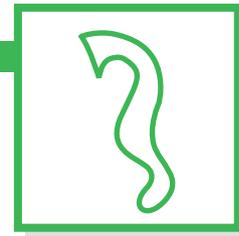


# Ordinamento penitenziario e assistenza sanitaria. Realtà e prospettive



BARBARA GUALCO

DIMEL, Sezione di Criminologia, Università di Genova

## RIASSUNTO

La tutela della salute del detenuto, l'organizzazione sanitaria e i suoi compiti non possono essere pienamente compresi al di fuori del binomio sicurezza-trattamento che accompagna, con tutte le ambiguità e le difficoltà insite nel reciproco rapporto, l'espletamento di funzioni che rappresentano espressioni diverse dell'unica finalità della pena con valenza rieducativa. La garanzia della salute psicofisica rappresenta, quindi, uno dei presupposti essenziali di qualunque trattamento rieducativo del condannato

*Parole chiave:* assistenza sanitaria, carcere, legislazione carceraria.

## SUMMARY

Health's defence of prisoner, caregiving organization and different aims in this field are not completely and easily understood out of the two extreme issues represented by security and treatment, joining – with any kind of related doubt and difficulties – the realization of functions representing different expressions of the unique aim of the punishment with rehabilitative tasks. The psychophysical health's guarantee represents, therefore, one of the most important and principal foundations of every kind of rehabilitative treatment after the sentence.

*Key words:* health care, jail, prison's act.

PSICHIATRIA E CARCERE

Nº05  
1:2006; 9-22

## LA TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE

La tutela della salute rappresenta una tematica non facilmente riconducibile ad un sistema dogmatico omogeneo. Numerose sono le discipline che se ne occupano: la medicina, la politica, il diritto, la sociologia, la psicologia e l'economia. La stessa nozione giuridica di tutela della salute non è stata definita in maniera univoca. Infatti, a causa del variare dei fini politici, il problema è stato avvertito con differente intensità nei vari periodi storici e nei diversi ordinamenti. Le relative definizioni testimoniano come il passaggio da una nozione individuale (necessità del singolo di essere curato) ad una collettiva (interesse della comunità ad avere individui sani), abbia significato un diverso atteggiamento delle istituzioni verso la questione sanitaria. Lo Stato è passato da un intervento meramente assistenzialistico di fine secolo ad una piena gestione della sanità con assunzione di un preciso dovere di intervento in questo settore.

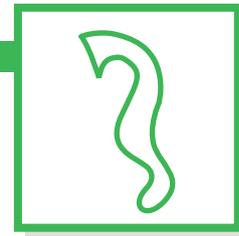
Le direttive fondamentali stabilite dalla Conferenza internazionale della Sanità tenutasi a New York nel 1946, fatte proprie dalla relativa Organizzazione Mondiale (OMS), ben riassumono questo processo e affermano che “la sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non costituisce soltanto l'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi, per farvi parte, devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate”.

La sanità consiste, dunque, nell'efficienza psico-fisica dell'individuo quale presupposto indispensabile per una completa espressione della sua personalità e socialità e la “tutela della salute” si esprime nell'azione dello Stato diretta a prevenire e reprimere quelle situazioni che, causando la malattia, impediscono al soggetto una vita piena e dignitosa.

La Costituzione italiana ha recepito i principi della Conferenza internazionale della Sanità collocando la salute nel dettato costituzionale<sup>a</sup> dove viene definita come “fondamentale diritto dell'individuo” e come “interesse della collettività”. Per giurisprudenza costante si ritiene che questo diritto debba essere garantito a qualsiasi cittadino, anche a quello sottoposto a misure restrittive della libertà personale. La stessa Corte Costituzionale ha ritenuto che “il diritto alla salute, così come garantito dalla Costituzione Italiana, è anche il diritto alla salute della persona detenuta”<sup>b</sup> pur se la tutela garantita dal precetto costituzionale può incontrare limiti oggettivi sia nell'organizzazione dei ser-

<sup>a</sup>Art. 32 Cost.: “La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...”.

<sup>b</sup>Cfr. sentenza della Corte Costituzionale n. 414/1990 che, nel dichiarare costituzionalmente illegittimo l'art. 47-ter L. 354/1975, nella parte in cui non prevede che la reclusione militare sia espiata in detenzione domiciliare quando trattasi di “persona in condizioni di salute particolarmente gravi che richiedono costanti contatti con i presidi sanitari territoriali”, ha affermato che “... il valore della dignità e della salute di ciascun essere umano è valore supremo che non conosce distinzioni e graduazioni di status personale e dunque annienta ogni separazione tra cittadini e soldati” (in Riv. It. Dir. Proc. Pen., p. 1444, 1992).



vizi sanitari sia nelle esigenze di concomitante tutela di altri interessi (sent. Corte Costituzionale 175/82). Questo significa che le connaturali esigenze di sicurezza che sottendono alla detenzione possono portare ad un affievolimento della tutela della salute in quegli aspetti che, limitando fortemente la volizione dell'individuo, non consentono una normale fruizione dell'assistenza sanitaria (impossibilità di scegliere il luogo di cura, limitazione del diritto alla scelta del medico curante, ecc.).

