

ELVIO DAMOLI

LA PROBLEMATICAM GESTIONE DELLA SALUTE DEL DETENUTO

1. *Premessa*

Mi è stato chiesto di portare un mio contributo sul tema della salute del detenuto, partendo da un osservatorio particolare, data cioè la mia ventennale esperienza come cappellano della Casa Circondariale di Napoli, Poggioreale. È quello che tenterò di fare tenendo presente inoltre gli anni di collaborazione con l'Ispettorato Generale dei Cappellani delle Carceri, nonché l'esperienza di responsabile della Casa di Accoglienza dell'Opera Don Calabria per ex detenuti e detenuti in licenza premio o per le misure alternative.

2. *Salute: più che assenza di malattia*

Vorrei partire da una riflessione sul concetto di salute in quanto essa è l'espressione stessa, e come tale strettamente connesso, a quello di persona. Secondo la definizione dell'O.M.S. infatti: « *La salute è lo stato di completo benessere corporeo, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattia e di infermità* ». E già qui viene da chiederci se questo “*stato completo di benessere*” potrà mai essere raggiunto da una persona carcerata. La struttura carceraria infatti, per esperienza, distrugge l'uomo e perciò stesso essa è antiumana, e quindi anche anticristiana. A parte poi la discussione più ampia, se cioè questo “*stato di completo benessere*” sia raggiungibile o meno mediante l'intervento medico, ciò che a noi interessa riguarda il processo evolutivo culturale del concetto di semplice cura di una qualche malattia ad un sistema che metta al centro la cura totale della salute della persona nella sua dignità ed integrità. Dalla sola assenza di malattia fisica cioè ad una concezione più comprensiva che recupera doverosamente tutta la soggettività.

Garantire la salute di un individuo è quindi garantire il rispetto della totale sua dignità come persona. La salute è un diritto che non può essere in alcun modo separato dalla dignità umana; essa è la condizione esistenziale

propria della persona umana e, come tale, deve essere assicurata, tutelata, e conservata al di là della condizione in cui la persona si trova.

Si potrebbe già parlare, a questo riguardo, circa la necessità di una custodia carceraria etica, nel senso cioè che le cure mediche, le più adeguate possibili, devono essere garantite ed assicurate sempre, a tutti e nel migliore dei modi, anche nelle carceri, e nel rispetto profondo di ogni persona, prescindendo da giudizi di colpevolezza o meno, dalla gravità o meno del reato o dall'erogazione della pena. Come infatti ricordava anche ieri papa Benedetto nel suo messaggio al simposio del Pontificio Consiglio per la salute, quando affermava che *«Il diritto alle cure è un diritto inalienabile»*.

3. La “persona” nell'Ordinamento Penitenziario

Va premesso innanzitutto come il diritto alla salute sia un diritto costituzionale, garantito a tutti e ad ogni cittadino, come recita l'articolo 32 della Costituzione: *«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»*.

Lo stesso Ordinamento Penitenziario italiano è giustamente finalizzato al trattamento rieducativo della persona detenuta, come recita infatti all'art. 1: *« Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona....Nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi»*. Venendo a noi, mi pare che oggi, nel contesto di una nuova cultura della salute sempre più diffusa e che mette al centro la cura totale della persona integrale, si debba ritenere che la cura stessa della salute sia da considerarsi parte integrante del “progetto di vita” nel cammino di rieducazione della persona detenuta. E perciò, in quanto tale, prima ancora di parlare della organizzazione dei servizi sanitari negli Istituti penitenziari, la cura della salute debba essere considerata come uno degli elementi fondamentali del trattamento penitenziario, accanto e forse prima ancora della stessa famiglia, del lavoro, delle attività culturali ecc.

Sempre però in questo contesto va osservato che noi abbiamo sì una Legge Penitenziaria molto umana, non vendicativa ma finalizzata alla rieducazione e risocializzazione del detenuto. Questo presuppone che gli Istituti carcerari stessi siano strutturati in modo tale da offrire ai detenuti

condizioni di vita, comprese quelle igieniche, tali che siano dignitose e rispettose della persona e non ai limiti della sopravvivenza.

