

Presidenza del Consiglio dei Ministri



LA SALUTE “DENTRO LE MURA”

27 settembre 2013

ESTRATTO

Il Comitato Nazionale di Bioetica si è già espresso in passato in merito ai **gravi problemi di chi vive costretto “dentro le mura”**: dalla dichiarazione del gennaio 2003 di denuncia delle drammatiche **condizioni di sovraffollamento** delle carceri italiane, al più recente parere **“Il suicidio in carcere”**. (Orientamenti bioetici”, del 25 giugno 2010). In quel documento, si sottolinea che il fenomeno **non può leggersi unicamente in chiave individuale**, come spia di disagio psicologico o di disturbo/patologia psichiatrica **del detenuto**; bensì anche come **sintomo di mancata o carente responsabilizzazione collettiva** verso i diritti fondamentali dei detenuti, in particolare del **diritto alla salute**. Né nelle sue precedenti prese di posizione il CNB ha evitato di alludere allo scottante problema della pressoché insanabile **incompatibilità del sistema carcerario col diritto alla salute** che, inteso nel suo senso ampio, ha una specifica rilevanza bioetica: incompatibilità che si rivela di giorno in giorno - almeno in Italia - assolutamente evidente.

Un primo elemento è costituito dal riconoscimento che il **problema della salute** si inquadra necessariamente nella più ampia cornice della **discussione sui diritti umani fondamentali**, come risulta dall'art. **25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo**, diritti il cui effettivo godimento è fattore primario per un'efficace protezione del bene salute. Da qui anche la sottolineatura di come lo **stato di salute** individuale sia determinato dalla possibilità di usufruire di una molteplicità di **risorse, dirette e indirette** (quali ad es. **le situazioni abitative, la salubrità dell'ambiente, lo stile di vita, il grado di istruzione, le condizioni di lavoro** ecc..).

Un secondo elemento riguarda, più specificamente, proprio il **tema di quelle diseguaglianze** in salute che sono da considerare inique in quanto prevedibili, prevenibili e correggibili, e pertanto 'moralmente ingiuste'. Sotto questo profilo il **CNB** ha a più riprese ribadito il principio secondo il quale lo sforzo delle istituzioni [...]dovrebbe esser teso a **favorire, nella distribuzione di risorse** scarse come quelle proprie del settore sanitario, i gruppi e gli individui **più svantaggiati**; in altri termini sarebbe lo stesso concetto di **equità (distributiva)**, o se si vuole di **uguaglianza sostanziale (espresso nel 2°c.art.3 della nostra Costituzione)**, a richiedere non solo trattamenti diseguali per **compensare svantaggi situazionali**.

Tornando alla situazione carceraria, la sproporzione fra le dimensioni dei gesti di autolesionismo e di auto-soppressione della vita dentro e fuori “le mura” ha portato il Comitato a considerare le dure, spesso inumane, condizioni di vita nelle carceri italiane, quale fattore ambientale che influisce negativamente sulla salute fisica e psichica del detenuto e aggrava il disagio insito nella perdita della libertà. Da qui il proposito di affrontare i vari aspetti della salute in carcere, nella convinzione che il **diritto alla salute rappresenti per i detenuti il primo dei diritti**, che condiziona il soddisfacimento di altri.

La prigione è un luogo di contraddizioni:

- contraddizione fra il principio della **parità dei diritti** dentro e fuori le mura (eccetto la libertà di movimento), e le esigenze di sicurezza che tendono a limitarli;

- contraddizione fra le norme secondo cui le istituzioni devono garantire “la **salubrità** degli **ambienti** di vita” e “gli standard igienico sanitari previsti dalla normativa vigente” e le reali condizioni di vita nelle celle **sovraffollate**;

- contraddizione fra il significato della pena, basato sulla responsabilità individuale, e la concentrazione in carcere di un numero crescente di persone che appartengono agli strati più deprivati della popolazione;

- contraddizione fra il deficit di salute di chi entra negli istituti penitenziari e un carcere che **produce sofferenza e malattia**.