Le limitazioni motivate da ragioni di sicurezza appaiono, come direbbe la Corte Costituzionale, "ragionevoli" ma non possono interessare tutti i profili in cui si sostanzia la tutela. Infatti il "diritto alla salute" è un concetto che esprime la garanzia di una pluralità di situazioni soggettive assai differenziate (Corte Costituzionale 433/1990). Si possono identificare così: il diritto alla propria identità psico-fisica; il diritto alla salubrità dell'ambiente; il diritto degli indigenti alle cure gratuite; il diritto all'informazione sul proprio stato di salute e sui trattamenti che il medico vuole effettuare; il diritto di accesso alle strutture; il diritto del malato di comunicare con i propri congiunti; tutti diritti che devono essere tutelati, anche quando non afferiscono direttamente allo stato di malattia, ma si pongono in una posizione strumentale alla conservazione del bene salute.

Vi è, inoltre, il problema del diritto di non essere curato. La configurabilità di tale situazione soggettiva è controversa dal punto di vista costituzionale ma l'argomento è in grado di mostrare ancora una volta il delicato rapporto che lega, da una parte, il diritto alla salute con la tutela della libertà individuale e, dall'altra, con le esigenze collettive. Il diritto a non farsi curare del singolo malato viene ad essere escluso nel momento in cui la situazione patologica del singolo mette in pericolo la salute della collettività. In tal caso, sono previsti dalla legge interventi sanitari obbligatori e coattivi (art. 32 Cost.) con il solo limite del rispetto della dignità umana. La fruizione di tale diritto da parte del detenuto può risultare seriamente compromessa dall'esistenza di limiti o situazioni che vanno ad operare direttamente su profili non sacrificabili dalle prevalenti esigenze di sicurezza.

La tutela della salute della persona reclusa assume, inoltre, una valenza positiva in relazione all'art. 27, terzo comma: "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato". Tale articolo, infatti, sancendo il principio della umanizzazione e della funzione rieducativa della sanzione penale, impone una concezione della pena non meramente retributiva e preventiva ma attenta ai bisogni umani del condannato in vista del suo possibile reinserimento sociale. È naturale osservare come allora tutto ciò postuli necessariamente la tutela del suo diritto alla salute. La condizione di benessere psico-fisico diviene, infatti, strumentale all'attività volta al recupero sociale dell'individuo e cioè al cosiddetto "trattamento". La stessa esecuzione della pena nei suoi caratteri sanzionatori e disciplinari deve cedere il passo di fronte alla malattia. La disciplina sui ricoveri, sull'incompatibilità e sull'applicazione di misure verso il recluso-malato si muovono in tale direzione.

L'assistenza sanitaria del detenuto, quindi, pur essendo incidentale rispetto ai fini primari della carcerazione e della sicurezza, si pone come attività strumentale.

La tutela della salute del detenuto, l'organizzazione sanitaria e i suoi compiti non possono essere pienamente compresi al di fuori del binomio sicurezza-trattamento che caratterizza tutta la fase esecutiva e accompagna, con tutte le ambiguità e le difficoltà insite nel reciproco rapporto, l'espletamento di tali funzioni, che rappresentano espressioni diverse dell'unica finalità della pena con valenza rieducativa. La garanzia della salute psicofisica rappresenta, quindi, uno dei presupposti essenziali di qualunque trattamento rieducativo del condannato<sup>c</sup>.

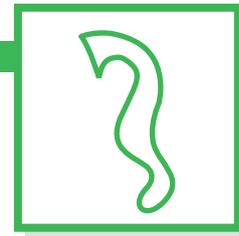
L'organizzazione sanitaria, per l'erogazione delle prestazioni a favore del cittadino, è stata disegnata compiutamente dalla legge 833/78 che ha istituito il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), mentre dal 1931, anno del primo regolamento carcerario, non esiste una regolamentazione organica dell'assistenza sanitaria erogata ai reclusi. Nell'ambito della legge 354/75 (e relativo regolamento di esecuzione del 1976), che rappresenta il tentativo di attuazione del dettato costituzionale in materia di esecuzione della pena e di adeguamento alle normative internazionali (la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, la Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti umani e delle libertà fondamentali, il Patto internazionale sui diritti civili e politici, le Regole minime per il trattamento dei detenuti adottate dall'ONU e dal Consiglio d'Europa), si rileva che, nel totale dei 216 articoli, solo pochi si occupano specificamente dell'organizzazione delle cure.

La maggior parte della regolamentazione è relativa alla notevole produzione di circolari con le quali l'Amministrazione penitenziaria, in ragione della sua "parziale" autonomia, ha cercato di porre delle soluzioni agli urgenti problemi di omogeneizzazione e razionalizzazione della funzione sanitaria.

In particolare, viene in considerazione la circolare della Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena n. 3182/5632 del 21 luglio 1986, relativa alla tutela della vita e della salute delle persone detenute, dove si richiamano esplicitamente gli operatori dei singoli istituti a mostrare cura, attenzione e sensibilità nei confronti della persona detenuta "tanto più debole e fragile sia, quanto maggiori siano le sue esigenze, i suoi bisogni e le sue carenze", con particolare riferimento quindi ai tossicodipendenti, ai malati di mente, ai giovanissimi, agli anziani, ovvero a coloro la cui salute fisica o psichica "è esposta a particolare rischio o per i quali, alla privazione della libertà, sono inevitabilmente connesse conseguenze di maggiore sofferenza o particolarmente traumatiche o che sono più esposte ad eventuali intimidazioni, ricatti, prevaricazioni da parte di altri detenuti".

In queste particolari situazioni, tutti gli operatori sono tenuti ad offrire l'aiuto ed il sostegno che è nelle loro possibilità, tenuto conto che "in questo dovere professionale, di civiltà e di solidarietà umana... non c'è spazio possibile per giustificare eventuali disattenzioni, negligenze, carenze o tiepidezze nell'adempimento dei propri compiti... dovendosi sempre ricordare che la vita, la salute, il benessere di ogni uomo sono beni preziosi e la cui tutela merita tanta più attenzione ed impegno quando si tratta, come nel caso dei detenuti, di persone affidate alla sorveglianza ed alla cura di altri".

