte si registra invece rispetto ai tempi di attesa. Quelli per svolgere esami clinici sarebbero *aumentati* secondo il 25,9%, *inalterati* per il 48,2% e *diminuiti* per un curiosamente analogo 25,9%. Quelli per le visite in strutture ospedaliere esterne sa-

rebbero *aumentati* per il 28,3%, *inalterati* per il 52,7% e *diminuiti* per il 19,1%. Da segnalare che il ricorso a visite esterne sarebbe in generale *aumentato* secondo il 62,8% degli operatori sanitari.
Infine, per quanto riguarda i rapporti lavorativi con gli operatori penitenziari, questi sarebbero *migliorati* secondo il 37,6%, *inalterati* per il 45,2% e *peggiorati* per il 17,2%, mentre l'autonomia professionale del medico sarebbe *migliorata* per il 55,3%, *inalterata* per il 38,8% e *peggiorata* per il 5,7%.

3.5 Prospettive a confronto

In questo paragrafo sono raffrontati i risultati emersi dalle risposte fornite da popolazione detenuta, polizia penitenziaria e staff sanitario su alcune questioni ritenute di particolare rilevanza anche in termini operativi. Innanzitutto ribadiremo il peso delle condizioni strutturali degli Istituti penitenziari sulla fornitura e sulla percezione del servizio sanitario (D. Ronco, 2011), rifletteremo poi sugli indicatori del malessere personale di detenuti e agenti e sulla percezione dei fattori di rischio per la salute di tutti gli attori coinvolti nella ricerca. Vedremo come la trasmissione di malattie infettive costituisca una delle maggiori fonti di preoccupazione in ambiente detentivo e come sia possibile e auspicabile individuare delle strategie di formazione/informazione che possano rispondere ai bisogni espressi dai soggetti coinvolti nella ricerca e implementare l'attività di prevenzione.
Alcune considerazioni preliminari rispetto ai punti di criticità e di forza dell'oggetto di studio. La principale criticità è rappresentata dalla difficoltà di realizzare una ricerca, soprattutto di carattere quantitativo, su un tema così complesso - la riforma della sanità penitenziaria - e utilizzando un campione così variegato: detenuti, polizia penitenziaria e operatori sanitari costituiscono una realtà estremamente multiforme in termini di formazione, competenze, approcci culturali (e rilevanti differenze emergono sia tra un gruppo e l'altro che all'interno dei singoli gruppi). La inevitabile semplificazione nella formulazione di molte domande non può necessariamente cogliere la complessità dell'oggetto stesso della ricerca.
Possiamo annoverare, invece, almeno tre punti di forza. In primo luogo la numerosità del campione: sono stati somministrati 1.228 questionari in

un contesto, quello penitenziario, tuttora non così facilmente avvicinabile dalla ricerca empirica, sia italiana che europea. In secondo luogo, la rilevazione prettamente quantitativa è stata notevolmente (e per certi versi inaspettatamente) arricchita da molti approfonditi commenti, lasciati in nota al questionario, che vanno a costituire uno straordinario materiale di tipo qualitativo. Infine, occorre sottolineare che il tema della salute in carcere risente in questa precisa fase storica di una sostanziale lacuna nella disponibilità di dati epidemiologici a livello nazionale. Non esiste tuttora un sistema di raccolta uniforme, per cui i vari dati accumulati dalle diverse ASL o Regioni sul piano locale non trovano una sistematizzazione sul piano nazionale. Una ricerca sulle percezioni non ha certamente l'ambizione di colmare una lacuna di questo tipo, ma può concorrere ad ampliare la conoscenza su un tema su cui non abbiamo molte informazioni e su cui pertanto risulta oltremodo difficile orientarsi nella comprensione.

L'INCIDENZA DELLE STRUTTURE SULLA QUALITÀ DELLA VITA DETENTIVA

"Vorrei solo dire che siamo trattati come cani, che non abbiamo spazio, non abbiamo una palestra, non abbiamo riscaldamento, i servizi sanitari fanno schifo, le docce sono sporche, e spesso e volentieri l'acqua è fredda, la nostra situazione è critica e non abbiamo nemmeno i mezzi per lamentarci delle condizioni in cui siamo. Poi c'è un affollamento nelle celle son tutte piene guardate fate qualcosa per favore" (detenuto)

Quello qui riportato è uno dei numerosi accorati appelli alla riforma delle condizioni detentive scritto in coda a un questionario. La precarietà e fatiscenza di gran parte degli ambienti carcerari è tra i principali fattori responsabili delle criticità sanitarie. Come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, il quadro che emerge rispetto alle condizioni di vita detentiva è fatto di sezioni e celle sovraffollate, in cui il livello di privacy è limitatissimo e il rumore costituisce un rilevante fattore di disagio. *"Siamo in troppi"* è il laconico commento di un recluso. Popolazione detenuta e polizia penitenziaria sostanzialmente concordano sul fatto che le condizioni delle celle e degli spazi comuni costituiscano un serio rischio per la salute delle persone ristrette e per gli operatori stessi; una maggiore disomogeneità emerge tra le opinioni dello staff sanitario, il quale tuttavia esprime preoccupazione per come il sovraffollamento incida

negativamente sull'erogazione del servizio sanitario e del supporto psicologico.
Il livello di sovraffollamento, peraltro, determina il fatto che quasi la metà della popolazione detenuta (il 41,2%) non abbia accesso ad alcuna attività trattamentale: è noto come l'ozio forzato (in regimi che abbiamo appurato essere ancora troppo spesso a celle chiuse) costituisca di per sé un fattore di rischio all'interno del carcere (Gonin, 1994) e che viceversa l'inserimento in attività trattamentali può rappresentare, unitamente ad altri fattori di miglioramento della vita detentiva, un antidoto per limitare i rischi autolesivi e suicidari, l'abuso di psicofarmaci o di sostanze stupefacenti e, più in generale gli "handicap psicofisici" determinati dallo stato di cattività (Gallo, Ruggiero, 1989).
Ed è proprio in quest'ottica probabilmente che sono pervenute da parte degli stessi detenuti una serie di richieste, spesso non immediatamente ricollegabili al servizio sanitario (alle quali cioè esso non è in grado di ottemperare direttamente), ma senza dubbio strettamente correlate al concetto di salute. In tal senso possiamo leggere a titolo esemplificativo le seguenti testimonianze: *"Il carcere è portatore di malattie mentali e psichiatriche prima di malattie virali e infettive, dove non c'è rieducazione e reinserimento al lavoro ci sono molte malattie croniche e sono malattie che ci riportiamo per tutta la vita."*
"L'investimento deve essere orientato all'informazione come alla ricerca di fondi per assolvere alle cure, all'igiene, all'alimentazione dei detenuti, come anche alla attuazione di programmi rieducativi interni volti allo sport, all'apertura ad attività che incidono positivamente sulla persona: studio, teatro, incontri con persone esterne di volontariato."
I fattori strutturali (carenza di risorse e spazi e sovraffollamento, in particolare) incidono altresì su quelli che le indagini socio-sanitarie definiscono *stili di vita,* che contribuiscono a descrivere lo stato di salute personale. Il 58,7% dei detenuti afferma che il proprio consumo di cibo è diminuito o molto diminuito negli ultimi 6 mesi (il dato sale al 68,11% se consideriamo solo gli stranieri). Molti detenuti si considerano sottopeso (un quinto degli italiani e un terzo degli stranieri); la qualità e varietà del cibo viene considerata scadente da oltre la metà dei detenuti, mentre i due terzi degli intervistati ritengono

