

LUIGIA MELILLO

## LA SALUTE DELLE PERSONE “RISTRETTE”

1. Il tema di questa giornata è di fondamentale importanza. Sono anni che sia la cattedra di bioetica interculturale de L’Orientale, sia il suo Centro LifeLong Learning che presiedo, dedica a questo specifico argomento, e più in generale alla questione della garanzia dei diritti delle persone sottoposte a restrizione della libertà personale, una grande attenzione sia in termini di ricerca e didattica, sia in termini di operatività e prassi. Mi piace qui ricordare, ad esempio, la collaborazione con l’Associazione *il Carcere Possibile* e con il Garante regionale per la traduzione della *Guida ai diritti e ai doveri dei Detenuti*, pubblicata proprio quest’anno in 6 lingue, che vuole essere uno strumento immediato ed utile per mettere a disposizione, innanzitutto ai migranti sottoposti a misure detentive, e più in generale a tutte le persone ristrette ed alle loro famiglie, una guida agile per avere consapevolezza di regole ma soprattutto diritti che devono essere riconosciuti alle persone private della loro libertà personale.

È proprio da questo concetto che, credo, sia necessario partire. La privazione della libertà personale, infatti, costituisce una misura che solo in età moderna viene riconosciuta dagli Stati come risposta “legale” all’aver commesso reato. Non posso qui ricordare il lungo percorso che dalle pubbliche esecuzioni fino alle pene corporali, quindi dall’internamento alla reclusione, passando per le teorie e le prassi disciplinari fino a quelle rieducative, ha segnato la lenta ma sostanziale evoluzione della risposta dell’autorità alle azioni connotate come reato. Molto ci ha insegnato in merito l’opera di Foucault, e sicuramente il percorso non può dirsi concluso. Anzi, siamo di fronte ad uno snodo fondamentale, dove gli studiosi, innanzitutto quelli di diritto penale, si interrogano sul sostanziale fallimento del modello rieducativo e sulla necessità di una sua revisione. Non è questo il luogo per affrontare questo affascinante dibattito e le diverse previsioni messe in campo. Di certo, però, la constatazione del fallimento non può prescindere dall’analisi delle motivazioni che lo hanno determinato. Queste sono diverse, e, prima ancora che la tipologia di azioni di risocializzazione messe in campo all’interno delle carceri, chiamano in causa, innanzitutto, il livello

più generale dello stato evolutivo della nostra società, della sua capacità di garantire reali processi di risocializzazione, sia, da un punto di vista meta-culturale di superamento dello stigma, sia, naturalmente, da un punto di vista sociale e politico nella capacità di dare risposte complessive, soprattutto di tipo occupazionale, ma anche nei più ampi termini di qualità della vita. A questo, oggi, si aggiunge, in molti Stati tra cui sicuramente anche l'Italia, una preoccupante tendenza all'estensione della penalizzazione di comportamenti e prassi. Estensione della penalizzazione che, inoltre, passa non attraverso riforme della Giustizia e del Diritto, ma attraverso la via amministrativa, decretando da un lato scelte di indirizzo proibizionista e dall'altro la rivendicazione della "tolleranza zero" verso usi, comportamenti e processi di vita ritenuti, per diverse considerazioni, illegittimi. Questo, sostanzialmente, si traduce, innanzitutto, nel progressivo affollamento delle nostre carceri: gli oltre 68 mila reclusi in Italia (a fronte dei 44612 posti regolamentari), pongono, prima ancora che un dato allarmante (in gran parte identico se non peggiore di quello che determinò la scelta dell'indulto) un pesante interrogativo sul tipo di politiche che abbiamo scelto di seguire. E anche solo a fronte di un dato del genere parlare di carcere capace di garantire la risocializzazione, sinceramente, appare quantomeno illusorio.

Questo perché, innanzitutto il sovraffollamento, ha ricadute pesantissime sulla garanzia dei diritti delle persone sottoposte a restringimento della libertà personale, e prioritariamente quello alla salute.

Lasciamo parlare i dati: dal 1 gennaio 2000 al 23 ottobre 2010, secondo quanto diffuso dall'Osservatorio Permanente sulle morti in carcere costituito da diverse associazioni tra cui Antigone (dati solo in minima parte discrepanti da quelli forniti dal Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria) si sono registrati 616 suicidi ed un totale di 1704 morti.

Nel solo 2010, fino al 23 ottobre si sono avuti 56 suicidi (52 secondo il DAP con i dati al 13 ottobre). Complessivamente fino al 23 ottobre 2010, 141 morti. Il trend resta quindi drammaticamente identico: sia sui dieci anni che nel solo 2010 oltre un terzo delle morti in carcere avvengono per suicidio.