Non possiamo quindi non tener conto di una considerazione fondamentale, che va riportata al centro della nostra attenzione e che riguarda il concetto non negoziabile del detenuto in quanto persona, naturalmente con tutte le proprie responsabilità, ma anche con i suoi diritti. Assistiamo oggi purtroppo ad una inflazione dei mass media che presentano quasi unicamente fatti di cronaca ed episodi negativi ed allarmanti che, se pur ripugnanti e giustamente detestabili, criminalizzano indiscriminatamente ed acriticamente le persone. Episodi a volte che tuttavia sono sempre ridotti di numero se rapportati a tutto il più vasto mondo del penale; penso ad esempio a reati commessi da detenuti in permesso premio ed altro. Fatto questo che suscita nella gente emotività e paura, allarmismi e maggior bisogno di sicurezza, condizionando l'opinione pubblica in genere che pensa al carcere e ai detenuti, unicamente come luogo di repressione, vendetta e castigo e che non si debba perciò in alcun modo tener conto della persona colpevole o innocente che sia: "chiudiamoli e buttiamo le chiavi"!

Avendo acquisito questi assunti, sarà solo confrontandoci che possiamo comprendere come l'attenzione al detenuto, sia in termini fisici, sia psichici e sociali, costituisca un vantaggio, anche in termini di salute pubblica, che le rispettive famiglie e la società tutta ricevono nell'avere dei detenuti sani, pensando inoltre al momento in cui essi usciranno dall'istituto penitenziario. Non si deve infatti mai dimenticare il rapporto tra il dentro e il fuori, e per questo occorre creare una nuova cultura più aperta e capace di accogliere e di supportare il reinserimento.

Torna opportuno riflettere su quanto Giovanni Paolo II ebbe a dire alle Amministrazioni Penitenziarie d'Europa il 26.11.2004: *«Non v'è dubbio che al carcerato vada sempre riconosciuta la dignità di persona, quale soggetto di diritti e di doveri. In ogni Nazione civile deve essere preoccupazione condivisa la tutela dei diritti inalienabili di ogni essere umano. Con l'impegno di tutti si dovranno, pertanto, correggere eventuali leggi e norme che li ostacolassero, specialmente quando si trattasse del diritto alla vita e alla salute, del diritto alla cultura, al lavoro, all'esercizio della libertà di pensiero e alla professione della propria fede».*

4. A cosa assistiamo oggi:

Oggi in base alle direttive del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008, tutte le funzioni sanitarie delle strutture peni-

tenziarie, con annessi e connessi, sono state trasferite dal DAP al Servizio Sanitario Nazionale e conseguentemente alle ASL di competenza. Si tratta di un evento non certo secondario ma fortemente innovativo: le carceri, luogo di reclusione ad istituzione totale, caratterizzato da un sistema rigidamente custodialistico, aprono le porte, ossia trasferiscono le rispettive competenze e responsabilità, al “libero” Sistema Sanitario Nazionale, ossia al territorio. Precedentemente infatti la sanità negli istituti carcerari veniva gestita totalmente dall’Amministrazione Penitenziaria: personale medico e infermieristico, centri clinici (a Poggioreale esisteva già il centro clinico San Paolo), ambulatori in ogni padiglione, centri clinici specializzati per TBC o di Osservazione Criminologia, per tossicodipendenti ecc...

Una riforma questa che certamente garantisce una più completa e migliore qualità nella erogazione dei servizi sanitari e curativi alla persona detenuta. Si tratta di un fatto evidentemente importante e che presuppone però un cambiamento di tipo culturale, che sta alla base della riforma stessa. Il trasferimento cioè delle competenze dalla medicina penitenziaria al sistema sanitario nazionale, dovrebbe essere in grado di promuovere e produrre in positivo, non tanto una discontinuità col passato, ma soprattutto una globale presa in carico della salute totale della persona. Elemento e condizione indispensabile ai fini anche della rieducazione e della risocializzazione, ossia della proposta di un nuovo progetto di vita al detenuto, e creare così un salto di qualità per una garanzia di cure omogenee tra il dentro ed il fuori.