insufficiente la quantità distribuita. Più della metà degli intervistati dichiara di non impegnarsi regolarmente in un'attività fisica e, chi lo fa, non sempre utilizza gli spazi comuni interni o esterni, ma in molti casi si allena all'interno della propria cella.
Da più parti è emerso di conseguenza come un miglioramento delle condizioni sanitarie generali non possa prescindere da cambiamenti di carattere strutturale, sul sovraffollamento *in primis*. Così scrive un detenuto: *"Credo che se non trovano prima una soluzione per i problemi del sovraffollamento non riescono a risolvere nessun altro tipo di problema sia igienico che sanitario."*

I LIVELLI DI BENESSERE/MALESSERE PERSONALE DI DETENUTI E AGENTI

Abbiamo appurato come una serie di indicatori del benessere/malessere personale esprimano una situazione di profondo disagio quotidiano delle persone recluse. Vari classici della sociologia della vita carceraria hanno descritto tali aspetti utilizzando concetti come quello di *prigionizzazione* (Clemmer, 1941) o di *privazioni e frustrazioni della prigione moderna* (Sykes, 1958), che possono fare da sfondo alla nostra analisi sul campo.
Il principale motivo di malessere è rappresentato dalle preoccupazioni per la famiglia e lo testimoniano numerosi commenti liberi.
"L'isolamento totale, si intende, la lontananza dalle famiglie e dalle mogli e figli fa sì che la depressione si apra un varco nella propria mente ed è rischioso come si sa negli ultimi anni i suicidi sono aumentati di parecchio sia da parte dei detenuti che dal personale penitenziario."
"Penso che bisogna fortemente diminuire la somministrazione di psicofarmaci poiché sono nocivi alla salute mentale. È necessario sostenere i pazienti con psicologi al fine che gli stessi superano le problematiche dovute alla detenzione e al distacco dai propri affetti."
L'isolamento relazionale e affettivo viene quindi considerato frequentemente non soltanto traumatico di per sé, ma altresì un fattore di crescita di altri rischi legati alla salute, come quello suicidario[9]

[9] *L'aumento dei suicidi in carcere, evidenziato da uno dei commenti qui riportati, costituisce una percezione non corroborata dai dati. Tuttavia, è comprovato che il numero di tali gesti all'interno del carcere sia estremamente più elevato rispetto all'esterno.*

o l'abuso di psicofarmaci.
Ma le persone recluse esprimono valori medi molto alti in relazione a pressoché tutti gli indicatori proposti: preoccupazioni economiche, frustrazione per dover stare in un ambiente chiuso, frequenti stati di tristezza/vuoto/depressione, sintomi più manifestamente fisici come dolori alla schiena o muscolari, mal di testa o fatica, fino ad arrivare al più estremo dei sintomi di malessere, il pensiero ricorrente alla morte.
Molti altri indicatori contribuiscono a descrivere lo stato di malessere quotidiano. Un detenuto su cinque dichiara che negli ultimi 6 mesi il suo consumo di fumo è notevolmente aumentato. Abbiamo già sottolineato, inoltre, come le condizioni strutturali di fatto incidano drammaticamente sulla quantità, qualità e varietà del cibo consumato e impediscano spesso di svolgere una corretta attività fisica in spazi idonei allo scopo.
Dalla lettura dei commenti liberi lasciati dai detenuti, emerge un ulteriore fattore di forte disagio, non rilevato approfonditamente attraverso gli indicatori quantitativi, che è rappresentato dal forte senso di sconforto relativo alla sensazione di non essere considerati e/o trattati con dignità.
"Noi in carcere rappresentiamo una figura o un volto senza nessuna espressione."
"Noi carcerati da molti siamo considerati rifiuti della società pertanto.. chissenefrega della salute di un reietto, un rifiuto sociale, uno che non è nulla una volta varcata la soglia del carcere."
Tale sconforto spesso assume il significato di una profonda disillusione rispetto alle istituzioni e alla concreta possibilità di veder tutelati determinati diritti.
"Scusate ma qui dentro ogni giorno è una lotta alla sopravvivenza del resto il mio grido di aiuto è vano."
"Bisognerebbe concedere il beneficio del dubbio su qualsiasi richiesta che il detenuto possa fare, di avere più fiducia nonostante siano stati commessi dei reati e dare una possibilità a chiunque possa sembrare inaffidabile. Dare più attenzioni alle richieste del detenuto. Non ci sono parole per definire quanto il carcere non sia rieducativo e come una persona possa perdere fiducia nelle istituzioni."
Abbiamo evidenziato anche come la manifestazione di un forte

disagio non riguardi esclusivamente la popolazione reclusa, ma altresì gli operatori di polizia penitenziaria. Anch'essi esprimono significativi livelli di malessere personale, che sono *in primis* fisici (frequenti dolori alla schiena e mal di testa), ma altresì mentali (le preoccupazioni per la famiglia sono avvertite in maniera significativa anche dagli agenti: ricordiamo a tal proposito che molti di loro lavorano in Istituti spesso distanti da dove la propria famiglia risiede) e psico-somatici (tensione/ansia, disturbi del sonno, ecc.). I periodi di malattia/infortunio degli operatori di polizia penitenziaria costituiscono un altro indicatore del malessere generalizzato: quasi la metà degli intervistati dichiara di essere stato malato/infortunato fino a 3 settimane negli ultimi 6 mesi. Anche i livelli di malessere espressi dalla polizia penitenziaria vengono a costituire così un tema che richiede attenzione, ai fini del miglioramento di condizioni lavorative di per sé difficoltose, il che conseguentemente non potrebbe che influire positivamente sul rapporto agente-detenuto e quindi sul clima generale di vita detentiva.

La percezione della propria sicurezza può costituire un ulteriore fattore di disagio, sia per i detenuti che per gli agenti. Partendo da questi ultimi, abbiamo rilevato come ben oltre la metà ritenga che il personale in servizio nei vari turni non sia sufficiente a garantire un buon livello di sicurezza né per i detenuti, né per il personale stesso. Anche la numerosità delle liti verbali e delle aggressioni fisiche tra detenuti costituisce una fonte di preoccupazione per una parte degli operatori, così come per una parte dei detenuti stessi, sebbene i valori delle risposte non date in entrambi i casi siano molto alti, a testimoniare come gli interrogativi sulla violenza fisica all'interno del carcere rappresentino ancora spesso un tabù. Tale considerazione sembra confermata altresì dalla totale assenza di commenti liberi aventi ad oggetto questo argomento.