Sono queste alcune delle ragioni che chiamano alla responsabilità etica nei confronti dei detenuti, in quanto **gruppo ad alta vulnerabilità bio-psico-sociale**.

1) Salute in carcere e diritti umani: i principi ispiratori

E' opportuno ricordare come l'**art.3 della Convenzione Europea dei Diritti Umani** (Cedu) - in linea di continuità con la previsione di cui all'art. 27, III co., della Costituzione - accorda al detenuto una protezione assoluta e inderogabile, **vietando** la sottoposizione a **pene** che rivestano carattere **disumano e degradante**.

I giudici di Strasburgo (Corte europea dei diritti dell'uomo), pur rilevando una soglia minima di sofferenza, intrinsecamente connaturata a qualsiasi forma di privazione della libertà personale, hanno individuato un'ampia casistica di **situazioni di carattere oggettivo** (quali il **sovraffollamento**, **l'inadeguatezza delle condizioni igieniche, la mancanza di areazione**) e **soggettivo** (riferite **all'incompatibilità della detenzione con le condizioni di salute del recluso**) che integrano una violazione dell'art.3 Cedu. L'ipotesi statisticamente più frequente è senz'altro rappresentata dal sovraffollamento carcerario, oggetto di una recente e fondamentale condanna nella citata sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo (**Torreggiani** e altri c. Italia 2013). Secondo l'ormai costante giurisprudenza, la Corte considera un trattamento inumano e degradante allorché ciascun detenuto disponga di uno spazio personale pari o inferiore a tre metri quadri in questo contesto, la Corte non si esime dal fornire qualche importante indicazione in questo senso, richiamando anzitutto le raccomandazioni, Rec. (99) 22 e Rec. (2006) 13 del Comitato dei Ministri che **invitano gli Stati**, ed in particolare pubblici ministeri e giudici, a ricorrere il più ampiamente possibile **alle misure alternative alla detenzione** e a riorientare la loro politica penale verso un minor ricorso alla detenzione allo scopo, tra l'altro, di ridurre la crescita della popolazione carceraria.

2) La popolazione carceraria: lo stato di salute

Nei penitenziari si concentrano le persone appartenenti ai **gruppi più marginalizzati della società**, con bassi livelli di istruzione, **con standard inferiori di salute** e **con patologie croniche non curate**. Questa affermazione è contenuta nella “Dichiarazione di Mosca sulla salute in carcere quale settore della salute pubblica”, emanata nel 2003 dall'Ufficio Regionale per l'Europa della OMS10 .

Fra i soggetti sovra rappresentati nel carcere rispetto alla popolazione generale, sono citati anche i **consumatori di droghe**, i soggetti particolarmente vulnerabili e coloro che praticano comportamenti a rischio come l'uso di droghe per via iniettiva e **il sesso a pagamento**. La OMS ci informa che i principali disturbi in carcere sono di **natura psichica, infettiva e gastroenterica**. Alcuni comportamenti poco salutari, come il consumo di tabacco e l'abuso di alcol, associati alla malnutrizione e alla mancanza di attività fisica, possono aggravare gravi patologie croniche come il diabete e l'ipertensione, che hanno prevalenza più elevata rispetto alla popolazione non istituzionalizzata. Una larga parte di malattie non trasmissibili, come diabete e malattie cardiache, potrebbero essere ridotte agendo sui principali fattori di rischio.

Da qui le indicazioni OMS: 1) aumentare **l'attività fisica**; 2) informazione ed educazione sugli **stili di vita** più corretti; 3) corsi speciali per **soggetti più vulnerabili**, gli anziani, i soggetti sovrappeso; 4) corsi speciali di ginnastica per gruppi vulnerabili.