Le persone detenute, in genere, ricorrono alle cure del medico e degli infermieri a partire dai loro vissuti legati, per molti, ad esigenze di salute che nascono da esperienze di forte degrado sociale: dipendenze (droghe, alcool...) disturbi mentali, situazioni gravi di emarginazione sociale, senza fissa dimora, immigrazione clandestina... Non va infatti dimenticato che il carcere, da sempre, è un luogo in cui si evidenziano ed assommano tutte le disuguaglianze, le criticità, disfunzioni ed emarginazioni di questa nostra società.

Da qui provengono anche molte delle varie situazioni di malattia che si presentano nelle infermerie delle carceri e che sono in genere alquanto critiche. Queste infatti spesso sono il risultato della non cura personale della salute, dovuta soprattutto, come si diceva, ai tanti pregressi vissuti di emarginazione sociale, ma in certi casi anche da una non possibilità di curarsi. Per questo sovente si riscontrano situazioni, per le quali, paradossalmente, l’entrata in carcere porta le persone ad occuparsi di più, o di nuovo, della propria salute e per questo porre domande di assistenza e di cura.

Da qui le domande di visite mediche, di farmaci e di cure che diventano moltissime, a volte abnormi. Ma queste domande sono anche la spia di malattie psicologiche indotte:

- dall'essere rinchiusi nell'isolamento di un carcere, con una forte insicurezza per il proprio futuro e per quello dei propri familiari;
- dal sostituire l'uso di sostanze stupefacenti con farmaci che accompagnano e coprano, almeno in parte, la propria astinenza sia fisica e sia psicologica;
- dall'essere tormentati dal pensiero dominante delle incertezze e delle paure dei propri processi;
- dalla passività dovuta all'inattività, e questo per tempi che sanno sempre di eternità;
- dalla convivenza forzata e dalla promiscuità;
- della insicurezza e precarietà delle condizioni igieniche....

In questo senso il carcere stesso si presenta come il grande malato che genera e produce malattie. I casi di suicidio o di tentato suicidio sono solo il più eclatante segnale dello star male, sia fisico che psicologico, nel carcere.

Ne consegue che in carcere la malattia ha più facce; ha la faccia buona e positiva della possibilità di curarsi, ma pure quella negativa dell'ammalarsi. Pensiamo ad esempio al rischio del contagio con infezioni, malattie veneree, epatiti, la tubercolosi e altro che, se non diagnosticate precocemente, rischiano di creare grossi problemi a tutti, detenuti ed operatori.

A questo proposito mi ritrovo pienamente, e non senza preoccupazione, su quanto si legge nell'allegato A) del DPCM dove, parlando di prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale, descrive una situazione che potrebbe ritenersi paradigmatica di ogni carcere. Recita infatti il testo: *«Secondo uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che riporta varie ricerche internazionali, circa la metà dei soggetti detenuti è affetta da un qualche disturbo di personalità, mentre un decimo soffre di serie patologie mentali quali psicosi e depressione grave. Quasi tutti i detenuti e i minori entrati nel circuito penale presentano episodi di umore depresso. Ed è altresì noto un tasso di suicidi e tentativi di suicidio fra i detenuti più elevato rispetto alla popolazione generale»*. Nella mia pluriennale esperienza nelle carceri, più volte mi è capitato di paragonare gli istituti penitenziari ad un qualsiasi nosocomio o corsia di ospedale.

Ai dati piuttosto preoccupanti dell'OMS riportati nell'allegato, fa seguito la proposta di un programma sistematico tale da affrontare con professionalità le problematiche emergenti in modo adeguato, tra cui: *«Curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti, ivi compreso il personale penitenziario secondo moduli che tengano conto delle specificità del contesto in cui si opera»*. Teniamo presente che le carceri sono sempre luoghi ad istituzione totale per il servizio della custodia e della privazione della libertà delle persone; per questo sono convinto che alla base

dei moduli formativi per il personale, si debbano inserire tematiche sulla “deontologia professionale” e “l’umanizzazione dei servizi”.

