

DIREZIONE GENERALE

Data Stampa 3041-Data Stampa 3041

Data Stampa 3041-Data Stampa 3041

Medicina penitenziaria fra evidenze e bisogni irrisolti

Il sistema carcerario italiano si conferma uno dei punti più critici del Paese. Il carcere non è più solo luogo di detenzione, ma spazio in cui si concentrano marginalità, dipendenze, disagio psichico e patologie croniche e infettive, rendendo urgente una nuova attenzione alle politiche di prevenzione e cura

Francesca Morelli, giornalista

KEYWORDS

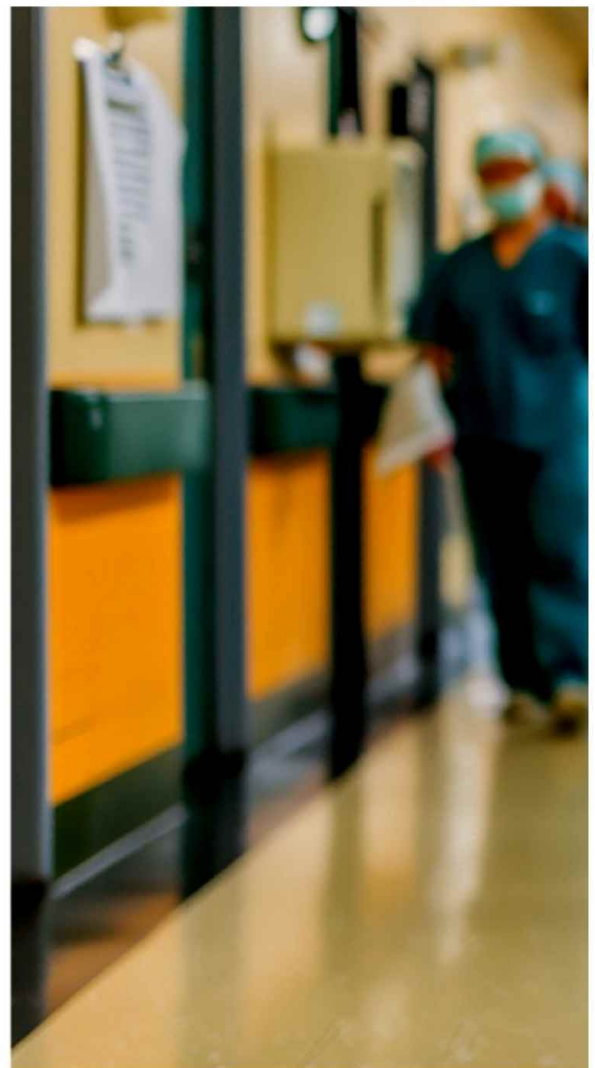
medicina penitenziaria,
bisogni irrisolti
prison medicine,
unmet needs

The Italian prison system remains one of the country's most critical issues. Prisons are no longer merely places of incarceration, but spaces where social marginalization, addiction, mental health issues, and chronic and infectious diseases are concentrated, making it urgent to focus anew on prevention and treatment policies.

Necessarie per l'ecosistema della salute ma a macchia di leopardo, sia per l'offerta di servizi sia per le modalità organizzative della Aziende Sanitarie. La medicina e la sanità penitenziaria, nonostante i decreti che ne hanno consentito il definitivo posizionamento in ambito Lea, quindi con una serie di prestazioni e servizi obbligatoriamente garantiti alla popolazione detenuta, soffre ancora di molte criticità. Mancanza di adeguate risorse umane, percorsi formativi non sempre altamente specializzati e professionalizzanti, governance non ottimale in grado di prendere in carico tutti i bisogni, noti ed emergenti, di questa popolazione fragile per un contesto sociale di emarginazione, livelli di assistenza sanitaria insufficienti, nuove richieste e implicazioni legate, per esempio, ai migranti. Occorre anzitutto uniformare a livello nazionale, non solo territoriale, la medicina e la sanità penitenziaria per uscire dall'impasse e offrire il reintegro in un contesto di socialità salubre.