Inoltre, secondo i dati del DAP, per il 2010, fino al 13 ottobre si sono verificati 4585 episodi di autolesionismo.

E se i dati, pur nella loro cruda brutalità, restano tuttavia anonimi, proviamo a tradurli attraverso una storia esemplificativa. Raccontiamo allora brevemente quella di Angelo Russo, riportata anche nel rapporto sulla situazione delle carceri campane redatto dall'Associazione Antigone a luglio 2010. Angelo, 31 anni, è un paziente psichiatrico con diagnosi di schizofrenia grave curato presso un centro di igiene mentale. È proprio qui che

Angelo, secondo l'accusa che porterà al suo arresto il 24 febbraio, avrebbe usato violenza nei confronti di una ragazza anche lei sofferente psichica. Angelo è condotto a Poggioreale formalmente indagato e non ancora rinviato a giudizio, sulla base di una presunzione di pericolosità sociale. Il 10 marzo Angelo, nel corso della giornata manifesta più volte segni evidenti di crisi psicotica. Ma questo non basta ad assicurargli, quantomeno, una sorveglianza a vista. La sera di quel giorno, con stracci di indumenti, Angelo si impicca e morirà dopo qualche ora di agonia al San Giovanni Bosco. Non vogliamo entrare nel merito della complessa vicenda giudiziaria, né tanto meno addentrarci nel complesso novero della definizione di pericolosità sociale che meriterebbe un preciso approfondimento. Vogliamo però sottolineare come sia sconcertante che una persona già affetta da patologia, in questo caso psichiatrica, già curato dal Servizio Sanitario Nazionale, veda poi interrotta sia la continuità che la qualità dell'assistenza sanitaria che gli dovrebbero essere garantite.

La lesione del diritto alla salute appare palese. Al di là dello specifico caso, se questa lesione del diritto, come abbiamo già detto, trova la prima causa nel sovraffollamento delle carceri, che chiaramente mette a rischio la salubrità e l'igiene degli ambienti di vita carcerari, e quindi la tutela della salute delle persone ristrette (non è difatti casuale l'aumento dell'incidenza di malattie infettive e psichiatriche), è evidente che il mancato rispetto della tutela della salute in carcere si determina anche a causa di una riforma che stenta a decollare. Parliamo, quindi, del già citato trasferimento delle funzioni sanitarie nei confronti dei detenuti e degli internati dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, partito in attuazione del d.lgs. 230 del 1999 e formalmente conclusosi con la Legge Finanziaria del 2008 e quindi coll'emanazione, il 1 aprile 2008, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri per la definizione delle modalità e dei criteri del trasferimento di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro ad esse correlate, delle relative risorse finanziarie, attrezzature e beni strumentali, afferenti alla sanità penitenziaria, dal ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale.

Si è già discusso oggi di questo tema e, chiaramente, non voglio tediarvi tornando a sviscerarlo. Tuttavia, anch'io voglio sottolineare che mettere in luce ritardi ed inadempienze non vuol dire porre in discussione il principio di fondo della riforma, che anzi va sostenuto proprio perchè restituisce al novero della garanzia costituzionale il diritto alla salute delle persone soggette a restrizione della libertà personale. Ma si devono evidenziare i limiti strutturali che impediscono a questa riforma di prendere corpo nella prassi. Innanzitutto i ritardi nel trasferimento dei fondi dal-

