

# Il diritto alla cura in carcere

Tra sovraffollamento, barriere linguistiche e medicina di genere

**La Costituzione italiana afferma che i detenuti hanno pari diritto ai cittadini in libertà alla cura, ma è realmente così?**

Nel 1978 l'istituzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn) recepisce il dettato della Costituzione italiana e istituisce un servizio sanitario universalistico. Non è da poco, anche se spesso lo scordiamo. Questo concetto, però, si è fermato alle porte del carcere perché lasciava a un secondo momento l'attuazione del servizio sanitario nei luoghi di detenzione. Quindi di fatto il sistema sanitario nel territorio era a carico del Ssn tranne che negli istituti penitenziari dove restava a carico del Ministero della giustizia. Poi, dobbiamo ricordare il passaggio nel 2000 delle competenze relative alla prevenzione e alle tossicodipendenze dalla giustizia alle regioni, determinando l'apertura nelle carceri dei servizi per le tossicodipendenze (Ser.T) e - laddove le asl lo hanno fatto - anche dei dipartimenti di prevenzione. Solo con il Dpcm del 2008 si è reso irreversibile il trasferimento al Ssn delle funzioni svolte dalla medicina penitenziaria. L'obiettivo della riforma era ed è quello di offrire a tutti i detenuti/e livelli di prestazioni sanitarie il più possibile omogenei, progetti regionali (screening, prevenzione ecc.) che partono dalle necessità della popolazione detenuta. Bisogna dire con onestà che quell'omogeneità prevista dal Dpcm per quanto riguarda prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è ancora tutta da raggiungere per tanti motivi. Perché il budget economico non era sufficiente, perché alcune regioni erano alle prese con i piani di rientro e perché possono avere organizzazioni diverse. Inoltre, nel 2008 si è partiti con un quadro oggettivamente critico. Dopo anni in cui il Ministero della giustizia utilizzava risorse a calare nella sanità penitenziaria, le asl hanno trovato delle strutture sanitarie spesso obsolete, non a norma, una situazione complessa rispetto al personale sanitario e soprattutto un grande sovraffollamento dei detenuti. Tutte condizioni che ci dicono che il percorso è avviato ma è ancora da monitorare per arrivare a questa affermazione.

**Un sistema carcerario efficiente dovrebbe considerare anche le esigenze dei detenuti con gravi disabilità fisiche o con una grave patologia. Quanto viene realmente fatto?**

A questa domanda si deve rispondere che le esigenze sanitarie dei detenuti - nelle varie situazioni giuridiche - sono affidate ai medici e alle autorità giudiziarie. In alcune situazioni la magistratura dichiara delle incompatibilità alla permanenza in carcere per la presenza di determinate patologie, ma spesso si tratta di un giusto provvedimento che trova delle situazioni di assenza di una rete sociale o familiare, per poter dare continuità. Abbiamo poi detenuti malati, sia per i medici sia per la magistratura, che non possono usufruire di benefici perché non hanno residenza, non hanno domicilio o non hanno una rete familiare. Infine, può ac-

cadere anche che il servizio sanitario regionale dichiari l'incompatibilità alla permanenza in carcere e i magistrati rispondano che il detenuto è anche pericoloso socialmente e quindi resta in carcere. In estrema sintesi, sulla salute dei detenuti in carcere si giocano diverse letture, competenze, responsabilità, diritti, anche perché il carcere è ancora isolato rispetto alla rete sociale che lo vede spesso come una "discarica sociale". Finiscono in carcere persone con una bassa pericolosità sociale ma con un'alta domanda assistenziale.

**Quali sono le malattie più diffuse all'interno delle carceri?**

La malattia più diffusa del carcere, ci viene da dire, è il sovraffollamento che favorisce l'insorgere di tutte le altre patologie. Su tutte, quella del disagio mentale. Seguono le malattie da contatto e quelle dovute a una scarsa igiene, non solo personale ma soprattutto degli ambienti. Pensiamo ai materassi e alle lenzuola, agli ambienti destinati alle docce, alla poca areazione. Ma anche alle strutture stesse delle carceri, alla fatiscenza, al fatto che poche strutture sono a norma con il regolamento che prevede la separazione degli ambienti sanitari da quelli della socializzazione. Ancora, un terzo delle persone ha problemi legati alle dipendenze e una serie di patologie legate a una vita "da povero", quindi malattie legate alla cura dei denti o all'alimentazione, epatopatie. Poi ci sono tutta una serie di malattie legate all'età: per esempio l'incidenza dei detenuti anziani ha portato un aumento delle malattie legate all'apparato circolatorio e a quello digerente. Infine, ci sono problemi legati all'abuso di farmaci, ad esempio di gocce per dormire o di tranquillanti. Accenno poi alla difficoltà di assicurare la continuità terapeutica per quei detenuti che hanno iniziato percorsi diagnostici e di cura e poi sono trasferiti - per sfollamenti, per esigenze di sicurezza, per motivi giudiziari o legati alla posizione giuridica - in altri istituti penitenziari.