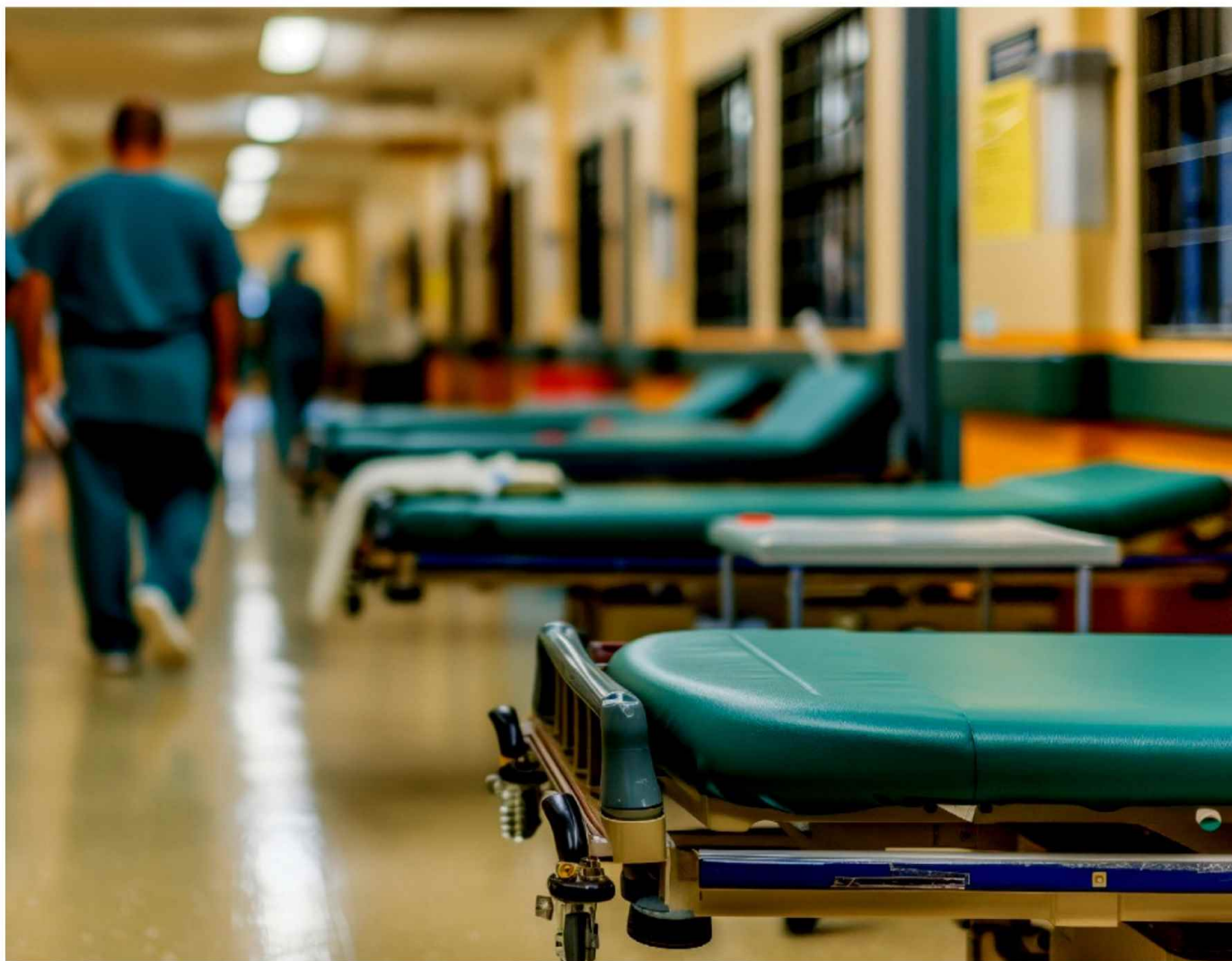
Fattori critici

Aspetti organizzativi, strutturali e soprattutto la regionalità che parcellizza in modo difforme l'offerta fra regioni e a livello interregionale, condizionata anche dalla capacità di sistema e di erogazione dei servizi delle varie Aziende locali. Sono alcu-



ni dei fattori principali che incidono sullo scenario sanitario nei penitenziari italiani. Ne deriva che la risposta e l'uniformità tra i molteplici servizi (distrettuali, della medicina generale e specialistica, delle dipendenze, della salute mentale, dei minori e di ogni altra voce) sono estremamente disarticolate. Servizi che rientrano tutti tra le competenze istituzionali della medicina carceraria, ricoprendo però solo una parte (residuale) degli effettivi compiti di questa disciplina.

