

La salute in ambiti confinati: *la persona detenuta*

Da dove ripartire per migliorare globalmente le condizioni di salute

Prisoners are the community.

They come from the community, they return to it.

Protection of prisoners is protection of our communities.

NAZIONI UNITE

Nel mondo sono circa 11,5 milioni le persone recluse in strutture che spesso operano al di sopra della capacità ufficiale. In 13 Paesi il sovraffollamento arriva a superare il 250 per cento e pesa soprattutto a carico delle minoranze etniche, anziani, donne e minorenni. Sebbene l'apporto della popolazione carceraria allo stato di salute della società sia ancora sconosciuto, appare evidente che le carenze nel trattamento e nell'assistenza post-carceraria, nonché lo stato stesso di privazione della libertà, in spazi confinati, contribuiscono in modo negativo. Patologie legate alla dipendenza da sostanze stupefacenti, disagio mentale, malattie cardiovascolari e infettive sono molto più frequenti nella popolazione detenuta che non in quella generale, con tassi più elevati tra le donne con più di 55 anni e i minorenni. La percentuale di suicidi in carcere risulta essere tra le 9 e le 20 volte maggiore coinvolgendo sia le persone detenute che il personale che opera nel carcere.



Sandro Libianchi
Presidente
Coordinamento
nazionale operatori
per la salute nelle
carceri italiane
www.conosci.org

Vigilare sui diritti dei detenuti

Per la loro intrinseca natura, tutti gli spazi con limitazione delle autonomie individuali e di accessi e sottoposti a controllo da parte di terzi sono considerati "ambiti confinati". In questa definizione rientrano non solo le carceri ma anche i luoghi di polizia, i centri per gli immigrati, le residenze per le misure di sicurezza, i servizi di prevenzione diagnosi e cura per patologie psichiatriche acute per i soggetti sottoposti a trattamenti sanitari obbligatori. In Italia, dal 2013, il controllo di tali contesti è stato affidato al Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, con il coordinamento dei garanti regionali e comunali. Nell'esercizio delle sue funzioni il Garante può prendere visione dei documenti dell'interessato inclusi quelli sanitari e presso le comunità

terapeutiche e di accoglienza. La finalità di tali poteri di vigilanza è di permettere la verifica che ogni forma di privazione della libertà personale avvenga in conformità alle norme e ai principi stabiliti dalla Costituzione e dalle convenzioni internazionali sulla protezione dei diritti e della dignità delle persone sottoposte a restrizione.

L'ambito penitenziario e più in generale della restrizione delle libertà personali, risentendo profondamente dell'isolamento che ne è caratteristica fondamentale, tende a sfuggire a un controllo sociale diretto e ciò favorisce l'errore, l'abuso o le inadempienze. Trattandosi di persone recluse, il tema della tutela dei diritti diviene improrogabile ed è necessario attivare meccanismi che rimuovano o almeno riducano la caratteristica "invisibilità" dello specifico ambito e ne permettano un controllo più approfondito. Un'ulteriore questione, che merita attenzione da parte dei policy maker, consiste nell'applicare un continuo impegno nel ridurre o eliminare le disegualianze tra assistenza sanitaria alle persone libere e quella a persone con restrizioni delle libertà personali, in conformità al chiaro intendimento costituzionale e alla normativa di settore.

Un maggiore impegno nel considerare la struttura penitenziaria quale nuova acquisizione dei servizi sanitari regionali, costituendo una parte effettiva della medicina del territorio al pari con altri servizi quali i centri di salute mentale, i servizi per le dipendenze o i servizi materno-infantili, permetterebbe maggiore considerazione e quindi adeguati finanziamenti nell'ambito degli atti aziendali e nelle linee di intervento regionali non sempre così attente a tali tematiche.

L'ambito penitenziario, e quello più in generale della restrizione delle libertà personali, tende a sfuggire a un controllo sociale diretto e ciò favorisce l'errore, l'abuso o le inadempienze.

In Italia



Una nuova medicina penitenziaria

La Conferenza Stato-Regioni nel 2015 ha approvato un importante accordo “Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”. Purtroppo tale accordo, benché recepito dalla quasi totalità delle giunte regionali, ancora oggi trova scarsa applicazione pratica da parte delle aziende sanitarie locali. Pertanto lo stato dell’arte della medicina penitenziaria, così come disegnata nel citato accordo, resta purtroppo imbrigliata in numerosi nodi operativi e di contesto.

Gli elementi che determinano lo stato di salute e il benessere dell’individuo sono stati oggetto di studio da parte della Commissione europea sui determinanti sociali della salute. I determinanti identificati si inseriscono in diverse categorie (stili di vita, comportamenti individuali, condizioni di vita e lavoro situazione socioeconomica e culturale, fattori genetici, ecc.) e ciascuno di essi può essere scomposto in altri subordinati. La discussione si apre allorché si quantifichi una prevalenza di un fattore sull’altro, soprattutto perché questo può avere un effetto positivo o negativo sul benessere globale dell’individuo e crea un vantaggio o uno svantaggio. Tutti i modelli analizzati e proposti per la popolazione generale non hanno però previsto l’esistenza di una particolare sottopopolazione come quella carceraria che – *ope legis* – non dispone di molti dei fattori protettivi considerati per la persona libera, ma anzi ne contiene molti considerati dannosi.