<sup>c</sup>Circolare del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del 24 novembre 1990, n. 643295/12.



Di notevole importanza è poi anche la circolare della Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena n. 3258/5708 del 28/12/1988, sempre relativa alla tutela della vita e della salute dei detenuti e degli internati, in cui si delinea il principio cardine di preservare e garantire la vita e la salute degli stessi, quale dovere primario e fondamentale; si sottolinea il ruolo di tutto il personale medico nel prevenire ed impedire “atti di autolesionismo o di autoaggressione, così come qualunque tentativo di strumentalizzazione da parte degli stessi detenuti o internati, attraverso la simulazione di patologie fisiche o psichiche inesistenti o l’aggravamento di forme preesistenti, al fine di ottenere provvedimenti, benefici o comunque determinazioni non corrispondenti ai presupposti realmente dati”.

A proposito dell’ingresso nell’istituto della persona imputata, condannata od internata, è importante riportare, almeno nelle loro linee essenziali, le circolari della Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena n. 3233/5683 del 30/12/1987, n. 3245/5695 del 16/05/1988 e n. 3256/5706 del 10/10/1988, relative appunto all’organizzazione e all’istituzione del Servizio nuovi giunti. Si tratta, nella specie, di un particolare servizio consistente in un “presidio psicologico che si affianca, pur senza sostituirli, alla prima visita medica generale (art. 11, 3° comma della legge n. 354 del 1975) e al colloquio di primo ingresso (art. 23, 5° comma del D.Lgs n. 230 del 2000)”, affidato agli esperti ex art. 80 dell’ordinamento penitenziario e consistente, preliminarmente, in un “colloquio con il nuovo giunto... diretto ad accertare il rischio che il soggetto possa compiere violenza su sé stesso o subire violenza da parte di altri detenuti”.

Relativamente al servizio in oggetto, viene poi messo in evidenza nella seconda circolare sopra citata come alcune autorità giudiziarie abbiano espresso perplessità in ordine all’effettuazione del servizio stesso nei confronti dei nuovi giunti sottoposti ad isolamento giudiziario, prima dell’interrogatorio da parte del magistrato, arrivando sino a “negare in radice la possibilità che, senza il proprio nulla osta, l’imputato abbia contatti con il personale penitenziario”.

Al proposito, il Dipartimento generale degli istituti di prevenzione e di pena ha escluso, nella terza circolare suindicata, che eventuali contatti per ragioni d’ufficio tra il personale penitenziario e i detenuti possano contrastare con il regime dell’isolamento giudiziario e che, al contrario, sono le norme stesse e le necessità del concreto svolgimento della vita penitenziaria a richiedere numerosi rapporti tra i detenuti e taluni operatori penitenziari.

La Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena sottolinea che il colloquio di primo ingresso, così come la prima visita medica, costituiscono interventi tecnici che l’Amministrazione penitenziaria è tenuta ad attuare per fini di tutela della salute e dell’incolumità di coloro che sono sottoposti a misure restrittive della libertà, secondo quanto la stessa Costituzione impone e quindi non sono riconducibili alla disciplina generale sui colloqui e subordinabili al permesso o al nulla osta dell’autorità giudiziaria.

Inoltre, gli esperti a cui è affidato normalmente il servizio in questione, “sebbene non legati da un rapporto di impiego, sono da considerarsi degli operatori penitenziari... e, nello svolgimento dei delicati compiti loro attribuiti, devono indubbiamente osservare gli obblighi della riservatezza e del segreto professionale e di ufficio”.

## LE STRUTTURE DI SERVIZIO

La legge n. 395 del 1990, dedicata all'ordinamento del Corpo di Polizia Penitenziaria, ha ridefinito la strutturazione dell'assistenza sanitaria, prevedendo un livello direttivo e uno operativo. In questa legge si è provveduto, innanzitutto, alla soppressione della "Direzione generale per gli istituti di pena e di prevenzione", così come era stata prevista dal Regio decreto 5 aprile 1928 n. 828 ed è stato correlativamente istituito il Dipartimento centrale dell'amministrazione penitenziaria (DAP).

Tra le articolazioni del DAP è previsto un ufficio centrale definito "Detenuti e trattamento", la cui Seconda Divisione è specificamente competente per il settore sanitario, ovvero è responsabile dell'organizzazione del servizio sanitario intramurale, si occupa dei rapporti convenzionali con il SSN e con gli enti sanitari territoriali e di tutto ciò che concerne i problemi dell'alcolismo o della tossicodipendenza, della sindrome da virus HIV, delle infermerie, dei centri clinici e degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG).

L'attuazione di un decentramento amministrativo di tipo burocratico è avvenuta con la creazione dei Provveditorati, ovvero di organi decentrati che operano a livello regionale sulla base degli indirizzi e delle direttive del Dipartimento.

È opportuno però sottolineare come, al di là del livello propriamente direttivo, le concrete problematiche concernenti l'ambito sanitario sono invero direttamente affrontate a livello di ciascuna realtà carceraria. Sono infatti le Direzioni d'istituto che organizzano all'interno della singola struttura il servizio ai detenuti, che promuovono i collegamenti con le strutture sanitarie esterne e con le farmacie, che provvedono alle situazioni di indigenza del detenuto e al reclutamento del personale medico e paramedico.