lo Stato alle regioni. Le regioni sono costrette ad anticipi di cassa che, in realtà già disastrose come quella campana, determinano carenze ormai divenute endemiche e al limite del collasso, con aziende sanitarie locali che hanno forti difficoltà ad assicurare anche le funzioni assistenziali di base nei confronti della popolazione carceraria. A fronte di necessità di spesa che in regioni come la Campania sarebbero stimabili intorno ai 20 milioni euro, in assenza di appostamenti statali, il governo locale, nella migliore delle ipotesi, riesce comunque ad anticiparne, con ritardo, poco più di un quarto. A questo si aggiungono il susseguirsi di disagi e ritardi nel trasferimento di competenze dal Ministero della Giustizia a quello del Welfare, le difficoltà di inquadramento del personale sanitario di ruolo e soprattutto di quello in convenzione (che poi costituisce la vera e propria ossatura del sistema sanitario penitenziario), l'endemica carenza numerica di figure sociali di sostegno da recuperare attraverso l'intervento del terzo settore. Ed ancora, la necessità di dar vita a politiche diverse in merito al contrasto delle dipendenze e alla tutela della salute mentale. Rispetto a quest'ultimo aspetto voglio ricordare che secondo i dati della Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria oltre il 10% della popolazione carceraria è affetto da disturbi di natura psichiatrica (oltre 6000 persone di cui più di 1500 internate in OPG). Dalle relazioni del Dipartimento per le politiche antidroga, invece, evinciamo che, a seguito della legge 49/2006, la c.d. legge Giovanardi, che ha modificato, seguendo un indirizzo maggiormente repressivo, il "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", sul totale degli ingressi nelle carceri italiane, già nel 2008 ci sono stati oltre 28 mila ingressi per reati connessi alla violazione del Testo Unico, mentre oltre 30 mila risultano i tossicodipendenti entrati in carcere. La percentuale dei tossicodipendenti sul totale della popolazione carceraria è stimabile intorno al 33%. All'ottobre 2009 la percentuale di popolazione presente in carcere per violazione della legge sugli stupefacenti era del 14,2%. A questa percentuale va aggiunta una quota percentuale di quelle presenti in carcere per reati contro il patrimonio e contro la persona comunque riconducibili a esperienze personali di dipendenza. Chiaramente l'inasprimento penale della lotta alle dipendenze determina un netto aumento della popolazione carceraria e, probabilmente, non consente di fornire le adeguate risposte di carattere socio-sanitario e riabilitative necessarie. Quindi, seppure il legislatore volesse mantenere una disciplina repressiva (a dispetto di altre legislazioni nazionali che invece sperimentano azioni volte alla depenalizzazione per quanto riguarda il consumo di determinate tipologie di sostanze psicotrope), ci sembrerebbe

comunque necessario la previsione normativa di misure alternative alla detenzione. Questo principio, in realtà, appare comunque auspicabile per una più ampia gamma di reati cosiddetti minori e soprattutto per quanti sono in attesa di sentenza definitiva.

2. Andrebbe poi specificata a parte la tutela della salute dall'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Ci basta qui riportare il giudizio espresso da Marc Neve, portavoce del Comitato per la Prevenzione della Tortura del Consiglio d'Europa successivamente ad un sopralluogo del settembre 2008 all'OPG di Aversa: «Inimmaginabile. Mobili disgustosamente sporchi, ratti nel cortile, mancanza dell'attrezzatura più basica e strumentazione medica risalente anche a 35 anni fa. In questa struttura i reclusi-pazienti che mostravano comportamenti aggressivi venivano immobilizzati anche per dieci giorni a un letto. Per 24 ore su 24 rimanevano legati mani e piedi e al livello del torace senza alcuna possibilità di muoversi, semi nudi, senza mai essere lavati, su un materasso di lattice con un'apertura centrale sotto la quale era posto un secchio per raccogliere urina e escrementi» (Fonte ANSA, 20 aprile 2010). Giudizi confermati quest'estate dalla commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia del sistema sanitario guidata da Ignazio Marino, il quale, a seguito dell'ispezione del giugno scorso, ha affermato: «Devo purtroppo dirvi che ciò che abbiamo avuto modo di vedere è tale da destare sconcerto, turbamento e profonda indignazione: celle luride e affollate al di là della soglia di tollerabilità; internati seminudi e madidi di sudore a causa della temperatura torrida, per lo più sotto l'evidente effetto di forti psicofarmaci; servizi igienici in uno stato indescrivibile». E di pochi giorni fa è il sequestro, per gravi irregolarità, della farmacia dello stesso OPG di Aversa. Situazioni simili, come documentano numerose visite eseguite in questi anni negli OPG italiani, sono riscontrabili anche negli altri ex manicomi giudiziari, ed innanzitutto all'OPG di Napoli oggi all'interno del Carcere di Secondigliano. Siamo di fronte non solo all'alienazione del diritto alla salute, ma soprattutto alla messa in discussione del più elementare diritto alla salvaguardia della dignità umana. In alcuni casi di ricorso forzato e continuato alla contenzione fisica, non sembra azzardato affermarlo, sembrano configurarsi vere e proprie forme di tortura. E qui, allora, vale la pena ricordare che nonostante la ratifica della convenzione internazionale, manca ancora in Italia una previsione certa del reato di tortura. Né pare sufficiente, come pure ha provato a fare l'Alta Corte, farlo discendere da altre previsioni normative o addirittura dall'art. 13 della Costituzione. Il reato di tortura, oltre che un obbligo internazionale verso

il quale il nostro Paese si mantiene inadempiente, sembrerebbe necessario per restituire giustizia a casi come quello di Stefano Cucchi, ma anche a tanti episodi che si verificano in alcune carceri, in molti OPG, all'interno dei Centri di Identificazione ed Espulsione.

