

Co.N.O.S.C.I. (O.N.L.U.S.)
 Coordinamento Nazionale degli Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane
 Via Liberiana, 17 – 00185 ROMA - telef. 06/491340 - Fax: 06.4461817
 (c.c.p. n.: 38650008 - C.F. 97207310588 - email: conosci2000@hotmail.com
 www.CONOSCI.org


 Membro della Consulta delle Società Scientifiche del campo delle Dipendenze Patologiche

Roma, 21 gennaio 2024

INDICAZIONI di MASSIMA per la proposta del Documento programmatico assessora Barbara Funari

La sanità pubblica viene studiata in questi ultimi anni, a livello europeo, soprattutto quale risultante delle numerose diseguaglianze sociali e dalla asettica ricerca delle cause, si sta passando allo studio dei metodi correttivi da applicare. Il concetto stesso di ‘salute globale’ (oggi: ‘One Health’) considera l’insieme dei fattori determinanti lo stato di salute stesso e non già ogni singolo fattore che da solo non sarebbe in grado di spiegare uno stato di salute complessivo dell’individuo, come positivo o negativo. Nel 2005 l’OMS costituì la Commissione sui Determinanti Sociali di Salute quelle “condizioni cioè che influenzano lo stato di salute di un individuo, di una comunità o di un’intera popolazione”. I determinanti della salute sono fattori che possono avere una valenza positiva o negativa e sono di differenti categorie e possono essere ‘modificabili’, ‘parzialmente modificabili’ o ‘non modificabili’ come il sesso, l’età e i fattori genetici.

Il carcere, inteso come fenomeno sociale che delinea un ambito assolutamente peculiare ed ‘estraneo’ alle normali dinamiche socio-sanitarie impone una profonda rivalutazione del significato stesso dei determinanti di salute e pone il tema dello studio di alcuni determinanti specifici al carcere, quali:

- *Le reti sociali e di comunità:* sono interrotte per legge.
- *L’alimentazione:* i pasti sono predeterminati e non sono considerati di alta qualità.
- *L’ambiente lavorativo:* il lavoro in carcere è scarsissimo e l’inattività favorisce i sintomi depressivi.
- *Salubrità degli ambienti:* gli standard igienico-ambientali delle carceri non hanno riferimenti normativi specifici e sono generalmente carenti.
- *Sanità e tutela della salute in carcere:* in Italia, dopo un lunghissimo periodo preparatorio e di modifiche parziali e sconnesse tra loro, è solo con il 2008 che una legge specifica (DPCM 1/4/2008) prevede che tutte le attività sanitarie siano affidate alla responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale. Oggi, tale nuova strutturazione funzionale ancora risente di una certa instabilità legata alle vicende generali della sanità nazionale ed è ancora in fase di graduale ottimizzazione.
- *Lo stile di vita individuale:* lo stile di vita di una persona in carcere è, ovviamente molto differente da quello in libertà
- *Abitazione:* il carcere non può essere ovviamente considerato una abitazione privata che viene scelta da coloro che vi abitano e vivono e il tema si sposta sul dopo la scarcerazione, laddove molti degli ex-detenuiti soffrono di condizioni di assenza/carenza alloggiativa. A tale proposito basti pensare alle persone straniere senza una fissa dimora o a coloro che hanno avuto vicende

di violenze intrafamiliari o procedure di separazione in corso e che non possono risiedere dove erano in precedenza.

Con il DPCM 1/4/2008 si pensava che finalmente se la giustizia non avesse più avuto competenze di sanità e la sanità prendesse in carico le sue specifiche responsabilità l'assetto generale della tutela della salute per le persone con limitazione delle libertà personali avrebbe potuto rientrare in canoni accettabili e paralleli alla sanità generale. In effetti così è stato per un certo periodo di tempo nel quale sono stati prodotti importanti accordi in Conferenza Stato-Regioni e in Conferenza Unificata. Ma per un tema così complesso basterebbe citare la sola questione psichiatrica e la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.) del 2014 per constatare che essa non è stata ancora compiutamente risolta e che vede una perseverante problematica di presa in carico da parte delle psichiatrie territoriali, tale da essere preoccupante.