**Quali sono le difficoltà nel rapporto tra gli operatori sanitari e i detenuti? Nel caso di detenuti extracomunitari è presente anche la figura del mediatore culturale?**

Il primo problema è che in carcere il medico non è scelto, ma spesso è imposto dall'organizzazione sanitaria presente, dalla sezione detentiva, dalla posizione giuridica. È difficile percepire un legame fiduciario. Inoltre, un terzo delle persone presenti in carcere è straniero, dunque come si fa ad avere un rapporto sanitario di fiducia con il medico con la barriera della lingua? E come si fa a fare un'anamnesi? Dove non c'è il mediatore previsto dall'ordinamento si cerca di trovare delle soluzioni. Spesso ci sono delle realtà in cui i detenuti della prima generazione sono usati come mediatori linguistici e culturali. Capite la delicatezza del tema. Per non parlare dei problemi di privacy.

**La malattia più diffusa del carcere è il sovraffollamento, che favorisce l'insorgere di tutte le altre patologie.**

Intervista a



Nerina Dirindin



Fabio Gui

Forum nazionale per il diritto alla salute delle persone private della libertà



**Come vengono gestiti i farmaci all'interno delle carceri? Ci sono sportelli farmaceutici?**

La teoria dice che ogni istituto penitenziario dovrebbe avere una carta dei servizi sanitari con un prontuario farmaceutico, che l'accesso ai farmaci per i cittadini detenuti è uguale alla fruibilità dei cittadini liberi, che sono presenti i farmaci generici. Ma nella pratica c'è il problema della disomogeneità delle asl e dei diversi istituti penitenziari. Nelle carceri ci sono servizi sanitari che per l'organizzazione aziendale hanno accesso alle farmacie ospedaliere, altri che hanno delle farmacie territoriali dove l'approvvigionamento a volte può essere difficile. Il problema vero è che molti farmaci devono essere comprati e spesso lo fanno i cappellani e i volontari. Ancora, molti farmaci sono a pagamento, ad esempio quelli per la dermatologia, che però sono fondamentali in una vita di collettività in cui la distanza sociale è difficile da mantenere.

**Nelle carceri si riesce a tenere conto delle prestazioni mediche richieste da quella che è stata chiamata medicina di genere, aderente ad alcune caratteristiche della salute delle donne?**

Le donne sono una parte minoritaria dei detenuti, il 4-5 per cento, che però presenta delle necessità peculiari. Molte donne sono straniere, molte di etnia rom, spesso i bambini sono in carcere con loro. Molte hanno condizioni psicologiche e sociali particolarmente



te difficili. Dunque, non è sufficiente la sola presenza dello specialista, manca una corretta gestione di esigenze specifiche che le donne hanno in alcuni periodi della vita. Pensiamo ad esempio all'attività di prevenzione di patologie femminili o ai disturbi fisici e psichici legati alla menopausa. La condizione delle donne in carcere richiede una maggiore attenzione, a tutto tondo. Accenno anche a un altro frammento della popolazione detenuta molto vulnerabile: le detenute transessuali ospitate in carceri maschili. Alle problematiche comuni si aggiungono, quindi, le criticità dovute al mancato riconoscimento della transizione in essere da un genere a un altro. Inoltre, un aspetto rilevante da tenere in considerazione è quello psicologico: spesso il disagio che accompagna lo stato di detenzione delle persone transessuali si manifesta in comportamenti autolesivi che fanno temere per la stessa sopravvivenza della persona. Quindi direi che si riesce a dare una risposta parziale e con grosse difficoltà. Quello che fa la differenza è la sensibilità del personale sanitario e del trattamento intramurario.