Inoltre la mancanza di libertà è un grave vulnus al patrimonio-salute, nelle componenti sociali e psicologiche. Il portato più invasivo dell'istituzionalizzazione è la **perdita della dimensione privata** dell'individuo e della sua capacità di controllo sull'ambiente di vita quotidiana, che si traduce in **perdita di identità e percezione di insicurezza**. Per tale ragione, la condizione carceraria richiede con ancora maggiore urgenza **un approccio globale alla salute in carcere**, a partire da una accurata ricognizione dei bisogni di salute (e non solo dei bisogni di servizi sanitari) della popolazione carceraria, col coinvolgimento dei detenuti stessi e delle associazioni di volontariato che operano nel carcere. In questa ricognizione, sono centrali **le variabili ambientali** della salute, ponendo attenzione agli aspetti del regime carcerario e della quotidianità dentro il carcere.

Non a caso, la OMS sottolinea come **condizioni di rischio** comuni nelle prigioni il **bullismo**, il **mobbing**, **la forzata inattività**. **Si raccomanda perciò di perseguire l'obiettivo di un carcere "sicuro", sia sotto l'aspetto igienico sanitario che della sicurezza intesa come protezione dalla violenza e dal sopruso**. Il rispetto dei diritti umani, insieme a condizioni accettabili di vita carceraria, costituiscono le fondamenta della promozione della salute poiché abbracciano tutti gli aspetti della vita del detenuto.

7) Aree chiave di intervento

Dati sulla salute, cartella clinica informatizzata e telemedicina

La cartella clinica informatizzata è un passo avanti decisivo per l'agibilità e la tempestività delle informazioni sulla salute di tutti i cittadini e le cittadine. Lo è ancora di più per i ristretti, soggetti a trasferimenti da un carcere all'altro e da una regione all'altra. Al momento, la cartella clinica informatizzata per i carcerati esiste solo in Emilia Romagna e, in via sperimentale, in Toscana. Se la cartella clinica è lo strumento ideale per **garantire la continuità del rapporto terapeutico**, costituisce solo il primo passo per realizzare quelle forme di **telemedicina** che consentono il **monitoraggio** e il consulto specialistico a distanza attraverso l'invio elettronico di esami, dati e immagini a centri di eccellenza, senza dover affrontare tutti i problemi, con i relativi costi e ritardi,

del trasporto dei detenuti o dei medici. Sono, ad esempio, estremamente significativi i casi di Porto Azzurro e di Regina Coeli.

Salute mentale

E' necessario che la rete dei servizi territoriali si prenda in carico le persone con problemi psichici, seguendo i principi della riforma sanitaria stessa: con interventi mirati a progetti individuali di cura, coinvolgendo tutte le risorse di supporto disponibili dentro e fuori il carcere; e con progetti di **aiuto al reinserimento** all'atto della scarcerazione. Ciò implica non solo una buona copertura di personale specialistico (colmando la carenza di psicologi di cui si è detto), ma anche l'assunzione di un approccio di promozione della salute mentale, con un controllo attivo sulle generali condizioni di vita in carcere.

La OMS dà conto dei fattori più rilevanti per la promozione della salute mentale, secondo quanto emerge dalla ricerca: al primo posto, assistenza e servizi che **facilitino l'autopromozione** e garantiscano l'altrui rispetto; al secondo posto, la soddisfazione del **bisogno di essere apprezzati e di essere oggetto di cura (care)**; al terzo posto, la possibilità di svolgere attività e di avere distrazioni. Il CNB prende atto degli sforzi compiuti a vari livelli istituzionali per ridurre la drammatica emergenza e **raccomanda un approccio che non si concentri solo sui fattori individuali di rischio psichiatrico**, ma tenga nella dovuta **considerazione i fattori situazionali** che possono aggravare lo stress legato alla detenzione.

Ciò consente di evitare la "psichiatrizzazione" della problematica del suicidio in carcere, nonché la stigmatizzazione delle persone che tentano di togliersi la vita: col pericolo di arrivare a misure controproducenti, come l'isolamento delle persone e la loro esclusione dalle attività che si svolgono nel penitenziario.