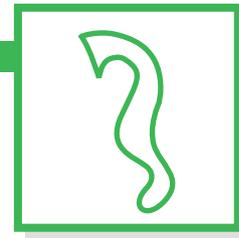
All'interno dei singoli istituti è poi prevista un'apposita area sanitaria<sup>d</sup> in cui si colloca il livello sanitario "operativo", dove sono ravvisabili differenti figure professionali, distinte per inquadramento giuridico e amministrativo (medici di ruolo, medici incaricati, infermieri, tecnici di radiologia, ecc.)<sup>e</sup>, alle quali si aggiunge il personale che opera alle dipendenze delle Aziende sanitarie locali (ASL) e, in particolare, le figure dei medici e degli psicologi del Servizio Tossicodipendenti (SERT) che sono inviati per convenzione nonché organizzati e gestiti autonomamente dalle stesse ASL e che costituiscono l'unico esempio di assistenza sanitaria verso la popolazione detenuta che viene erogata dal SSN, a fronte di un preciso obbligo *ex lege* (T.U. 309/90).

Nella cosiddetta "Area di trattamento" vengono poi svolte tutta una serie di attività da parte di psichiatri, psicologi, criminologi<sup>f</sup>, educatori, per assicurare la cura e l'assistenza all'aspetto puramente psicologico e di sviluppo della personalità attraverso momenti ricreativi, di addestramento professionale, di cultura e di religione.

<sup>d</sup>Originariamente prevista da una serie di circolari tra cui la n. 107372/3-670 del 31/08/1991 e la n. 3337/5787 del 7/02/1992 e poi, in veste normativa, nell'art. 13 della legge 444 del 1992.

<sup>e</sup>Invero, per quanto previsti, non tutti questi operatori si possono riscontrare in ogni istituto.

<sup>f</sup>Ex art. 80 O.P.



In realtà tali servizi risultano il più delle volte carenti, per una evidente mancanza di visione sinergica e sistematica delle varie professionalità esistenti ed in presenza di scelte legislative caratterizzate da frammentarietà e disorganicità, che hanno contribuito a determinare sprechi, vuoti funzionali e difficoltà di coordinamento.

## IL DIRITTO ALLA PARITÀ DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

La legge che regola la maggior parte delle figure professionali del servizio sanitario in carcere è la n. 740 del 1970<sup>g</sup>, intitolata “Ordinamento delle categorie del personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e di pena non appartenenti ai ruoli organici dell’amministrazione penitenziaria”, legge che si affianca al Regio decreto n. 867 del 1923, disciplinante la figura del medico di ruolo, e ad una serie di atti convenzionali con i quali l’amministrazione penitenziaria ha provveduto all’assunzione di personale medico e paramedico.

Il provvedimento del 1970, formalmente nato nella prospettiva di adeguare il servizio sanitario ai principi costituzionali espressi dall’art. 27 Cost., ha visto la luce in un periodo in cui erano già in discussione progetti di riforma sia del sistema penitenziario, sia del servizio sanitario del paese, per cui è stato varato come un provvedimento a carattere provvisorio, nell’attesa di una risoluzione definitiva, a riforme avvenute.

La mancanza di realizzazione delle riforme di cui sopra in tempi brevi ha protratto il periodo di vigenza di una legge nata per esplicare un’efficacia originariamente biennale, con la conseguenza di cristallizzare per lungo tempo l’adozione di un servizio privo dei necessari caratteri di stabilità ed organicità.

Solo in questi ultimi anni il legislatore, non senza incontrare notevoli divergenze, ha infine optato per un contemporaneo intervento normativo nell’ambito della sanità nazionale<sup>h</sup>, del riordino della medicina nelle carceri<sup>i</sup> e del regolamento penitenziario<sup>j</sup>, in una visione unitaria e di insieme che possa finalmente garantire una migliore fruizione dell’assistenza sanitaria.

La legge 419/98, intitolata “Delega al Governo per la realizzazione del Sistema sanitario Nazionale e per l’adozione di un testo unico in materia di organizzazione e di funzionamento del servizio sanitario nazionale”, contiene ben quattro distinte deleghe legislative, tra le quali viene in considerazione, per quanto a noi specificamente interessa, quella volta al riordino dell’assistenza sanitaria in carcere.

In forza di questa delega è stato promulgato il D.Lgs n. 230 del 1999, composto da 9 articoli, sufficientemente complessi, attraverso i quali si è cercato di risolvere i problemi di collegamento e di coordinazione tra le diverse istituzioni impegnate a garantire il soddisfacimento del diritto alla salute nel-

<sup>g</sup>Sono però da tenere presenti gli effetti della riforma di cui al successivo paragrafo.

<sup>h</sup>Legge n. 419 del 1998.

<sup>i</sup>D.lgs. n. 230 del 1999.

<sup>j</sup>D.P.R. n. 230 del 2000.

l'ambito carcerario. A tale proposito, l'articolo 2 precisa, in modo chiaro ed inequivoco, che "all'erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda sanitaria locale", mentre "l'amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati ivi assistiti".

Negli artt. 3 e 4 si prevede il graduale passaggio delle funzioni sanitarie al Ministero della Sanità al fine di evitare dei conflitti tra diversi poteri, nonché lacune direttive ed operative.

L'art. 1, rubricato "Diritto alla salute dei detenuti e degli internati", dispone che "i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani sanitari regionali e in quelli locali".

In primo luogo, quindi, la nuova normativa si pone l'obiettivo di perseguire al diritto alla parità nell'erogazione delle prestazioni preventive, diagnostiche, curative e riabilitative, nei confronti dei detenuti e degli internati rispetto ai cittadini liberi.