«Il quadro clinico della medicina penitenziaria», spiega Antonio Maria Pagano, direttore Uoc Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale Asl Saler-



no e presidente della Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, «è gravato dalla carenza di personale specializzato e dalla situazione di stallo in cui vive, anche dal punto di vista normativo e giuridico, la medicina penitenziaria. Con il d.lgs. 230/199 si dava mandato al governo di favorire il passaggio della medicina e sanità penitenziaria a regime di Ssn e si provvedeva a ciò con il Dpcm del 1/4/2008. Allo stato attuale, però, nonostante i 18 anni trascorsi, non è stato pienamente applicato quanto in esso previsto. La medicina penitenziaria risulta in prevalenza, in molte aziende sanitarie, organizzata mediante coordinamenti funziona-

li, rendendo il lavoro più critico, a fronte invece di una preferibile auspicabile gestione organizzativa diretta, strutturale, per tutte le persone in uno stato di privazione della libertà personale che favorirebbe una fattiva e concreta assistenza multidisciplinare e multiprofessionale, come la medicina penitenziaria richiede, e che risulterebbe più efficace e performante, permettendo di conseguenza una lettura sistemica dei bisogni assistenziali dei detenuti che verrebbero letti dall'interno, cioè da operatori dedicati in modo esclusivo o preminente al lavoro nelle carceri e nei confronti delle persone a qualunque titolo private della libertà. I reali biso-

DIREZIONE GENERALE - Medicina penitenziaria



Antonio Maria Pagano,
direttore Uoc Tutela
Salute Adulti e Minori
Area Penale Asl Salerno e
presidente della Società
Italiana di Medicina e
Sanità Penitenziaria

gni di questa popolazione non li può cogliere chi è chiamato a fare una consulenza o una visita occasionale, ma solo chi tocca con mano la realtà quotidianamente, tenuto anche conto che in carcere il medico viene vissuto come imposizione del sistema restrittivo, cambiando sensibilmente i meccanismi del rapporto di fiducia fra medico e detenuto rispetto all'ordinario. Inoltre, il detenuto che spesso ha a che fare con un medico, diverso di giorno in giorno, percepisce questa figura non come sistema curante ma come sistema ulteriormente impositivo della riduzione di libertà. A ciò si aggiunge che in carcere il detenuto fa uso strumentale del corpo e della salute per raggiungere obiettivi non sanitari ma giuridici, vale a dire che in ambito penitenziario esiste spesso un'asimmetria: il medico ha l'obiettivo di tutelare la salute, mentre il detenuto può avere anche esigenze legate al proprio percorso giudiziario». Una dinamica delicata e complessa, di cui tuttavia manca ancora consapevolezza, che è invece cruciale per garantire un'assistenza migliore a una fascia di popolazione di per sé fragile ma non considerata tale.

Fragilità ed esposizione a patologie

La fragilità non nasce in carcere, i contesti di emarginazione sociale, culturale, economica e sanitaria della popolazione ospite sono conduttori di un aumento delle potenzialità di sviluppo di nuove patologie o del peggioramento di eventuali comorbidità, già presenti prima della reclusione. La pratica quotidiana del personale sanitario che lavora negli istituti penitenziari rileva l'evidenza che i detenuti, di rado o quasi mai, anche nel precedente stato di libertà, accedono ai servizi sanitari del Ssn. «L'entrata in un istituto penitenziario diviene un momento importante, quasi unico, di valutazione delle condizioni fisiche e psichiche della persona incarcerata, con una valenza che riguarda anche la sicurezza per la salute sia del singolo individuo sia della comunità che risiede nell'istituto. Le fragilità alle quali è esposta la popolazione in detenzione sono molteplici e riconducibili ad almeno tre ordini di fattori: la provenienza, come detto, da fasce di popolazione altamente deprivate, anche dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, la negazione della libertà che ha innegabili ripercussioni sulla condizione psichica, da cui l'importanza di una valutazione sulla salute mentale all'ingresso e, infine, la promiscuità e il sovraffollamento delle carceri. I dati al 2025 attestano che i 189 istituti penitenziari italiani hanno accolto oltre 103 mila persone, con