LA PERCEZIONE DEL RISCHIO

"Se ti ammali in galera rischi tanto!" (detenuto)

La ricerca ha provato a indagare su due dimensioni del rischio percepito dai vari attori coinvolti: quello rappresentato dalle caratteristiche in sé della vita detentiva e delle ripercussioni sulla salute dei reclusi e quello specifico di contrarre malattie infettive (quali, con

che probabilità e in che modo).
Le persone detenute individuano come principale rischio per la salute il soffrire di disturbi legati alla mancanza di spazio e movimento, seguito dal contrarre malattie per mancanza di igiene e non essere adeguatamente assistiti in caso di malattia. I principali fattori di rischio indicati dalla polizia penitenziaria sono invece le malattie trasmissibili, il fumo passivo e la mancanza di igiene. Lo staff sanitario individua invece come principale rischio il soffrire di disturbi psicologici dovuti ad isolamento e/o deprivazione affettiva, seguito dal contrarre malattie da fumo passivo e malattie trasmissibili.
In generale rileviamo che i valori di rischio indicati dai detenuti sono in media significativamente più alti rispetto a quelli indicati da medici e polizia penitenziaria. Nelle risposte fornite dalle persone recluse emerge inoltre una nota di sfiducia rispetto al sistema sanitario ("non essere adeguatamente assistiti in caso di malattia") che, come vedremo in seguito, è stata evidenziata più volte.
Sia operatori sanitari che polizia penitenziaria indicano invece tra i principali rischi, oltre alle malattie trasmissibili su cui torneremo a breve, i danni provocati dal fumo. Così scrive un operatore della polizia penitenziaria, in uno dei pochi commenti lasciati da tale categoria: "*Un problema che viene sottovalutato all'interno degli istituti è il fumo passivo: tutte le istituzioni ne parlano all'esterno e lo contrastano, ma sembrerebbe che tutto ciò negli istituti non ha nessuna regola*." Sebbene i due terzi degli operatori di polizia penitenziaria dichiarino di non fumare, l'inesistenza di una distinzione tra spazi riservati a fumatori e non fumatori costituisce un rilevante problema sanitario per tutti i soggetti che si trovano reclusi o che trascorrono la propria giornata lavorativa in carcere.
Un dato che invece accomuna le risposte fornite da tutti gli attori coinvolti è il minor peso attribuito a due specifici item: subire violenze fisiche e subire danni legati al consumo di droghe. I valori medi indicano risposte tra il *poco* e l'*abbastanza* rischioso, con punte più alte tra i medici. Indagando nello specifico quest'ultimo punto, inoltre, emerge che gli operatori sanitari assunti dopo la riforma ritengono, in misura maggiore rispetto agli operatori in servizio da più tempo, che l'uso di droghe per via iniettiva sia un

comportamento pressoché inesistente all'interno del carcere.
Tale dato è confermato peraltro dalle risposte fornite alla domanda sui principali fattori di trasmissione di malattie infettive: sia gli operatori sanitari che la polizia penitenziaria, che la popolazione detenuta mettono agli ultimi posti della classifica dei fattori di trasmissione proprio l'uso di droghe per via iniettiva e, detenuti e polizia penitenziaria nello specifico, anche i rapporti sessuali non protetti (in tal senso è interessante notare altresì che le malattie sessualmente trasmissibili sono anch'esse agli ultimi posti della classifica delle malattie trasmissibili in carcere, sia secondo i medici che secondo la polizia penitenziaria). Riscontriamo quindi una generale minimizzazione del rischio legato ad alcuni comportamenti tuttora non assimilati dalla cultura carceraria. Le stesse domande sulla violenza e sull'uso della forza, abbiamo visto, presentano alte percentuali di risposte "non so", a rappresentare una ritrosia nell'affrontare determinati argomenti, ben comprensibile se pensiamo che si tratta di confessare una grave violazione del regolamento. Da parte dei detenuti, emerge di tanto in tanto una più generalizzata paura di esprimere pienamente le proprie opinioni, nel timore che possano essere lette ed utilizzate contro il loro principale obiettivo: la liberazione. Eloquente in tal senso il seguente commento: *"Avrei altro da dire ma non voglio entrare in merito in quanto desidero ottenere i benefici di legge nei termini consentiti..."*
Venendo nello specifico alle malattie infettive, la polizia penitenziaria considera come maggioritaria la probabilità di contrarre malattie della pelle, HIV ed epatite B o C. Gli operatori sanitari mettono al primo posto la scabbia e, a seguire, malattie della pelle ed epatite B o C. I detenuti esprimono preoccupazione soprattutto per il momento dell'ingresso in cella di un nuovo giunto[10].
"A riguardo di malattie igieniche bisognerebbe fare molto di più e prima di metterti una persona in cella o in sezione gli andrebbero fatte tutte le analisi sanitarie, sangue, malattie della pelle, tubercolosi, ecc. Viviamo totalmente in una convivenza forzata dove dobbiamo condividere religioni diverse, mentalità diverse ecc. Tutto questo si potrebbe risolvere ma noi siamo ancora molto lontani."

[10] *Vedi nota 8*

"La situazione igienico sanitaria è molto critica specialmente nelle sezioni nuovi giunti dove si rischia di contrarre malattie infettive tutti i giorni."

Il sovraffollamento viene indicato da tutti i gruppi intervistati come il maggior responsabile della trasmissione di malattie infettive. Incidono poi una serie di fattori *strutturali* (scarsa igiene nelle celle e nelle docce e scarsa aerazione nelle celle), secondo i medici anche l'uso promiscuo di rasoi, forbicine, ecc., secondo la polizia penitenziaria anche il tatuaggio, mentre la popolazione detenuta riconosce un peso significativo anche alla non corretta manutenzione degli strumenti sanitari, manifestando così un ulteriore segnale di sfiducia rispetto alla professionalità dei medici.

I BISOGNI FORMATIVI: ESPERTI E *PEER SUPPORTERS*

La più grave carenza formativa riguarda *in primis* la popolazione detenuta e, in seguito, la polizia penitenziaria. Nel primo gruppo, percentuali tra l'80 e il 90% dichiarano di non avere mai partecipato ad attività formative specifiche su temi sanitari e, nel caso della polizia penitenziaria, i valori non scendono di molto.

Anche una significativa percentuale di operatori sanitari, tuttavia, dichiara di non avere partecipato ad attività formative specifiche: la metà degli intervistati, per esempio, non ha mai partecipato a eventi formativi sulla trasmissione di malattie infettive e i tre quarti sulla riduzione dell'uso di psicofarmaci.

Il bisogno di formazione peraltro emerge in molti commenti liberi lasciati da persone detenute, che esprimono frequentemente apprezzamento per l'attività seminariale svolta, in quanto rara occasione non solo formativa, ma anche di espressione della propria voce.

"Penso che le condizioni di vita in carcere non siano adeguate e non rispettino la civiltà del nostro paese anche in questo Istituto si è cercato di fare qualcosa ma la burocrazia e una falsa moralità fanno di tutto per impedire che ci siano dei fatti concreti in molte occasioni la dignità della persona viene calpestata e ben vengano convegni come questo che oltre ad informare servono anche per poter esprimere il nostro pensiero."