In riferimento alle evidenti complessità insite nel passaggio delle competenze è stata prevista una fase di sperimentazione in alcune regioni, terminata la quale, sulla base delle esperienze ottenute, si dovrà procedere ex art. 8, comma 4, al trasferimento delle funzioni su tutto il territorio nazionale.

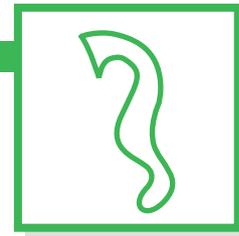
È espressamente prevista (art. 5, 3° comma) la volontà di perseguire il continuo miglioramento dell'assistenza negli istituti penitenziari. Con tale riforma i reclusi conserveranno l'iscrizione al SSN per tutte le forme di assistenza e saranno esclusi dal sistema di partecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate.

Una novità di estrema importanza viene introdotta in relazione ai cittadini stranieri che verranno iscritti al SSN per tutto il periodo di detenzione o di internamento, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno.

Questa riforma deve essere letta anche in base alle modifiche intervenute ad opera della legge n. 231 del 12/07/1999, in tema di rapporto tra detenzione e stato di salute della persona soprattutto in relazione ai soggetti tossicodipendenti affetti da HIV. Essa ha dato origine ad interpretazioni non univoche nel tentativo di ottemperare la tutela della salute dei detenuti HIV-positivi o affetti da altre gravi patologie con le finalità di difesa sociale della pena.

Recentemente, dopo un lungo e travagliato iter parlamentare, è stata approvata una nuova legge sull'argomento recante "Disposizioni in materia di esecuzione della pena, di misure di sicurezza e di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria o da altra malattia particolarmente grave".

Fermo restando il principio che ai soggetti con grave deficienza immunitaria o affetti da AIDS conclamata debba essere evitata la custodia cautelare in carcere e occorra sospendere l'esecuzione della pena, è tuttavia previsto che, all'occorrenza ed in modo graduale, possano essere disposti l'affidamento in prova ai servizi sociali, gli arresti domiciliari o la detenzione domiciliare. Peraltro, è specificamente previsto che queste misure possano essere applicate derogando dai minimi di fine pena previsti dalla legge (art. 47 O.P.) e, nel



caso della detenzione domiciliare, attribuendo funzioni di controllo anche all'operatore del Centro Servizi Sociali per Adulti<sup>k,1,2</sup>.

Il "Progetto obiettivo per la lotta contro l'AIDS" approvato dal Consiglio dei Ministri del 28 gennaio 2000 per l'assistenza e la prevenzione delle infezioni da HIV, nel breve paragrafo 7 dedicato a "L'infezione da HIV nelle carceri", ribadisce due concetti importanti. In primo luogo, sottolinea che i presidi ove ricoverare le persone detenute in condizione di incompatibilità carceraria devono essere solo le unità operative di malattie infettive in conformità con la previsione della legge 135 del 1990 che auspica il completamento dell'elenco degli ospedali dove sia possibile ricoverare soggetti HIV-positivi in stato di piantonamento, già in parte individuato con il D.lgs 22 aprile 1996. In secondo luogo mette in evidenza la notevole differenza esistente, tra le varie regioni, nella costruzione e attivazione delle case alloggio, dell'ospedalizzazione domiciliare e dell'assistenza domiciliare.

## I SERVIZI PSICHIATRICI

Una considerazione particolare va poi fatta per il servizio psichiatrico. La psichiatria, infatti, non rappresenta un'area a se stante, ma si iscrive nella complessità dell'intervento sanitario intracarcerario, in un rapporto molto fragile sotto il profilo tecnico ed organizzativo. Molteplici sono le cause di questa fragilità: bassa contrattualità dell'utenza; prevalente attenzione all'urgenza; difficoltà di accesso spontaneo ai presidi di cura; possibilità di richiesta di consulenza esterna solo attraverso procedure giudiziarie. A questi nodi si aggiungono quelli della scarsità degli organici e della insufficiente attenzione a garantire nel tempo una costanza di disponibilità e strumenti di intervento (farmaci, presidi sanitari, ecc.) che contribuiscono nell'insieme a determinare standard quantitativi e qualitativi nettamente inferiori rispetto a quelli garantiti alla generalità dei cittadini. Oltre a questi aspetti di carattere generale, Ferrannini e Peloso<sup>3</sup> evidenziano anche un problema specifico per l'intervento psichiatrico, dovuto al prevalere nella cultura giuridica e nelle sue norme di una dicotomia tra l'organico e lo psichico, che tutte le recenti acquisizioni delle neuroscienze e della moderna medicina e psichiatria tendono a superare. Gli autori si riferiscono, ad esempio, alla possibilità di utilizzare misure alternative alla carcerazione in presenza di gravi disturbi psicopatologici non reattivi, a fronte delle disposizioni di cui all'art. 147 del codice penale, 2° comma, che prevede l'accesso a tali misure solo "se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita contro chi si trova in condizioni di grave infermità fisica". Una rigida interpretazione di questa norma non solo contrasterebbe con un principio costituzionale ed etico di equità (una cardiopatia, per esempio, ha più valore di una depressione endogena ai fini della concessione degli arresti domiciliari o di un differimento della pena?), ma farebbe anche perdere senso al lavo-

<sup>k</sup>Si tratta di una novità assoluta perché, da sempre, il controllo del detenuto domiciliare è affidato all'autorità di pubblica sicurezza.

ro psichiatrico intramurario, aprendo ulteriori contraddizioni con misure in tal senso già più evolute ed estensive come quelle riferite alle condizioni di salute che determinano incompatibilità con lo stato di detenzione (L. 231/1999 art. 6, che modifica l'art. 146 del Codice penale) che rimandano in generale a “malattia particolarmente grave”, senza distinguere la natura della malattia, con la necessaria valutazione della gravità – secondo criteri clinici – dalla quale far discendere l'incompatibilità con la carcerazione.