livelli medi di sovraffollamento superiori al 150%. Inoltre, nello stesso anno si sono registrati 254 decessi in carcere, di cui 76 suicidi. Questi ultimi pari a 370 eventi complessivi negli ultimi cinque anni, ai quali si aggiungono quasi 2 mila tentativi di suicidio e oltre 11.700 episodi di autolesionismo solo nel 2025. Questi dati mostrano, da un lato, quanto il sistema sia sotto pressione e quanto il tema della salute mentale sia una priorità e, dall'altro, la necessità di fare specifici screening all'ingresso. Specificamente per patologie infettive, dall'epatite all'Hiv, alla Tbc, una valutazione dello stato vaccinale in una popolazione che di norma si sottopone a quelle previste dal Piano Vaccinale ma non a quelle facoltative, come l'Hpv, altamente efficace per la prevenzione di patologie genitali maschili e femminili e per la protezione da infezioni sessualmente trasmissibili, fino all'antinfluenzale o l'anti-Covid. Quest'ultima, ove eseguita in modo massivo, in epoca pandemica ha consentito di arginare la diffusione del virus di carcere; la popolazione detenuta, adeguatamente informata sull'utilità, ha aderito per la totalità. Non ultimi, gli screening per le patologie neoplastiche, compreso uno screening per patologie della pelle (la promiscuità è veicolo, per esempio, di diffusione della scabbia). In tema di salute mentale, infine, in relazione ai criteri diagnostici, in carcere si rileva una lieve pre-

«LA MEDICINA
PENITENZIARIA
SOFFRE DI UNA
CARENZA DI
PERSONALE
SPECIALIZZATO
E DI UNA
SITUAZIONE DI
STALLO ANCHE
SUL PIANO
NORMATIVO E
GIURIDICO»



DIREZIONE GENERALE - Medicina penitenziaria ■

I bisogni insoddisfatti della medicina carceraria

La continuità delle cure nelle carceri è una prima importante criticità, che si trascina da tempo e la cui risoluzione deve essere prioritaria. «Occorre attuare strategie che incentivino la stabilità del personale, a cui va anche consentita la possibilità di acquisire una propria specificità. Ciò implica pensare a uno status identitario delle persone che lavorano negli istituti penitenziari, anche dal punto di vista giuridico, fino alla possibilità di istituire uno scudo penale (1), al pari di quanto attuato in epoca Covid in cui gli operatori lavoravano in condizioni oggettive di "scarsità di risorse umane e materiali". Mi riferisco, in particolare, ai locali sanitari, che l'amministrazione sanitaria ha ceduto in comodato d'uso alle Asl, senza tuttavia attuare le opere necessarie per rendere questi spazi idonei all'erogazione di visite specialistiche, stante che il Piano Carceri non prevede adeguamenti dei locali sanitari. In mancanza di questo upgrading strutturale e organizzativo, la naturale via di uscita è il ricorso a visite esterne, pena in caso di mancata erogazione una denuncia, in relazione allo scudo penale, per i medici della sanità penitenziaria e per gli operatori interni alle carceri. Inoltre, è prioritaria l'integrazione, potenziata, con i servizi extra-murali». Inderogabili, anche alcune altre misure: lo sviluppo di un'odontoiatria sociale preventiva e la creazione di sezioni sanitarie specializzate per garantire assistenza specifica, non delegata a sezioni penitenziarie generiche, peraltro non gestite dalla sanità, in cui si allocano persone, per esempio tossicodipendenti, in cui non è possibile attivare efficaci percorsi dedicati di prevenzione, riabilitazione e recupero, fino all'integrazione nel tessuto sociale del detenuto con (tossico)dipendenze. Tali sezioni specializzate sono già previste negli accordi di Conferenza Unificata, ma allo stato attuale se ne contano poche in Italia». Inoltre, bisognerebbe puntare sulla formazione specifica per i vari operatori in ambito penitenziario (medici, infermieri, psicologi) oggi inesistenti, "istituzionalizzando", per esempio, un master in Medicina e Sanità Penitenziaria, professionalizzante e abilitante al lavoro con le persone private della libertà e che includa nel percorso di studi aspetti clinici ma anche aspetti giuridico-processuali, norme, nozioni di amministrazione penitenziarie e giuridica che incidono sul percorso di salute delle persone, linee per la valutazione delle pericolosità del soggetto. La corallità di aspetti che concernono la medicina