Ma poiché infatti il Codice Deontologico diviene per l’Operatore Sanitario legge da osservare scrupolosamente, si tenga presente che in taluni casi potrebbero sorgere conflitti, tali da scontrarsi, o sovrastare, con le norme giuridico penali e del severo custodialismo carcerario. Ci si potrà chiedere allora come conciliare l’umanizzazione e la tutela dei diritti del malato tali che offrano alla persona carcerata risposte puntuali di cura della salute, a fronte del rigidismo del sistema custodialistico, dettato ovviamente da motivi di sicurezza. Se però da una parte giustamente si parla dell’esigenza di avere operatori sanitari e personale penitenziario eticamente e professionalmente preparato, attento e cosciente, tuttavia non dobbiamo ignorare che anche da parte dei detenuti ci sono i veri malati, ma ci possono essere anche i finti malati, ossia il malato immaginario o mistificatore. L’ambiente carcerario può portare anche a questo e conseguentemente creare veri problemi. Il detenuto infatti, data la sua situazione particolare, attiva tutti i meccanismi di difesa possibili perché può tornare utile per lui farsi passare per malato o anche per pazzo pur di avere vantaggi o benefici. Occorre sempre indagare con prudenza perché la posta in gioco è sempre la persona umana nella sua integrità. Anche per questo si dovrà comunque e sempre parlare di una “custodia carceraria etica” nei confronti del malato e della malattia che parta dal dare le cure mediche le più adeguate possibili anche in carcere, nel rispetto profondo della persona, prescindendo cioè da ogni giudizio circa la colpevolezza o meno, la tipologia del reato, la volontà o meno di rieducazione.

5. Alcuni problemi aperti

Il trasferimento delle funzioni sanitarie dall’Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale avrebbe dovuto garantire nelle carceri un miglior funzionamento dei servizi per una salute migliore. Tuttavia sembrano persistere tutt’ora notevoli difficoltà e carenze, come pure disparità di applicazione del DPCM da un Istituto all’altro e tra le stesse Regioni. Numerosi rimangono ancora i problemi non risolti sia dal punto di vista strutturale che negli organici del personale ecc. Non possiamo ignorare però alcuni fenomeni alquanto allarmanti che aggravano, condizionano e preoccupano notevolmente la situazione.

Tra questi ne segnalo alcuni:

1. Il sovraffollamento. Gli ultimi dati ufficiali parlano di più di 69.100 detenuti attualmente rinchiusi nelle carceri del nostro Paese a fronte dei

44.000 posti-cella previsti. Sarebbe doveroso innanzitutto, come cittadini, interrogarsi sul perché di questo preoccupante, progressivo aumento della popolazione carcerata. Si tratta di una situazione emergenziale gravissima e drammatica, che è sotto gli occhi di tutti e che rende assolutamente precarie e problematiche le condizioni di vita dei detenuti stessi nonché i livelli igienico sanitari. A questo se aggiungiamo l'endemica carenza del personale si capisce come anche questo contribuisca alla lentezza dell'attuazione e alla mancata riforma della sanità penitenziaria. Il sovraffollamento complica i già precari limiti di vivibilità, peggiora in modo evidente la condizione della salute nelle carceri ed è certamente una delle principali cause del malessere nelle prigioni italiane.

2. Suicidi. Altra tragica ed allarmante realtà, conseguenza anche del sovraffollamento che costringe spesso a convivenze molto difficili, è quella dei sempre troppo numerosi suicidi nel carcere. Si parla poco inoltre dei tentati suicidi che, nei 206 penitenziari del Paese, alcune fonti sostengono che ne avvengano ben tre al giorno. Si tratta di un lugubre campanello d'allarme che porta alla ribalta la situazione delle cattive condizioni di vita, e riaccende la discussione sul funzionamento della sanità nelle carceri. Anche un solo uomo che rinuncia a vivere dovrebbe interrogarci profondamente sulla necessità di una maggior umanizzazione delle carceri; ma sarebbe anche disumano non far nulla per modificare queste situazioni.
3. Detenuti affetti da patologie gravi: dall'HIV alle epatiti, dalla tubercolosi all'AIDS ecc. Le situazioni talvolta sono drammatiche da indurre ad affermazioni, più volte ascoltate, quali "si può morire in carcere e non solo di suicidio, ma anche di malasanià". Alcuni dati, allarmanti di per sé stessi, ma che fanno di tragicità se contestualizzati nell'attuale situazione di sovraffollamento: il 35% dei detenuti è tossicodipendente; il 40%, rivela una fonte, è affetto da malattie infettive come epatite C.; mentre uno dei problemi di maggior gravità, di questi ultimi anni, riguarda l'aumento della popolazione carceraria affetta dal virus dell'HIV. Si tratta di malattie facilmente trasmissibili a fronte delle quali non possiamo abbassare la guardia.
4. Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Una riflessione a sé merita la realtà degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, luoghi nei quali la tutela della salute dovrebbe essere al primo posto ed anzi, più che per la tutela, si deve parlare di strutture appositamente finalizzate al recupero, per quanto possibile, della salute mentale degli internati. Il DPCM del 2008 detta in modo puntuale quanto è necessario compiere per il superamento dell'OPG, ma fino ad oggi poco si muove. E questo certamente non