In tema di salute mentale è sempre stata avvertita l'esigenza di disporre di adeguati “spazi trattamentali”. Il servizio psichiatrico deve essere completo, cioè prevedere, oltre ad un momento di rilevazione, anche una fase trattamentale psicoterapeutica a cui devono far riferimento i vari operatori che in qualche modo si occupano di problemi collegati al disagio psichico. Si tratta di un'esigenza fortemente sentita tra il personale specialistico, ma che è sempre stata frustrata, da una parte, dalla particolare considerazione che tale branca gode all'interno delle attività sanitarie d'istituto e, dall'altra, dall'organizzazione del servizio, dove la presenza di poche unità a fronte dell'elevato numero di richieste non ha consentito una presa in carico “seria” di tutti i pazienti. A questo si aggiunga lo scarso interesse, normativo ed amministrativo che, a monte, le istituzioni hanno manifestato verso il problema psichiatrico.

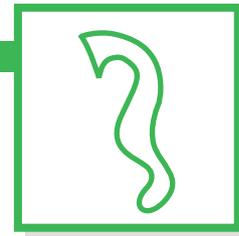
Si dimentica, infatti, che il disagio psichico costituisce la vera emergenza negli istituti, non solo per la rilevanza del fenomeno in sé (difficilmente quantificabile e complesso per le forme di manifestazione), ma anche perché il carcere è diventato, di fatto, un luogo in cui la percentuale di detenuti che assumono psicofarmaci è elevatissima.

Il passaggio dalla consulenza alla presa in carico, da parte dell'ASL, dei problemi di salute mentale che il carcere esprime rappresenta un'operazione che necessita di attenta riflessione e impegno progettuale. Porsi il problema della presa in carico dell'assistenza psichiatrica nel carcere da parte dell'Azienda sanitaria significa interrogarsi intorno agli spazi nei quali questo intervento potrà delinearsi.

In effetti la risoluzione del problema della tutela della salute mentale nel carcere passa anche attraverso una revisione dei diversi livelli in cui può operare l'intervento terapeutico (territorio, istituti, strutture intermedie residenziali, OPG) e, al contempo, attraverso una profonda riforma che consenta, in futuro, il superamento della logica custodialistica del malato mentale nello stesso OPG. Il passaggio alle ASL, del resto, non deve far dimenticare la necessità di un'adeguata specializzazione del personale sanitario sia medico che paramedico.

## TEORIA E PRASSI: UN DIFFICILE PUNTO DI INCONTRO

Nel delineare, senza alcuna pretesa di completezza, alcune linee organizzative e funzionali dell'assistenza sanitaria in carcere, sorge spontaneo sottolineare l'assenza di un preciso coordinamento con le riforme che – a partire dal 1975 – hanno interessato sia il settore penitenziario sia il SSN, con notevoli conseguenze in termini di carenza di personale e di strutture, di



sovraffollamento e di ritardi nelle prestazioni.

La risoluzione dei problemi sanitari passa attraverso una preventiva individuazione delle capacità del servizio penitenziario e, soprattutto, attraverso un intervento che rimuova alla base quelle cause che, impedendo il normale espletamento delle attività sanitarie, creano forti ostacoli alla realizzazione di una efficace tutela.

In primo luogo, è quindi necessario intervenire su alcune condizioni ambientali e personali, quali quelle dei servizi igienici, del numero degli occupanti delle celle, dello smaltimento rifiuti, dell'alimentazione dei detenuti, dei farmaci e dei materiali sanitari vari, che devono essere sottoposti a globale riorganizzazione e controllo.

In secondo luogo, è essenziale procedere ad un rilevamento della dotazione strumentale delle strutture penitenziarie (istituti, centri diagnostici terapeutici, OPG) al fine di evitare che livelli disomogenei nelle prestazioni erogabili comportino discriminazione nell'assistenza dei detenuti. Ciò non vuol dire che i servizi debbano essere uguali in tutti gli istituti. Le differenze strutturali e demografiche impongono, infatti, una valutazione individualizzata delle capacità prestazionali del singolo istituto, sempre e comunque nel rispetto delle qualità delle attività sanitarie.

Nel carcere – a parte il SERT e, in senso lato, il presidio per i nuovi giunti – non si rilevano veri e propri servizi che si rivolgano ad aspetti sanitari specifici (anche se l'amministrazione penitenziaria continua nelle circolari a definire in tal modo alcune attività svolte quali il servizio infermieristico, farmaceutico, ecc.). Invero, appare indispensabile l'attuazione di servizi infettivologici e psichiatrici in tutte le carceri, svolti attorno agli specifici aspetti sanitari, anche se da operatori di diversa matrice professionale. In alcune carceri risulta inoltre necessaria la creazione di aree differenziate in relazione ad emergenze sanitarie quali la tossicodipendenza.

Lo spirito di eguaglianza e di miglioramento che pervade la recente riforma è, senz'altro, un ottimo proposito, anche se non è ancora possibile esprimere valutazioni di alcun genere circa gli effetti perché, allo stato di fatto, ben poco di quanto è stato previsto si è realizzato concretamente.