LA PRATICA QUOTIDIANA DEL PERSONALE SANITARIO CHE LAVORA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI RILEVA CHE I DETENUTI DI RADO O QUASI MAI ANCHE NEL PRECEDENTE STATO DI LIBERTÀ, ACCEDONO AI SERVIZI DEL SSN

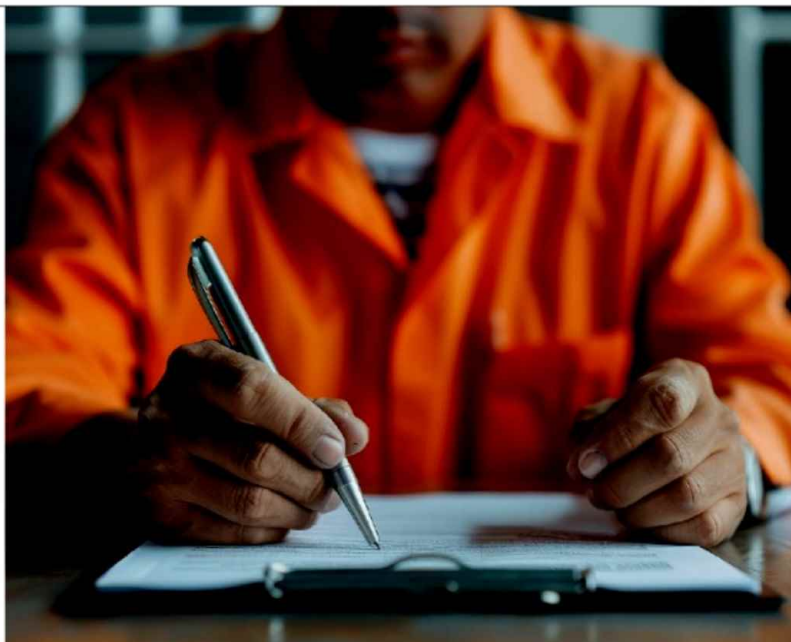
valenza, superiore a quella della popolazione comune, di nevrosi e psicosi, mentre è sensibilmente più rappresentato, rispetto al contesto generale, il disagio psichico associato a problemi di insonnia, irrequietezza, disturbi comportamentali, tutti conseguenti a restrizione o sovraffollamento e promiscuità. Le ripercussioni psichiche, se non attentamente valutate e prese rapidamente in carico, possono esplodere in maggiore sofferenza psichica, fino ad assumere connotazioni di quadri patologici, variabili da sindrome depressiva a disturbo dell'umore. Si ricorda, infine, che l'uso di sostanze è molto diffuso in carcere e spesso determina disturbi comportamentali, discontrollo degli impulsi per esempio, con rischi aggravati dalle nuove sostanze, più potenti, di cui si sta osservando l'aumentata concentrazione sul territorio, non solo in carcere». In questo contesto, la sanità penitenziaria è pertanto chiamata a sostenere un carico che va oltre la funzione detentiva. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 prevede strumenti di screening, diagnosi precoce e promozione della salute, ma la loro applicazione negli istituti resta disomogenea, nonostante la popolazione detenuta sia considerata ad alto rischio. Rafforzare la prevenzione significa non solo migliorare la salute delle persone detenute, ma anche ridurre criticità cliniche e gestionali.

DIREZIONE GENERALE - Medicina penitenziaria

e sanità penitenziaria sottolineano la necessità di specialisti con differente background (in malattie infettive, medicina generale, igiene, medicina legale, psichiatria, dermatologia, odontoiatria, psicologia, assistenti sociali e diverse altre figure di supporto sia sociale sia sanitario) che lavorano in sinergia in team coordinati, al fine d'instaurare un rapporto di collaborazione intra équipe che favorisca anche quella terapeutica con i detenuti. «Per esempio, in ambito di suicidio in un percorso giuridico, istanza che viene rigettata, le ripercussioni sul diretto interessato non sono solo giuridiche, ma anche psicologiche, imponendo la necessità di comprendere meccanismi ed eventi, passati e recenti, che hanno condotto la persona a una scelta così drastica».