Analoghi bisogni vengono espressi da taluni operatori di polizia

penitenziaria:
"Ritengo che bisogna istituire un punto di ascolto per reperire tutte le problematiche che si verificano all'interno dell'Istituto al fine di predisporre adeguate misure di formazione a tutto il personale, per rendere la vita quotidiana del personale operante più sicura e più motivata."
Sia la popolazione detenuta che gli operatori penitenziari, quindi, evidenziano una forte richiesta di formazione su molti dei temi sanitari proposti, in particolare sulla trasmissione di malattie infettive, ma anche sulle dipendenze. È interessante sottolineare che un'istanza peculiare dei detenuti stranieri (espressa da uno straniero su cinque) riguarda nello specifico la formazione su igiene e cura del proprio corpo.
Prima ancora che su una vera e propria attività formativa, tuttavia, occorre riflettere sulla grave carenza di *informazione* al paziente detenuto: abbiamo rilevato come quasi un terzo delle persone ristrette dichiari di non sapere quali tipi di esami gli siano stati fatti al momento dell'ingresso, dato più elevato peraltro tra gli stranieri. Qualcuno (il 3,8%) dichiara addirittura di non sapere se gli siano stati fatti esami o meno. Questo crea non poche perplessità rispetto alla questione del consenso informato, sia per quanto riguarda gli esami effettuati che per le terapie somministrate, a prescindere dall'adempimento formale. In un commento libero leggiamo, come auspicio di cambiamento: *"Rendere partecipi i detenuti della loro salute informandoli adeguatamente dopo un incontro e lasciandogli un certificato medico come avviene fuori dove gli si dice che terapia ha preso il giorno della visita per quanti giorni"*.
Per quanto concerne le modalità di realizzazione dell'attività formativa, la maggioranza di detenuti e agenti considera importante organizzare incontri con medici ed esperti e, a seguire, distribuire opuscoli formativi. Solo una ristretta minoranza degli intervistati propone di creare gruppi di discussione tra detenuti. Dall'analisi complessiva dei dati raccolti, invece, riteniamo di poter considerare la formazione tramite il meccanismo dei *peer supporters* come un canale che meriterebbe di essere incentivato ed agevolato dalle amministrazioni coinvolte nell'erogazione del servizio sanitario in carcere, soprattutto per quanto riguarda la popolazione straniera. Tale considerazione è il risultato dell'incrocio di alcuni dati.

Innanzitutto, se partiamo dalle caratteristiche socio-anagrafiche del campione di detenuti, rileviamo che gli stranieri presentano più alti livelli di analfabetismo rispetto agli italiani, ma altresì tassi più elevati di diplomati e laureati. Come noto, il livello di acculturazione personale è uno dei fattori alla base del processo di acquisizione di consapevolezza dei propri diritti e della messa in atto di meccanismi di rivendicazione. Se incrociamo questo dato con la tendenza espressa dalle persone recluse a parlare dei propri problemi di natura sanitaria prevalentemente con il compagno di detenzione (e solo in seconda battuta con gli operatori sanitari), si può ritenere che un'attività di trasmissione delle conoscenze da pari a pari possa costituire un efficace metodo di formazione/informazione sui temi sanitari, anche alla luce della difficoltà rilevata a realizzare momenti formativi con esperti. Gli stessi operatori sanitari, inoltre, ritengono che il compagno di detenzione straniero sia la figura che maggiormente collabora nella talvolta difficile intermediazione tra medico e paziente detenuto straniero (per via molto spesso della scarsa conoscenza della lingua, ma anche della carente educazione sanitaria del detenuto stesso).

Occorre considerare, altresì, la frequente manifestazione di sfiducia nei confronti del servizio sanitario offerto, oltre che la percezione di difficoltà nell'accesso: più della metà degli intervistati ha preso la decisione di non richiedere aiuto al servizio sanitario pur in presenza di problemi seri e questo probabilmente anche alla luce del fatto che oltre la metà dei detenuti considera quanto meno difficile, se non impossibile, accedere al servizio sanitario, per via dei lunghi tempi di risposta, ma anche, soprattutto per gli stranieri, per via del meccanismo della "domandina", il modulo che ogni persona detenuta deve compilare per qualunque tipo di richiesta all'amministrazione penitenziaria, tra cui quelle di tipo sanitario. Tale meccanismo, la cui stessa denominazione richiama alla mente il processo di *infantilizzazione* all'interno delle istituzioni totali (Goffman, 2001), potrebbe forse in parte essere superato, per lo meno per quanto riguarda il settore sanitario, attraverso scelte organizzative che consentano di realizzare delle iniziative che vadano nella direzione opposta (dall'operatore sanitario al paziente detenuto). Le visite mediche effettuate in prossimità delle sezioni, come avvie-

ne in alcuni Istituti, accompagnate dalla possibilità dell'operatore sanitario di circolare autonomamente in sezione per raccogliere direttamente le richieste, potrebbero superare il farraginoso sistema delle domandine.

Gli incontri con esperti, per quanto insostituibili e anch'essi da implementare, faticano a raggiungere la totalità della popolazione detenuta, in primo luogo per una ragione strutturale, relativa agli alti flussi di entrate-uscite che indicano permanenze mediamente brevi nello stesso Istituto, il che non può che incidere negativamente sulle politiche sanitarie di informazione e prevenzione. In secondo luogo, è noto come le persone più emarginate all'interno del carcere fatichino maggiormente a essere coinvolte in ogni tipo di attività proposta (trattamentale, ma anche formativa). È una stessa persona detenuta, probabilmente tra le meno emarginate, a mettere in luce questa considerazione. *"Purtroppo attualmente le persone che hanno compilato questo (modulo) sono "fortunate" perché siamo nella migliore sezione dell'Istituto. Quindi questa fotografia che prenderete con questo questionario non sarà tutta la realtà del carcere."*

E di questo occorre tener conto non solo nell'analisi complessiva dei dati raccolti, ma nello specifico nell'attività di programmazione delle politiche di educazione sanitaria, informazione e prevenzione. È importante quindi che le amministrazioni coinvolte si attrezzino per individuare dei meccanismi di *aggancio* di coloro la cui voce trova ancor meno espressione e ascolto e, in tal senso, la mediazione da parte di coloro che dispongono di più strumenti culturali risulta indubbiamente una risorsa da valorizzare.