Certamente la previsione del mantenimento dell'iscrizione al SSN dei cittadini detenuti e l'iscrizione per i detenuti stranieri, anche non regolari, per il periodo di detenzione sono provvedimenti innovativi che potranno avere effetti positivi sulla prestazione sanitaria all'interno degli istituti di pena. L'esistenza di un unico gestore sanitario, inoltre, non può che annullare i problemi derivanti dalla necessaria attività di raccordo tra servizi interni ed esterni che, in passato, hanno dovuto fare i conti con normative e prassi diverse, non sempre superabili con la buona volontà e l'inventiva dei rispettivi responsabili.

Un altro elemento che sicuramente offrirà spunti di riflessione è costituito da quello che avverrà nel passaggio di migliaia di operatori sanitari dal sistema penitenziario a quello sanitario, in termini di capacità di adattamento a nuovi sistemi gestionali e a nuove prassi. Una parte di questi, probabilmente, potrebbe dimettersi a fronte di un nuovo rapporto di lavoro incompatibile con gli impegni professionali assunti.

Non va infine sottovalutato il sistema procedurale disegnato per l'effettivo

passaggio di competenze e funzioni che, come già accennato, appare particolarmente articolato. È molto probabile che i Decreti attuativi risulteranno la mediana tra i vari interessi delle parti e il rischio è che tale medianità si rifletta sulla effettiva possibilità di garantire un servizio sanitario migliore. Sarà, quindi, molto importante la chiarezza dei Decreti attuativi e l'incontro delle parti al livello più basso della piramide, quello locale. È infatti a questo livello che si potranno concretamente affrontare quei problemi tecnico-organizzativi che molta parte hanno avuto e avranno nel consentire di realizzare un servizio efficiente, per non pregiudicare le esigenze di sicurezza ma neanche quelle di tutela della salute.

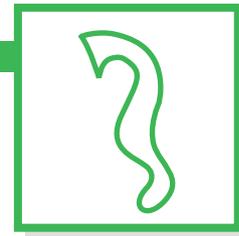
Gli sforzi per migliorare l'assistenza sanitaria ai detenuti sarebbero comunque vani senza una efficace attività di prevenzione. L'analisi della situazione ha, infatti, mostrato come tale opera sia necessaria nell'ambiente carcerario dove il rischio sanitario è elevato. In primo luogo, prevenzione significa effettiva conoscenza della genesi e consistenza dei fenomeni patologici e, dunque, opera di informazione ai detenuti, aggiornamento professionale degli operatori, test ed esami strumentali. Il timore di una diffusione delle patologie non è infondato in quanto il nuovo Regolamento penitenziario, all'art. 65, prevede le ipotesi di "incontro affettivo" tra i detenuti e i loro congiunti, al fine di creare delle "aperture" alla dimensione sociale, affettiva e sessuale del detenuto. Se l'operazione avrà indubbi effetti positivi sulla vita carceraria, riducendo le deviazioni sessuali e i disagi psichici conseguenti alla detenzione, essa aprirà le porte al contagio di soggetti estranei al mondo carcerario.

## CONCLUSIONI

Uno sguardo al passato può essere d'aiuto per riassumere i momenti più significativi di quel processo che ha visto il passaggio dalla punizione, strettamente connessa ad una mera esigenza di difesa, all'"illuminato" periodo in cui trionfa la cosiddetta prevenzione generale, di cui si fanno portavoce autorevoli teorizzatori quali Bentham<sup>4</sup>, Beccaria<sup>5</sup> e Howard<sup>6</sup>, per giungere al prevalere della prevenzione speciale, secondo la quale il reo è principalmente soggetto da "curare" o, meglio ancora, da "trattare" per "recuperarlo" e restituirlo, quindi, alla libera società; posizioni che, peraltro, furono – e continuano ad essere – oggetto di forti critiche grazie, soprattutto, al significativo contributo della ricerca empirica sviluppatasi a partire dagli anni Settanta<sup>1</sup>.

Parlando di assistenza sanitaria non si può non fare riferimento agli aspetti rieducativi della pena, finalizzati ad un intervento sul singolo per modificarne le tendenze devianti e facilitarne un'utile reinserimento nella società. Infatti, con il venir meno dello "spettacolo della punizione", quando un alone di negatività ormai circonda la confessione pubblica, la gogna, l'esposizione al palo, i lavori pubblici dei forzati e così via, il corpo si affranca dall'essere

<sup>1</sup>Una delle opere che ha maggiormente influenzato l'opinione pubblica circa la politica correzionale è stata l'analisi secondaria effettuata da Martinson et al. The effectiveness of correctional treatment: a survey of treatment evaluation studies. New York: Praeger, 1975.



bersaglio unico della repressione penale e gli istituti di pena divengono i protagonisti di una nuova era punitiva dove prevale la certezza di essere puniti più che la visibilità della punizione<sup>m</sup>.

In questo modo al boia si sostituisce un esercito di “tecnici” – sorveglianti, educatori, criminologi, medici, psichiatri – che, pur garanti dell’“annullamento del dolore”, portano con sé un nuovo carico di problematiche e una nuova “morale” dell’atto di punire.

L’analisi storica ci dà l’opportunità di mettere in evidenza che, ancora nel XXI secolo, la pena detentiva continua ad essere caratterizzata da finalità prevalentemente retributive e da asprezze di trattamento che contribuiscono alla riprovazione ed emarginazione del detenuto, “stigmatizzato” dalla società che lo identifica inevitabilmente nel soggetto delinquente.