Le azioni di governance necessarie

Contrastare la regionalizzazione a favore di una medicina e sanità penitenziaria uniformata è la prima misura da attuare. È necessario prevedere precise norme d'indirizzo non derogabili e un modello assistenziale unico sul territorio nazionale, così come è allo stato per la giustizia e l'amministrazione penitenziaria, per evitare gestioni autonome a livello regionale, spesso molto differenti tra loro, e favorire la collaborazione tra i vari ambiti (l'amministrazione giudiziaria, l'amministrazione penitenziaria o lo stesso Ssn) affinché non diventino autoreferenziali. Se il sistema non sarà ristrutturato, rispondendo a criteri di uniformità, lo scudo penale resterà una misura necessaria, diversamente potrà essere archiviato. «Conseguentemente a questo sarebbe opportuno prevedere una Cabina di Regia Nazionale, interministeriale, che consenta d'implementare una rete di offerta di servizi sanitari a livello nazionale alle persone private della libertà. Se pensiamo, per esempio, agli autori di reato con disagi psichici, il problema non attiene esclusivamente a una presunta scarsità di posti in Rems (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), peraltro più o meno presenti a livello nazionale, bensì a questioni perigliose, che vanno dalla non applicazione del Dpcm dell'1/4/2008 in merito alla gradualità, sia assistenziale sia di sicurezza, di strutture per il superamento della chiusura degli Opg, ai rapporti tra servizio sanitario e magistratura, a modifiche del codice di procedura penale. In relazione ai tossicodipendenti, è in discussione una modifica alla norma che consenta la riduzione di pena, anche di diversi anni, anche per questa categoria di dete-



**VA DATA
ATTENZIONE
AL DECLINO
COGNITIVO CHE
SI ACCOMPAGNA
AL REGIME DI
RESTRIZIONE**

nuti, quindi, è doveroso pensare a istituire misure giuridiche, luoghi (sanitari, sociosanitari, sociali), comuni percorsi per la loro adeguata ricollocazione nel tessuto sociale e assistenziale. Ciò riguarda anche i minori di area penale, oggi negletti e in esplosione, in funzione sia del Decreto Caivano - l'intervento normativo del Governo italiano volto a contrastare la criminalità minorile, il disagio giovanile e la povertà educativa, tramite il rafforzamento dell'obbligo scolastico e l'inasprimento delle pene e l'estensione del Daspo urbano ai quattordicenni con interventi speciali per le aree degradate - sia di altri problemi emergenti. La soluzione non è criminalizzare, bensì instaurare una maggiore collaborazione tra giustizia-sanità-amministrazione sanitaria e Welfare».

Sinergie prioritarie da attuare

Occorre agire a livello di sistema altrimenti qualsiasi azione intrapresa rappresenta una toppa. «La prevenzione costituisce l'aspetto di maggiore attenzione ed in particolare l'odontoiatria sociale e preventiva è una delle principali priorità, garantendo a queste popolazioni di incontrare il dentista con regolarità (per alcuni si tratterebbe addirittura della prima volta), ricordando che la bocca è trigger di numerose patologie, per esempio di problemi gastro-intestinali. Occorre sviluppare un piano di odontoiatria sociale che preveda approcci di prevenzione, con screening all'ingresso e interventi garantiti. Azioni di prevenzione che vanno estese anche ad altri ambiti, per esempio di salu-

te mentale, in cui i primi interventi sono a opera non dello psichiatra ma dello psicologo che deve lavorare su gruppi omogenei di sofferenza all'interno delle carceri. La letteratura conferma, infatti, che la patologia psichica è minima in carcere, a fronte del peso enorme della sofferenza psicologica spesso non trattata. Va ricordato che in carcere lavorano sia gli psicologi dell'amministrazione penitenziaria, come ex art. 80, sia psicologi del Ssn a cui è richiesto di cooperare in maniera coesa e coerente alle necessità delle persone. Ciò impone di mettere a sistema un'assistenza psicologica di base, anche in carcere al pari di quanto si sta cercando di fare per la popolazione generale, che garantisca continuità della cura, che lavori in modo specifico secondo determinate caratteristiche e competenze. Solo così è e sarà possibile intervenire sulla componente di sofferenza psicologica che si accompagna naturalmente alla restrizione della libertà».