**Nelle carceri viene svolto un lavoro di prevenzione e di educazione a un corretto stile di vita?**

In una situazione di sovraffollamento, di decadenza delle carceri, in cui spesso non si lavora, in cui non c'è una separazione tra la zona giorno e la zona notte, il problema del fumo e della prevenzione è davvero residuale. Non perché non sia importante, ma perché viene richiesto in un contesto di decadi-

**Come tutti gli ambienti in cui è prevista la promiscuità, il carcere è un elemento patogeno.**

**Manca una corretta gestione di esigenze specifiche che le donne hanno in alcuni periodi della vita.**

mento generale. Se volessimo parlare di un corretto stile di vita dovremmo chiudere il carcere e riformularlo. A volte la richiesta di non fumare diventa un problema di accesso ai percorsi sanitari. Ad esempio, nelle realtà di Roma le strutture sanitarie per i detenuti, in ottemperanza alle normative europee, hanno un regolamento per cui non si può fumare nel periodo del ricovero. È giusto o non è giusto? Di fatto abbiamo conosciuto detenuti che per questo vincolo non hanno accettato i ricoveri.

**L'Organizzazione mondiale della sanità qualche anno fa ha introdotto l'espressione "healthy prison" per contrastare un'evidenza: alcuni studi mostrano che spesso è proprio lo spazio della prigione a determinare la malattia. È d'accordo?**

Sì, siamo d'accordo perché come tutti gli ambienti in cui è prevista la promiscuità, il carcere è un elemento patogeno. Ma lo è nella quotidianità, lo è nel momento in cui per fare una telefonata devi chiederlo, per fare la doccia devi chiederlo. Alcuni usano dire che il carcere infantilizza perché toglie le responsabilità e mette tutto sotto un'organizzazione e una richiesta. Però, paradossalmente, il carcere può avere anche un ruolo utile perché intercetta una popolazione più fragile, più vulnerabile, più marginale, e potrebbe proporre dei percorsi di salute e di sanità. Potrebbero essere coinvolte in un concetto di sanità pubblica e sociale avviando dei percorsi di reinserimento e riabilitazione. Quindi dipende da come si intende il carcere. Se è un contenitore dove mettere le persone che sul territorio hanno difficoltà allora sì, è un elemento di patologia. Ma può diventare una prospettiva. Ad esempio, alcune persone scoprono di essere malate quando entrano in carcere perché fanno degli esami, perché fanno più attenzione alle loro

condizioni di salute. E quindi si ritorna a quello che la riforma del 2008 metteva al centro: percorsi di prevenzione, di diagnosi e di cura. È una riforma culturale? Ne abbiamo bisogno, perché significa restituire alla fine della pena dei tratti di coscienza e di responsabilità che prima non c'erano.

**Come si sta gestendo all'interno delle carceri l'emergenza coronavirus?**

Inizialmente non si è gestito bene. Si è chiesto ai detenuti, come elemento di contenimento e prevenzione, l'isolamento, di limitare gli spostamenti. È un ragionamento che prevede l'adesione, la partecipazione, la consapevolezza dei cittadini. Ma si è saputo della chiusura dei colloqui con la famiglia non dalle autorità, ma dalla televisione. E questo ha scatenato nella maggior parte dei detenuti preoccupazione, panico e ansia. Consideriamo che in carcere è difficile mantenere la distanza sociale, dal momento che sono presenti 10.000 persone in più rispetto alla capienza massima. È difficile avere una persona responsabilizzata alla salute di sé stessa e degli altri se si trova in una cella con altre 6, 7 o 8 persone nelle condizioni che prima abbiamo descritto. E poi dicono che l'unico contatto da evitare è quello con la famiglia? Si è deciso di affrontare il problema non tenendo conto della specificità del carcere. Con decisioni, anche giuste se vogliamo, prese dall'alto, che non sono state condivise con gli stessi operatori del carcere, che non hanno considerato i tempi necessari per attivare le alternative tecniche, che non hanno coinvolto i detenuti e le associazioni. Decisioni subite e non condivise. La chiusura dei colloqui è un fatto importante che deve necessariamente acquisire una adesione, la partecipazione, la consapevolezza dei cittadini detenuti. Una responsabilità che è il contrario del comportamento infantile. E si è parlato delle carceri solo quando c'è stata la ribellione e la violenza. Così come si è tornato a parlare della tossicodipendenza in carcere quando ci sono stati morti di overdose. Inaccettabile. Non si può parlare del carcere solo nei momenti dell'emergenza. Teniamo presente che il detenuto è soprattutto un cittadino e dovrebbe godere dello stesso diritto alla tutela della salute di tutti gli altri cittadini. ■