LA RIFORMA E LA CULTURA GIURIDICA ESTERNA IN TEMA DI SANITÀ PENITENZIARIA

Sulla scia dei filoni di studio KOL (*Knowledge and Opinion about Law*) e LCS (*Legal Consciousness Studies*), interessati all'analisi della "cultura giuridica" (L. M. Friedman, 1978, D. Nelken, 2004) degli individui attraverso la rilevazione delle opinioni sul sistema giuridico o su singole norme che lo compongono, abbiamo provato a indagare sulla coscienza giuridica[11] che i soggetti dell'indagine

[11] *Per "coscienza giuridica" intendiamo l'insieme delle concezioni, opinioni e valutazioni, che un individuo o un gruppo di individui ha nei confronti del diritto (Arnaud et al., 1988)*

(detenuti, agenti, operatori sanitari) hanno in relazione alla riforma della medicina penitenziaria.
Dalla ricerca emerge chiaramente come la popolazione detenuta non conosca di fatto la riforma della sanità penitenziaria: oltre il 60% (il dato sale all'80% se consideriamo soltanto gli stranieri) non sa di cosa si tratti (nel senso che non ne conosce l'esistenza). È interessante notare poi che chi ne ha sentito parlare o ne conosce i contenuti ha ricevuto le informazioni prevalentemente tramite il passa parola dei compagni di detenzione: questo dato sembra consolidare l'idea di implementare il canale della formazione tra pari, che, abbiamo visto, consente di raggiungere in maniera più capillare la generalità della popolazione detenuta rispetto a quanto hanno fatto finora più tradizionali metodi di trasmissione delle informazioni. I pochi soggetti che conoscono la riforma, ne danno sostanzialmente una lettura molto negativa, in quanto ritengono che l'erogazione dei servizi sanitari in generale sia peggiorata (in particolare per quanto riguarda la disponibilità dei farmaci).
Meno di un terzo degli operatori di polizia penitenziaria conosce i contenuti della riforma. L'opinione che ne dà risulta significativamente disomogenea (sia rispetto all'erogazione dei servizi sanitari in genere che rispetto a singoli aspetti), eccetto che per la questione delle visite esterne e dei relativi tempi di attesa, entrambi aumentati secondo molti poliziotti penitenziari (che in tal senso lamentano un conseguente aggravamento del loro carico di lavoro) e dei loro rapporti con gli operatori sanitari, ritenuti sostanzialmente invariati, così come la tutela della riservatezza del detenuto.
Gli operatori sanitari esprimono sostanzialmente un giudizio neutro o positivo della riforma. I livelli di prestazione in genere sarebbero, secondo la maggioranza dei medici, migliorati o inalterati, così i singoli aspetti del servizio sanitario (disponibilità di farmaci, attività di prevenzione, tutela del diritto alla riservatezza del detenuto e accesso alla cartella clinica, presenza specialisti, rapporti con operatori penitenziari e autonomia professionale dei medici). Da sottolineare, invece, una frammentazione nelle risposte relativamente ai tempi di attesa per le visite e i ricoveri esterni, individuati comunque come nodo critico da tutte e tre le categorie.
Abbiamo poi provato a raccogliere le differenze nelle risposte date

dagli operatori sanitari, a seconda che questi siano stati assunti prima o dopo l'entrata in vigore della riforma. Molti dei nuovi ingressi non avevano un termine di paragone con il "prima" e conseguentemente il numero di risposte non date rispetto alla percezione delle evoluzioni è piuttosto alto. Anche rispetto agli aspetti più generali dell'organizzazione del servizio, tuttavia, non emergono significative differenze nelle risposte date dalle due sotto-categorie di operatori sanitari, se non su aspetti specifici richiamati di volta in volta nel report, che qui proviamo a sintetizzare:

1) i medici assunti dopo l'entrata in vigore della riforma sono più consapevoli del ruolo dell'operatore sanitario nel porre lamentele in caso di mancata tutela della privacy durante le visite; sono maggiormente preoccupati del rischio rappresentato dalle condizioni di celle e spazi comuni sulla salute dei reclusi; esprimono mediamente un livello di preoccupazione maggiore rispetto ai vari item proposti come fattori di rischio per la salute e percezioni di rischio più alto di contrarre talune malattie infettive (in particolare epatiti A, B e C e Hiv)
2) i medici più anziani di servizio in carcere, invece, percepiscono come più frequente l'uso di sostanze per via iniettiva e sottolineano maggiormente l'incidenza di alcuni fattori sul rapporto tra medico e paziente detenuto straniero (in particolare la diffidenza del detenuto verso la medicina occidentale, la scarsa educazione sanitaria del detenuto, la carente assistenza medica al detenuto prima di entrare in carcere, il rifiuto di collaborare con l'istituzione penitenziaria, la diffidenza verso il personale medico di sesso diverso dal proprio), seppure minimizzino il ruolo di intermediazione svolto in tal senso da operatori dell'area trattamentale e mediatori.

Le differenze appena richiamate, tuttavia, non sono di particolare rilievo nella sostanza. Le variazioni percentuali nelle risposte non sono così significative da ricavarne dei modelli ben delineati di interpretazione di un'evoluzione della cultura sanitaria. Per avere un quadro completo delle opinioni degli operatori sanitari abbiamo coinvolto nella ricerca una pluralità di soggetti (dirigenti sanitari, medici di guardia, specialisti, infermieri, psicologi dei Sert, ecc.), ma è chiaro che ognuna di queste categorie rappresenta una cultura

professionale specifica e solo in parte inquadrabile in una più generica "cultura sanitaria penitenziaria". La sostanziale omogeneità nelle risposte fornite da operatori assunti prima e dopo l'entrata in vigore della riforma sulla maggioranza delle tematiche proposte, lascia quindi intravedere la probabilità che, allo stato attuale, la situazione non sia di fatto cambiata in maniera significativa. D'altra parte è ragionevole pensare che i tempi di implementazione siano necessariamente lunghi, come ritiene anche una parte dei direttori penitenziari: *"Gli effetti migliorativi della riforma si potranno avere tra qualche anno (anche se alcuni effetti positivi ci sono stati) i primi tre anni sono stati un "caos"*.

Ancora diffusa è quindi, anche tra i medici, la sensazione che il passaggio sia tuttora più formale che sostanziale.

"Credo che il trasferimento al servizio sanitario dei servizi relativi alla cura delle persone detenute abbia affrontato delle modifiche solo dal punto di vista formale (Dlgs 280/99). Per quanto concerne la percezione e la sensibilizzazione su specifiche tematiche sanitarie dal punto di vista operativo ritengo sia rimasto inalterato sia per gli italiani che per gli stranieri."

Tale dato sembra peraltro corroborato dalla percezione generale della popolazione detenuta, che, al di là della conoscenza o meno della riforma, dà un giudizio sostanzialmente negativo del servizio sanitario ricevuto, sia prima che dopo la riforma. In tal senso, la permanenza di retaggi culturali che portano a ritenere la sanità penitenziaria tuttora come un capitolo *ad hoc* del sistema sanitario sembra continuare ad assumere un peso rilevante nel determinare la non piena affermazione dei principi della riforma. nella percezione dei detenuti questo si traduce nella sensazione di essere trattati come cittadini di serie B dagli operatori sanitari, come emerge da un'intervista già precedentemente citata.

"Credo che ci debba essere una migliore organizzazione da parte delle poche forze presenti. E soprattutto rendere partecipi i detenuti della loro salute informandoli adeguatamente dopo un incontro e lasciandogli un certificato medico come avviene fuori dove gli si dice che terapia che ha preso il giorno della visita per quanti giorni così da inchiodare i dottori alle proprie responsabilità, se mai la cura e la patologia riscontrata sono risultate sbagliate, cosa che oggi non avviene

perché se sbagliano la terapia cambiando ogni visita il dottore fanno tra loro lo scaricabarile delle proprie responsabilità."