Nonostante l’alone di afflittività che continua a circondare la pena, nella prima metà del secolo appena conclusosi, significativi interventi a favore di un riscatto delle teorie rieducative, da parte di organismi sopranazionali quali ONU e Consiglio d’Europa<sup>n</sup>, mostrano però l’importanza che da più parti viene riconosciuta al trattamento; si osserva, infatti, che soprattutto lo svolgimento di un’attività lavorativa, e quindi l’apprendimento di un mestiere, possono effettivamente favorire il reinserimento dell’individuo nel mondo libero.

Negli anni Cinquanta inizia una nuova era all’insegna del trattamento, accompagnata dall’entusiasmo per la diagnosi della personalità dei detenuti e, quindi, per l’osservazione scientifica, al fine di identificare gli elementi alla base del comportamento criminale e di porvi rimedio attraverso interventi individualizzati di diverso tipo<sup>7</sup>.

Se trattamento coincide con rieducazione, quest’ultima indica tendenzialmente quel processo volto a curare e modificare il comportamento deviante del condannato per favorirne il rientro in società; alla base di tale aspirazione vi è la convinzione che la difesa sociale possa essere realizzata in modo più proficuo attraverso il riadattamento del reo e il suo “riciclaggio”, finalizzato al reinserimento nel mondo produttivo<sup>8</sup>. Le finalità rieducative, tra l’altro, non costituiscono una scoperta attuale in quanto già presenti nella nostra Costituzione<sup>9</sup>, ove si allude chiaramente alla necessità di un’azione mirata ad una modificazione migliorativa della personalità che è, appunto, lo scopo della rieducazione; principi che rinveniamo, come sopra accennato, anche in vari strumenti internazionali quali la Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo, la Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti umani e delle libertà fondamentali, il Patto internazionale sui diritti civili e politici, le Regole minime per il trattamento dei detenuti adottate dall’ONU e dal Consiglio d’Europa.

<sup>m</sup>Vedi, al proposito, Foucault M. Sorvegliare e punire. Nascita della prigione. Torino: Einaudi, 1977.

<sup>n</sup>Vedi, per esempio, la Risoluzione ONU 30 agosto 1955, con cui vengono approvate le Regole minime sul trattamento dei detenuti, dove si sottolinea il reinserimento del condannato nella società; il Nuovo Testamento delle Regole Minime del Consiglio d’Europa, 19 gennaio 1973.

<sup>9</sup>Art. 27 Cost.: “Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”.

Il trattamento penitenziario, nella più vasta accezione, comprende quindi “quel complesso di norme e di attività che regolano ed assistono la privazione della libertà per l’esecuzione di una sanzione penale”<sup>9</sup>. Nel concetto rientrano, quindi, le norme dirette a tutelare i diritti dei detenuti, i principi di gestione degli istituti penitenziari, le regole che attengono alle somministrazioni ed alle prestazioni dovute ai privati dalla libertà. La legge 26/07/1975, n. 354, ha allineato il trattamento dei detenuti, almeno sul piano delle enunciate normative, ai sistemi più avanzati di privazione della libertà personale pienamente adeguandosi alle Regole minime dell’ONU e del Consiglio d’Europa<sup>10,11</sup>.

I principi del trattamento penitenziario adottati nel nostro paese traggono peraltro origine da una vasta elaborazione dottrinale e scientifica tendente a saldare le acquisizioni della scienza criminologica, l’evoluzione del pensiero filosofico e le statuizioni della nostra Carta costituzionale<sup>12</sup>. La normativa è stata quindi decisamente influenzata da tali elementi che ha recepito in chiare enunciazioni di carattere programmatico: l’art. 1 O.P. statuisce, infatti, che il trattamento penitenziario “deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona”, aggiungendo poi che “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, mentre il trattamento è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti”.

## Bibliografia

1. Meletti D. Il CSSA nella gestione dell’affidamento in prova e della detenzione domiciliare di HIV/AIDS incompatibili con il carcere. Tesi di laurea in Servizio Sociale (Relatore: Prof. G. Spangler), Università di Trieste, 2000.
2. Demori A, Roncali D, Tavani M. Compatibilità carceraria, HIV/AIDS e “malattia particolarmente grave”. Milano: Giuffrè, 2001.
3. Ferrannini L, Peloso PF. Les révénants: esperienze, progetti e criticità dell’intervento psichiatrico nelle istituzioni di pena e di custodia. Relazione presentata al XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Criminologia, Carcere e territorio, 2-4 marzo 2000, Gargnano del Garda.
4. Bentham J. Panopticon (1787). In: The works of Jeremy Bentham. Vol. 4. New York, 1962.
5. Beccaria C. Dei delitti e delle pene (1764). Torino: Einaudi, 1973.
6. Howard B. Lo stato delle prigioni. 1790.
7. Di Gennaro G. Il trattamento penitenziario. In: Grevi V, ed. Diritti dei detenuti e diritto penitenziario. Bologna: Zanichelli, 1980.
8. Fassone F. Lavoro penitenziario e motivazioni ideologiche. In: Grevi V, ed. Diritti dei detenuti e diritto penitenziario. Bologna: Zanichelli, 1980.
9. Canepa M, Merlo S. Manuale di diritto penitenziario. V ed. Milano: Giuffrè, 1999.
10. Daga L. Le nuove regole penitenziarie europee. Documenti Giustizia 1988; 2: 97.
11. Martinson R. The effectiveness of correctional treatment: a survey of treatment evaluation studies. New York: Praeger, 1975.
12. Tantalo VM. Il trattamento penitenziario: ipotesi e limiti di applicabilità. Crim Psic For 1990; 37.