sembra essere un modo per dare concretezza alla normativa cui lo stesso DPCM fa esplicito riferimento. E dove vengono affermati alcuni principi fondamentali tra cui la necessità di: «eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione;...favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici» (Legge 833/78); si richiama inoltre il criterio della territorialità: «l'ambito territoriale costituisce, dunque, la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, cura e riabilitazione delle persone con disturbi mentali». Negli attuali OPG invece assistiamo spesso ai cosiddetti fenomeni di "ergastolo bianco" e cioè più si avvicina il cosiddetto fine pena della persona interessata e più il territorio svanisce, compresi i rapporti parentali. Così la persona dovrà rimanere nell'istituto perché fuori più nessuno la vuole.

5. Immigrazione: secondo i dati ufficiali del DAP i detenuti stranieri immigrati attualmente presenti nelle nostre carceri sono circa 25.300. È doveroso rilevare come la stragrande maggioranza di questi siano irregolari. Sembra infatti che in proporzione gli immigrati regolari delinquino meno degli italiani. E questo anche se, come si legge nell'ultimo dossier Caritas «in Italia è maggiormente diffusa la propensione a considerare l'immigrato più un pericolo da cui difendersi che un soggetto da tutelare». I problemi sono numerosi: le condizioni precarie di salute dell'immigrato, considerando anche le loro provenienze e le condizioni "al limite" dei loro vissuti, sono da ritenersi una categoria a rischio; le stesse manifestazioni patologiche dello straniero non sono sempre di facile comprensione; i numerosi casi di disagio psichico, di tentativi di suicidio e di fenomeni di autolesionismo; la problematicità della relazione medico-detenuto paziente...Ricordiamo inoltre che i detenuti di religione islamica sono circa 10.000, sono osservanti del Ramadan e chiedono vitto separato.

6. Diritto dovere di aver cura di sé

La volontà di curare la propria malattia, nelle persone in situazione di non libertà, comporta spesso la fatica nel farsi riconoscere nei propri bisogni e diritti; la difficoltà di raggiungere l'infermeria, del sapersi esprimere o farsi comprendere, come nel caso delle persone straniere, alcune volte il trovare concretamente i farmaci disponibili o la possibilità di una diagnosi più approfondita della propria malattia.

Sempre, ma soprattutto nel caso del malato in situazione di detenzione, si esigono atteggiamenti di rispetto per i problemi della salute, congiunta-

mente a compiti di carattere orientativo ed educativo che richiedono molta pazienza nel ricostruire un corretto dovere al curarsi e nel modo più giusto possibile.

Auspichiamo per questo una rapida e funzionale attuazione anche del citato DPCM, così che le pene tendano realmente alla rieducazione e risocializzazione del detenuto, nel totale rispetto della sua persona, non disgiunto quindi della salute.

Si potrà così, forse, realizzare l'auspicio che l'allora direttore generale Nicolò Amato, aveva coniato, ai bei tempi del varo della Riforma Penitenziaria, quando parlava del cosiddetto "*carcere della speranza*". E oggi si parla anche di riforma del Codice Penale e, per la prima volta, sembra si voglia proporre la diversificazione del sistema sanzionatorio; ossia non più solamente la pena detentiva. Auguriamoci che si realizzino questi tempi messianici e si possa così riprendere ancora lo slogan del carcere della speranza degli anni 70 quando si auspicava anche un "*carcere, meno carcere, non carcere*". È quello che ci auguriamo almeno per questo nostro carcere di oggi!