Spesso emerge quindi il timore di molti detenuti legato all'opacità che caratterizza il carcere e allo squilibrio di potere che connota le relazioni.

"Bisognerebbe avere più coscienza del proprio lavoro, tuttavia, tanta gente non sa sfruttare questa possibilità svolgendo male il proprio lavoro. In ogni caso l'invisibilità di questi posti e luoghi di sofferenza rimarrà tale fino a quando chi di dovere non capirà il senso della parola civiltà."

Tra i detenuti stranieri emerge altresì, di tanto in tanto, la percezione di essere trattati peggio in relazione sia a forme di razzismo vero e proprio (che caratterizzerebbero in particolare il loro rapporto con la polizia penitenziaria), che a condizioni oggettive di accresciute difficoltà legate per esempio alla lontananza della famiglia.

"Il problema in questo Istituto è che gli stranieri non hanno diritti per avere una visita medica dobbiamo aspettare 15 giorni e di più e per quanto riguarda il dentista il minimo è 2 mesi per levare i denti. Dovete risolvere tutti questi problemi e un'altra cosa il detenuto che non ha soldi dovrebbe ricevere un sussidio mensile per parlare con la sua famiglia o mandare lettere ecc."

"Credo che la situazione in questo carcere sia terribile. Non funziona niente qui. Per quanto riguarda poi l'atteggiamento degli agenti di polizia penitenziaria neanche a parlarne. Il loro maltrattamento dei detenuti è davvero inumano. Le condizioni igieniche sono pari a zero e il sistema di alimentazione è il peggiore. I servizi medici sono pari a zero. Quel che è peggio, è l'esistenza del razzismo in carcere da parte delle autorità. Le persone che hanno la pelle di un diverso colore vengono intimorite in diversi modi. Le persone di colore non sono autorizzate a lavorare in cucina. In questo carcere esiste il potere dei bianchi tra gli agenti nei confronti dei detenuti di colore. Per favore, a chiunque di competenza, noi, tutti i detenuti di colore, abbiamo bisogno di un intervento urgente. Grazie."

Rileviamo quindi l'esigenza di intervenire anche sulla questione culturale che è alla base di quel principio di equivalenza delle cure esplicitato dalla riforma. Equivalenza che il legislatore ha inteso in termini di parità di accesso al servizio sanitario sia di cittadini liberi e reclusi che di cittadini italiani e stranieri.

CONCLUSIONI

Abbiamo dunque visto come dall'art. 32 della Costituzione discendano di fatto due piani di tutela:

- difesa dell'individuo dalla malattia
- difesa della collettività da tutti quegli elementi ambientali o individuali che possono ostacolare il pieno godimento del diritto

Si tratta di un duplice piano ancora più sentito in un contesto come quello del carcere, ove interviene anche il dovere di tutela di un altro diritto fondamentale, quello alla sicurezza dei cittadini. Tutto ciò insieme al dovere di garantire che chi ha commesso un reato, contraendo un debito con la società, lo estingua attraverso la limitazione della libertà personale.

La flessibilità, l'adattamento o il prevalere di una delle due istanze, **sicurezza** *versus* diritto alla **salute,** dipende anche dal tipo di carcere: più rigido in una struttura di massima sicurezza, meno in un carcere minorile, dove la salute e l'investimento per il futuro sono maggiormente considerati in termini riabilitativi della persona (Neri).

Il mantenimento e la conservazione del *bene salute* è presupposto indispensabile per una corretta applicazione degli stessi fini istituzionali dell'Amministrazione Penitenziaria. La Riforma è nei fatti una **chiamata generale a collaborare** per uscire dalla logica della competenza separata e andare verso sistemi integrati di lavoro, senza disperdere le reciproche responsabilità (Benigni).

Uno dei punti critici e più delicati del passaggio di competenze è stato il timore che la *branca* della medicina penitenziaria si diluisse

nella genericità del sistema sanitario, disperdendo quel patrimonio di conoscenze e competenze a operare in particolari caratteristiche ambientali. Il carcere è indubbiamente un luogo che impone l'adozione di modalità operative diverse dal contesto esterno, per ragioni procedurali, logistiche ma anche situazionali: le dimensioni corpo/spazio/tempo sono alterate rispetto alla vita libera e, per definizione, prigioniere. Il carcere rappresenta di per sé un ambiente potenzialmente patogeno e, nella definizione operativa dei modelli di assistenza, occorre andare al di là della cura del sintomo emerso e adottare una strategia generale di **prevenzione**. In questo senso, la Riforma ha facilitato, almeno nell'intento del legislatore, il passaggio da un approccio *consulenziale,* tipico del medico incaricato tutto fare, a un sistema di *presa in carico globale*, da parte degli operatori delle ASL, anche se con alcune differenze a livello regionale.
Un altro nodo cruciale risulta essere proprio quello della regolamentazione dei rapporti tra amministrazione penitenziaria e Servizio sanitario regionale. La regionalizzazione della sanità penitenziaria diventa un'opportunità di partecipazione e presa in carico degli Enti territoriali alla storia stessa del carcere e delle persone ristrette, contribuendo alla creazione di una rete territoriale per la giustezza della cura. Secondo il nuovo modello, la medesima struttura segue il paziente prima dell'entrata in carcere, durante la detenzione e dopo la pena, fornendo sostegno significativo anche ai percorsi di reinserimento sociale. (Ferrannini)
Al di là degli aspetti critici e perfettibili, delle resistenze di categoria e individuali, della difficoltà a promuovere una cultura del cambiamento e di quella oggettiva a trasformare in processi operativi il dettato normativo, la Riforma può essere letta come un cammino verso il ***Community Care***: soggetti diversi che diventano protagonisti del cambiamento e si integrano nel fornire servizi a garanzia della tutela di un diritto fondamentale. Amministrazione penitenziaria, Aziende sanitarie, Enti locali, privato sociale, volontariato, cittadinanza, persone detenute: l'attuazione della riforma è una **responsabilità collettiva**. (Ferrannini)

Il progetto **Salute senza barriere** è nato anche per rispondere a questa responsabilità. Le azioni previste e i risultati ottenuti sono

il frutto della collaborazione di più soggetti, intesi come individui e come istituzioni. La disponibilità dimostrata dalla maggior parte dei responsabili delle strutture detentive e di quelle sanitarie, così come l'interesse e la volontà di partecipazione attiva dei detenuti, hanno dimostrato che la direzione era quella giusta e hanno spinto il gruppo di lavoro a rimodulare il progetto, intensificando per esempio gli interventi sul campo.
Il progetto prevedeva inizialmente **9 seminari** informativi in altrettanti Istituti di pena, ma il successo registrato dalle prime iniziative realizzate ha portato ad ampliare il numero degli incontri, inserendo una nuova tappa al nord, centro e sud Italia, **arrivando così in 12 carceri**. Sempre nell'ottica dell'ampliamento del bacino di potenziali interessati, è stata modificata la natura di questa **pubblicazione**, passando dalle **10.000** previste alle **33.000** copie, tradotte in 8 lingue (arabo, albanese, inglese, francese, spagnolo, russo, cinese, moldavo) e distribuite a tutti gli Istituti di pena italiani, attraverso gli Assessorati regionali alla salute.