Gli attivissimi gruppi di lavoro che hanno operato fino al 2014-2015 oggi hanno completamente interrotto le loro funzioni anche alla luce delle note pretese competenze esclusive delle regioni in funzione della loro 'autonomia differenziata' che in questo caso si configura come un abbandono del tema della salute in carcere, anche se a fronte di progettazioni locali, spesso slegate da una realtà complessivamente considerata. Probabilmente nel 2007-2008 ancora non si immaginava un così evidente declino del Servizio Sanitario Nazionale che avrebbe comportato evidenti carenze nel settore.

Basti pensare che in non poche strutture penitenziarie la carenza di personale medico permette di realizzare servizi di guardia medica – che dovrebbero essere attivi sulle 24h – solo in alcune fasce della giornata e restando le altre scoperte. Lo stesso dicasi per gli infermieri per i quali, recentemente è stato segnalato il caso di un carcere con 1.800 detenuti di cui una grossa parte era in terapia farmacologica, dove era presente un solo infermiere. Si può immaginare che tipo di tutela di salute abbiano ricevuto queste persone. Oltre ciò, anche la figura dello psicologo è molto carente anche per i pazienti tossicodipendenti. Gli altri quelli che non afferiscono al Ser.D. della locale ASL non hanno figure terapeutiche dedicate e i rari psicologi c.d. dell' "Osservazione trattamentale", hanno funzioni esclusivamente penitenziarie.

In queste condizioni appare chiaro il perché aumentino gli eventi suicidari (nel 2023 hanno raggiunto il numero massimo di 86 eventi seguiti da morte), il misuso e la 'diversion' di farmaci, insieme alle droghe più diffuse, siano diventati una costante nelle carceri e siano in regolare aumento.

Particolarmente penalizzate sono certamente le detenute donne che essendo una percentuale ridotta rispetto al totale (circa il 5%) risentono maggiormente della carenza di risorse. Anche il settore minorile, che ha rappresentato un modello per le politiche carcerarie internazionali, oggi risente di un inquietante calo di attenzione.

Sovraffollamento, violenza, carenze organizzative e terapeutiche gravi e continue, rendono una situazione molto preoccupante, ancor più se si considera la possibilità che alle presenti carenze potrebbe aggiungersi una c. d. 'sanità differenziata'.

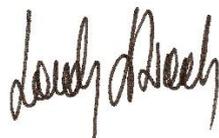
Le proposte attivabili sul territorio derivano da numerose previsioni di leggi mai applicate o solo parzialmente quali ad es.

- 1) la creazione sperimentale di un programma personale delle persone detenute in uscita dal carcere, attraverso una specifica sintetica revisione e valutazione dei bisogni personali: lavoro, housing, assistenza sanitaria, ecc.) e reimmissione sul territorio a fine pena e che risiedano nel territorio del carcere o in altri comuni dell'area metropolitana. Una attenzione**

particolare sarà dedicata a quelli senza fissa dimora o agli stranieri non residenti o con provvedimento di espulsione. Per questo punto di ipotizza un primo gruppo sperimentale di 30-50 persone con valutazione dei risultati ottenuti ed ulteriore successivo incremento ad un ulteriore gruppo di 100 detenuti e successivi incrementi, fino a rendere questo intervento strutturale.

- 2) Un ulteriore punto critico per le municipalità è il rilascio/aggiornamento dei documenti di identità, anche provvisori per gli stranieri, rilasciati direttamente alle persone detenute richiedenti.
- 3) Creazione di un portale socio-sanitario di interlocuzione diretta per le problematiche in atto indirizzato ai soggetti sottoposti a limitazioni delle libertà personali e in misura esecutiva esterna al carcere (detenzione domiciliare, arresti domiciliari, sospensione esecuzione, differimento pena, ecc.)
- 4) Una attenzione particolare andrà riservata alle detenute donne, ai minorenni e a tutti coloro che sono portatori di un disturbo da uso di stupefacenti e/o alcol, in quanto a maggiore vulnerabilità e rischio di recidiva.
- 5) Il coordinamento di tutte queste attività, anche di notevole complessità, dovrebbe essere attribuito ad un tavolo cittadino di coordinamento ed esecuzione, che si interfacci con gli enti coinvolti, responsabilizzandoli alle loro specifiche mansioni, anche attraverso un'azione di formazione/informazione della dirigenza dei suddetti enti.

Tutti gli interventi ipotizzati sono preordinati a favorire il decremento della recidiva, ancora molto frequente in questa particolare popolazione



IL PRESIDENTE
Dott. Sandro Libianchi