In considerazione dei bisogni della popolazione carceraria, è stata elaborata la proposta di avviare lo sviluppo delle cosiddette “scienze mediche penitenziarie” dove la tutela della salute è sostenuta da ricerca ed etica ed è la risultante dell’interazione di varie aree di competenze sanitarie (riduzione del danno, psichiatria/psicologia, gestione delle emergenze, tossicologia, salute pubblica, ecc.) che si correlano ad altri ambiti non sanitari (economia, criminologia, lavoro, formazione, architettura, religione, ecc.). Queste aree sono connesse strettamente tra loro in una imprescindibile visione olistica della materia.

Appare di tutta evidenza che nella popolazione carceraria si realizzano molte delle condizioni ritenute sfavorevoli e si riducono sensibilmente quelle ritenute protettive. Un’analisi di contesto permette di porre in evidenza alcuni aspetti peculiari dell’ambito penitenziario che risultano essere carenti e responsabili di scarso benessere ambientale e di prevalenza di molti stati patologici, come risulta dall’unica ricerca specifica effettuata in carcere. Tra questi: l’uso diffuso e esuberante di tabacco, la possibilità purtroppo rara di lavorare e produrre reddito, la genitorialità non realizzata, il personale sanitario scarso e la difficoltà di accesso ai servizi sanitari, le strutture carcerarie obsolete pensate e costruite per ospitare uomini senza considerazione dei bisogni di genere, l’assenza di programmi di prevenzione e screening, un generale scarso livello dello stato di igiene e la carenza di provvedimenti di “riduzione del danno”-condizioni che pongono pressanti interrogativi sulla salubrità degli ambiti penitenziari. La pandemia covid-19 ha fornito una chiara dimostrazione di tali problematiche ed è sta-

55.835
detenuti presenti in carcere

17.740
detenuti stranieri

2310
detenute

Fonte: Ministero della Giustizia, al 31 settembre 2022.

ta anche l’occasione per ripensare in maniera organica alle esigenze di questa popolazione vulnerabile e proporre nuovi modelli di intervento utili non solo per affrontare lo stato emergenziale, ma anche per pianificare interventi a breve e lungo termine per un generale miglioramento dello stato di salute in carcere.

L’obiettivo

prioritario è fare in modo che il carcere, la post detenzione e le misure alternative diventino parte di un sistema pubblico universalistico che incrementa il welfare di prossimità.

Verso una presa in carico globale

Da questa breve analisi della situazione carceraria emerge chiaramente l’esigenza di intervenire con azioni che prevedano una omogeneità sul territorio nazionale attraverso un “budget di salute” da investire per una sistematica raccolta dei dati armonizzata e confrontabile, oggi ancora assente, per una formazione congiunta in “sanità e giustizia” del personale, che attualmente riceve solo una formazione sporadica e non coordinata sul territorio nazionale, per la cura peculiare delle sottopopolazioni più fragili, quali le donne, i minorenni, i detenuti anziani, i tossicodipendenti e i malati psichiatrici con ottimizzazione dei tso.

Oltre a queste aree da implementare per una migliore tutela della salute all’interno del carcere è necessario riaffermare l’esigenza di un maggior controllo e “accompagnamento” al momento della liberazione per evitare la recidiva, oggi assai frequente, anche a causa del perdurare delle condizioni sociali negative che avevano portato alla reclusione, quali la mancanza di un lavoro o di una casa e le difficoltà insite nella condizione di straniero.

A tal riguardo l’esercizio delle scienze mediche penitenziarie, anche nelle fasi immediate post-rilascio, disegna una condizione che necessita di maggiore attenzione da parte delle Regioni e delle aziende sanitarie locali, e dell’applicazione di nuove progettualità organizzative unitarie e validate al fine di determinare un cambiamento misurabile dello stato di salute della popolazione detenuta, in post detenzione o in misura alternativa.

Il “budget di salute” potrebbe rispondere bene alle esigenze dei diversi determinanti di salute e benessere, anche attraverso una presa in carico precoce da parte del territorio con una costruttiva interazione tra le diverse istituzioni. L’obiettivo prioritario infatti è fare in modo che il carcere, la post detenzione e le misure alternative diventino parte di un sistema pubblico universalistico che incrementa il welfare di prossimità, e – soprattutto – riconosce la necessità di una presa in carico globale dei detenuti come singoli individui e non già come singole patologie.

Da queste considerazioni, a nostro avviso, appare irrevocabile anche l’esigenza del riconoscimento accademico di una peculiare disciplina specialistica che integri le istanze di sanità e giustizia in ambito carcerario. ▣

Si ringrazia la dottoressa Rosanna Mancinelli del Centro studi penitenziari (CoNOSCI), già primo ricercatore dell’Istituto superiore di sanità, per la sua consueta cura e professionalità nella revisione del testo.

Il testo integrale di questo articolo e la bibliografia sono disponibili nella versione online su www.forward.recentiprogessi.it