Al di là dei dati quantitativi attesi, l'attuazione del progetto ha permesso anche di raggiungere *risultati indiretti*.
Per esempio, sono state create le condizioni per lo sviluppo di un **network interistituzionale** competente sui temi legati alla salute in carcere. L'avvio degli interventi ha richiesto infatti un'intensa attività relazionale a livello istituzionale, mirata a coinvolgere tutti gli *stakeholder* rilevanti e i partner operativi. Trattandosi di un progetto allargato su tutto il territorio nazionale e che include Amministrazioni e soggetti diversi (Ministero salute, Regioni, DAP, Direzioni carceri, ASL/AO ecc), che non sempre sono stati in grado di dialogare in modo efficace, il lavoro di *engagement* ha stimolato la creazione di una rete collaborativa. Rete che ha facilitato la realizzazione delle attività specifiche del progetto, con esito positivo in termini di efficacia, e ha in molti casi posto le basi, a livello territoriale, per una replica dell'esperienza di dialogo e confronto.
Aver poi portato, in un unico momento e luogo, *detenuti*, *agenti*, *direttori* e *medici* a parlare di **diritti** e **organizzazione** dell'assistenza sanitaria, costituisce un altro esito positivo e replicabile per future azioni o progetti, ma anche per collaborazioni a livello locale. In

diversi Istituti, al termine del seminario informativo, il Direttore del carcere si è impegnato con i detenuti a realizzare un ciclo di incontri con il personale della ASL per approfondire temi specifici e istanze emerse durante la giornata informativa.
Anche i percorsi di **formazione a distanza** sono risultati uno strumento vincente nella strategia del progetto e hanno avuto una buona risposta dal *target group* di riferimento (tutte le professioni sanitarie): i pacchetti formativi gratuiti accreditati nel sistema ECM per un totale di 1.000 iscrizioni a corso, hanno raggiunto il tetto programmato già nei primi giorni di maggio, con oltre un mese di anticipo sulla chiusura del progetto. Il **fabbisogno formativo** sulla medicina penitenziaria, in particolare con un approccio alla *medicina delle migrazioni* e con un focus sulle *malattie infettive*, è emerso in maniera netta anche dalle risposte fornite dallo staff sanitario nel questionario di rilevazione.
E proprio rispetto alla **ricerca**, alla luce dei dati raccolti e delle considerazioni sin qui effettuate, possono essere evidenziati risultati diretti e potenziali piste di approfondimento.
Per quanto riguarda i primi, è da segnalare l'**aspetto quantitativo della rilevazione**: sono state raggiunte 12 realtà territoriali (oltre metà delle regioni italiane e tutte quelle con la più alta presenza di detenuti stranieri) e si è riusciti a intercettare e ascoltare una platea di persone non facilmente raggiungibile. Pur non essendo il campione statisticamente significativo per l'estensione delle conclusioni a tutta la popolazione di riferimento (soprattutto rispetto a detenuti e personale di polizia penitenziaria), dai dati disponibili al gruppo di ricerca, non risulta infatti a oggi alcuna indagine nazionale - e nemmeno europea - di tali dimensioni.
Dalla valutazione più strettamente qualitativa dei dati, basata sulla percezione dei detenuti, possono infine essere evidenziate delle "**piste" di approfondimento per interventi futuri**, a livello di politiche pubbliche settoriali:

- *intervento sulle questioni strutturali*: il sovraffollamento, gli spazi, le condizioni igieniche, la scarsità di risorse a disposizione dell'Amministrazione penitenziaria, sono associati ai rischi ritenuti più gravi per la salute delle persone ristrette, così come alla violazione dei diritti umani, come ribadito dalla Corte Europea

dei Diritti dell'Uomo (CEDU, Torregiani et al., 8 gennaio 2013). Migliorare tale aspetto risulta prioritario e preliminare a ogni altra azione;

- *definizione e condivisione*, da parte dei vari attori coinvolti, di un *modello organizzativo*, a partire dall'istituzione di strutture dedicate alla sanità penitenziaria presso ogni ASL territorialmente competente su un Istituto penitenziario, tenendo conto del principio di collaborazione interistituzionale previsto dalla riforma, ai fini del coordinamento dell'erogazione del servizio
- *individuazione* di un *modello nazionale di raccolta dati*, strumento necessario ai fini della programmazione e valutazione delle politiche in tema di erogazione del servizio sanitario in carcere
- *promozione della conoscenza*, attraverso azioni di informazione, formazione e sensibilizzazione: dei detenuti rispetto ai propri diritti in tema di tutela della salute e ai meccanismi di funzionamento del servizio sanitario; degli operatori (penitenziari e sanitari) rispetto ai bisogni sanitari espressi dai detenuti (tenendo conto di un concetto allargato di salute e attraverso il contributo fondamentale delle persone detenute più acculturate, soprattutto di nazionalità straniera)
- *facilitazione del dialogo* tra i vari attori: anche alla luce dei riscontri sull'attività seminariale svolta nell'ambito del progetto, sembra quanto mai utile estendere tali esperienze, attraverso una formazione sia interna ai vari gruppi, che congiunta, in modo da favorire l'indispensabile confronto
- abbattimento di quelle *barriere* strutturali e culturali che impediscono la parità di accesso al diritto alla salute da parte dei cittadini liberi e reclusi, italiani e stranieri (anche in questo caso ricorrendo in particolar modo al meccanismo dei *peer supporters*)

E in conclusione, ci convince l'idea di dare voce a una delle persone per cui questo progetto è stato pensato e realizzato:
"Egr. Relatori del "Progetto Salute Senza Barriere", grazie a voi ed a tutti i convenuti per il pensiero squisito avuto nel venirci oggi qui a parlare di medicina e di salute - tema di fondamentale importanza nella vita di ogni uomo. Quando penso alla medicina, penso al colonnato del Bernini in Piazza San Pietro a Roma, a quel colonnato che

nello stesso tempo abbraccia indistintamente cultura, lingua, popolo e religione di ogni uomo che vi si reca. Così è la medicina; è per tutti, indistintamente poveri o ricchi, ecco perché la medicina, la ricerca medico-scientifica sono colonne di fondamento per il bene salutare di ogni uomo. [...] Su tale tema, bisogna sempre ed ovunque fare dei seminari, interloquire, in particolar modo in questa società che cambia di continuo e di continuo si evolve sotto tanti punti di vista - quali la cultura, la medicina, la ricerca, il linguaggio, nuove malattie importate - per questo è importante il dialogo sulla medicina, la prevenzione, la cura. [...] Grazie per la vostra solidarietà, amicizia, confronto e dialogo, e la consapevolezza che nonostante il nostro stato di ristretti, non ci lasciate soli ed estranei su temi di necessaria importanza per il nostro bene, la nostra salute psico-fisica, ricordando sempre che il dialogo sulla medicina non può essere solo mediato, ma anche immediato, e questo incontro di oggi qui ne è conferma e riverbero."...