Formazione e ricerca scientifica

«Come società scientifica sosteniamo la ricerca scientifica verso i bisogni di salute e sociali di questa popolazione. Tuttavia, la criticità maggiore è rappresentata dal fatto che, diversamente da altri Paesi europei, in Italia non ci sono dati seri e robusti che attestino il reale stato di salute della popolazione detenuta. In questa direzione è stato sviluppato un unico progetto parziale che tiene traccia delle condizioni sanitarie di questa popolazione, finanziato nell'ambito del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie del 2014, che ha coinvolto solo poche regioni. Ulteriore aspetto critico, l'Italia non ha un sistema informatico dedicato per la registrazione di dati di salute penitenziaria, ciò significa che laddove queste informazioni su salute mentale, dipendenze, medicina generale e medicina specifica esistessero ed entrassero nei flussi informativi del Ministero della Salute al pari di altri, non sarebbero poi rilevabili a livello nazionale come dati di salute della popolazione generale. I luoghi interni agli Istituti Penitenziari per Prevenzione e Pena devono essere censiti tra quelli del Ssn e determinare un flusso specifico di informazioni inerenti al personale e alla tipologia quali-quantitativa delle prestazioni. Solo così potremo iniziare ad avere informazioni reali sullo stato di salute dei detenuti e diverrà possibile una programmazione evidence-based. Oggi, invece, siamo di fronte a dati scientificamente validi sporadici e valutazioni "a sentimento", quindi sen-

za valore scientifico». Inoltre, è necessario formare figure esperte per la gestione di équipe multiprofessionali e multispecialistiche, costituite da psichiatra, farmacologo, tossicologo, neuropsichiatra infantile, assistente sociale e gli altri citati prima. Va potenziata l'integrazione con il Welfare, che deve entrare in carcere per dare diritto pieno di cittadinanza ai detenuti. Welfare che non va inteso solo come associazioni e azioni di volontariato in carcere, ma che prevede una riqualificazione dei piani del Welfare stesso, che attualmente non include le persone detenute, come fascia debole, quando in realtà sono fra le più fragili. Infine, è necessario innovare le scuole di specializzazione con insegnamenti specifici, nelle scuole di specializzazione e all'interno dei corsi di medicina generale.

Le sfide che attendono la medicina penitenziaria

Odontoiatria sociale preventiva, attenzione ai disturbi post-traumatici per le popolazioni migranti a causa del travaglio subito per raggiungere l'Italia, screening per epatite, screening oncologici, per tumori della cervice, colon-retto e prostata, in aumento per l'innalzamento dell'età media dei detenuti e per stili di vita scorretti legati ad abitudini alimentari e sedentarietà, con azione diretta sia su patologie tumorali sia su malattie metaboliche. «In carcere mancano i controlli nutrizionali e, non a caso, i detenuti generalmente hanno un incremento ponderale, per il ricorso al sopravvitto carcerario (servizio di spaccio interno che consente ai detenuti di acquistare generi alimentari e di conforto extra rispetto al vitto ordinario) e per la sedentarietà e la scarsa o nulla attività fisica, con conseguente sullo sviluppo di malattie cardiometaboliche (in forte aumento) o di insonnia. Non ultimo, va data attenzione al declino cognitivo che si accompagna al regime di restrizione. Dati di letteratura dimostrano che l'incarcerazione è un evento traumatico che incide sulla cognizione delle persone reclusi. In conclusione, gli investimenti in salute devono essere rivolti agli aspetti inerenti alla condizione di detenzione, alle strutture, all'organizzazione degli spazi e del tempo per permettere l'acquisizione di migliori stili di vita e la riduzione di problematiche specifiche. Lo Stato deve entrare nelle carceri in modo preponderante con politiche di sostegno che diano futuro ai detenuti, altrimenti gli istituti penitenziari diventeranno sempre più università del crimine anziché della società e del reinserimento sociale».

Note

1) Lo "scudo penale" per i medici introdotto con la legge di conversione del decreto Mille proroghe del 2021, che limitava la responsabilità del sanitario durante l'emergenza Covid ai soli casi di colpa grave, valutata anche alla luce di fattori ambientali come "scarsità di risorse umane e materiali"