Gianfranco Palermo
CC Catanzaro
21 febbraio 2013

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Cap.1 - L'EVOLUZIONE NORMATIVA

- B. Benigni (2008), *Sani dentro. Cronistoria di una Riforma*, Noema Edizioni
- B. Brunetti (2007), *La tutela della salute in carcere. Organizzazione del servizio sanitario penitenziario. Evoluzione normativa*, in "Ristretti Orizzonti" rivista online del Centro Studi dell'Associazione Granello di Senape
- L. Ferrannini (2008), *Responsabilità collettiva*, in B. Benigni "Sani dentro. Cronistoria di una Riforma", Noema Edizioni
- M. Narey, N. Crisp, A. Lloyd (2003), *Prison Health Handbook*, Department of Health, HM Prison Service, Welsh Assembly Government
- A. Neri (2010), *Carcere e Salute. La svolta della legge n. 230/1999*, Tesi di laurea in Storia della Psicologia, Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Lettere e Filosofia, AA. 2009-2010
- A. Salvati (2010), *Il passaggio dell'assistenza sanitaria in carcere al sistema sanitario nazionale*, in "Amministrazione In Cammino", Centro di ricrca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"
- C. Sarzotti (2001), *L'assistenza sanitaria: cronaca di una riforma mai nata*, in Primo Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione

Cap.2 - LA TUTELA DELLA SALUTE

- L. Baccaro (2003), *Carcere e salute*, Edizioni Sapere
- P. Buffa (2008), *Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli istituti penali italiani (2006 - 2007)*, in "Rassegna penitenziaria e crimilogica", 3

- P. Chiolo, *Il suicidio negli istituti penitenziari: ruolo della polizia penitenziaria nella prevenzione del fenomeno e profili operativi dell'area sicurezza nella gestione dell'evento*, in "Quaderni ISSP", 8, pp. 21-27
- Comitato Nazionale per la Bioetica (2010), *Il suicidio in carcere: orientamenti bioetici*
- L. Condon, G. Hek, F. Harris (2006), *Public health, health promotion and the health of people in prison*, Journal of Community Practice 79(1):19-22
- L. Condon, H. Gill, F. Harris (2007), *A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence*, Journal of Clinical Nursing, 16(7):1201-9
- A. Franceschini (2008), *La medicina penitenziaria*, in G. Giusti (a cura di) "Trattato di medicina legale e scienze affini", 8, Cedam
- A. Haidar, S.M. Adib (2001), *Health structures and hygiene in Lebanese prisons*, Lebanese medical journal, 49(4):197-203
- Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (2011), *Caratteristiche socio-lavorative, giuridiche e demografiche della popolazione detenuta*, Il Semestre, anno XIV
- Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (2011), *Modalità di esecuzione della pena: Un nuovo modello di trattamento che comprenda sicurezza, accoglienza, e rieducazione*, circolare 25 novembre 2011
- P.G. Nembrini (2005), *Water, sanitation, hygiene and habitat in prisons*, International Committee of the Red Cross
- I. Peate (2011), *Protecting the health of offenders in prison and other places of detention*, British journal of community nursing, 16(9):450-4
- R. Porter (1995), *Howard's beginning: prisons, disease, hygiene*, Clio Med, 34:5-25
- C. Signorelli (2008 e 2011) *Igiene epidemiologia sanità pubblica*, Società Editrice Universo
- F. Voller, L. Aversa, C. Orsini, C. Silvestri (2010), *Lo stato di salute dei detenuti toscani*, ARS Toscana
- R. Watson, A. Stimpson, T. Hostick (2004), *Prison health care: a review of the literature*, International Journal of Nursing Studies, 41(2):119-28

▪ WHO, *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, World Health Organization

▪ WHO (2007), *La prevenzione del suicidio nelle carceri del World Health Organization*, World Health Organization

Cap. 3 - LA RICERCA

▪ Arnaud et al. (1988), *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, Librairie Général de Droit et de Jurisprudence, Paris

▪ B. Benigni (2009), *La salute in carcere: una riforma da applicare*, in "Antigone", n.1, 4, pp. 130-148

▪ S. D. Camp, G. G. Gaes, W. G. Saylor (2002), *Quality of Prison Operations in the US Federal Sector. A Comparison with a Private Prison*, in "Punishment & Society", 4, pp. 27-53

▪ D. Clemmer (1941), *The Prison Community, Boston*, The Christopher Publishing House

▪ A. Day, S. Casey, J. Vess, G. Huisy (2012), *Assessing the Therapeutic Climate of Prisons*, in "Criminal Justice and Behavior", 39, pp. 156-168

▪ M. Esposito (2007), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano

▪ L.M. Friedman (1978), *Il sistema giuridico nella prospettiva delle scienze sociali*, Il Mulino, Bologna

▪ E. Gallo, V. Ruggiero (1989), *Il carcere immateriale. La detenzione come fabbrica di handicap*, Edizioni Sonda, Torino

▪ E. Goffman (1961), *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Random House, Broadway

▪ D. Gonin (1994), *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino

▪ P. van der Helm, G. J. Stams, P. van del Laan (2011), *Measuring Group Climate in Prison*, in "The Prison Journal", 91, pp. 158-176

▪ B. Milly (2001), *Soigner en prison*, Press Universitaires de France, Paris

▪ D. Nelken (2004), *Using the concept of legal culture*, in "Australian Journal of Legal Philosophy", vol. 29, pp. 1-28

▪ D. Ronco (2011), *La riforma della sanità penitenziaria. Verso una maggior tutela della salute in carcere?*, in D. Ronco, A. Scandurra, G.

Torrente (a cura di), "Le prigioni malate", Ottavo Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione, Edizioni dell'Asino, pp. 92-97

- M. W. Ross, P. M. Diamond, A. Liebling, W. G. Saylor (2008), *Measurement of prison social climate: A comparison of an inmate measure in England and the USA*, in "Punishment & Society",10, pp. 447-474
- C. Sarzotti (2007), *I medici penitenziari tra istanze securitarie e paradigma del rischio: un'indagine sul campo, in M. Esposito, a cura di, Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, F. Angeli, Milano, pp. 160-194
- G.M. Sykes (1958), *The Society of Captives. A Study of a Maximum Security Prison*, Princeton, Princeton University Press
- United States. Federal Bureau of Prisons. Office of Research and Evaluation (1991), *Prison Social Climate Survey*, U.S. Department of Justice Federal Bureau of Prisons

Progetto cofinanziato da

UNIONE EUROPEA

Istituto Nazionale Salute, Migrazioni e Povertà

Ministero della Salute

MINISTERO DELL'INTERNO

Fondo Europeo per l'Integrazione di cittadini di Paesi terzi

www.inmp.it | info@inmp.it

ISBN: 978-88-98544-00-4