3. Quello dei CIE rappresenta un altro capitolo che meriterebbe un approfondimento a parte che qui non è possibile realizzare. Certamente, però, le indagini effettuate anche dagli organismi internazionali, e di cui abbiamo voluto fornire contezza anche all'interno di uno studio a più mani sulla questione migranti, A distanza d'offesa, realizzato a partire dalle ricerche della cattedra di bioetica interculturale, questi luoghi si raffigurano pienamente come luoghi d'eccezione all'interno dei quali la garanzia dei diritti, e principalmente di quello alla salute, viene pesantemente messa in discussione. Come già fatto all'interno di quel testo, allora, anche in questa occasione voglio ribadire l'idea che la configurazione penale di un reato di clandestinità, rappresenta un grave vulnus alla tutela democratica dei principi morali di accoglienza dell'altro e giuridici di tutela dei richiedenti asilo, pure tutelati dalla Carta Fondamentale dei Diritti dell'Uomo e dalla nostra stessa Costituzione.

4. Apprestandomi alle conclusioni, debbo ribadire che finchè esisteranno condizioni come quelle del carcere di Poggioreale dove, a fronte di una capienza regolamentare di 1347 unità si giunge alla presenza degli oltre 2700 detenuti attuali, dove in una cella si arriva fino a 12-14 detenuti con un solo bagno interno alla cella, dove le docce sono quasi tutte esterne alle celle ed accessibili solo 2 volte a settimana, dove a causa del sovraffollamento le ore d'aria si riducono a 2 e le attività formative e scolastiche sono complicatissime, finchè, quindi, perdureranno situazioni di disumanità di questo tipo, la tutela della salute delle persone ristrette resterà utopia.

Certo esistono esempi di carceri diversi, come quello di Bollate, che potrebbero assurgere a modello di una rivoluzione possibile del mondo carcerario. Partendo appunto dalla garanzia dei diritti tra cui sicuramente quello all'affettività. Non sembri questa un'affermazione paradossale. È vero, abbiamo parlato di un'emergenza dovuta al sovraffollamento, di una riforma che stenta a decollare, di problematiche che afferiscono a questioni prioritarie come l'adeguamento funzionale dei Centri Diagnostici Terapeutici (CDT), i reparti per HIV, le sezioni di psichiatria, le strutture sanitarie esterne, le custodie per tossicodipendenti, le strutture di cura per patologie

croniche. Può sembrare quindi utopico parlare di un diritto all'affettività. Eppure, siamo convinti che la tutela dell'affettività, che si traduce nella garanzia di preservare un diritto all'intimità di coppia ma anche nella semplice possibilità strutturale di costruire nuovi asili nido nelle carceri, debba essere una sorta di stella polare se si vuole veramente realizzare un mutamento strutturale e non solo contingente del sistema carcerario. D'altro canto, se davvero pensiamo al carcere non esclusivamente come sistema punitivo e vogliamo garantire che la persona ristretta non viva una condizione di assoluto distacco rispetto al mondo esterno, condizione che rende ancora più problematico il futuro reinserimento sociale, allora dobbiamo individuare proprio nella garanzia del diritto all'affettività un principio necessario da seguire e perseguire. Le ricadute sulla salute mentale, sul benessere psicofisico delle persone ristrette, inoltre, mostrano come questo diritto si iscriva pienamente nella garanzia del diritto alla salute secondo la stessa definizione della salute data dalla Comunità Internazionale.

Nel momento storico che viviamo la paura è diventata sentimento predominante e la colpevolizzazione, la ricerca del capro espiatorio si fa economia dell'azione politica. L'ideologia del rifiuto, la cultura del privatismo, la spettacolarizzazione delle storie di orrore quotidiano che trasformano drammi in occasioni per l'auditel, il clima di restringimento della garanzia dei diritti che attanaglia soprattutto le giovani generazioni, ma non solo, tutto questo rende sicuramente "impopolare" una discussione sulla garanzia dei diritti delle persone ristrette. Eppure, è proprio nella garanzia dei diritti dei più deboli che si misura il grado di sviluppo di una democrazia. Per questo la due giorni del CIRB è così importante, per questo la tutela del diritto della salute dei detenuti deve diventare un obiettivo prioritario non solo della politica, ma anche del mondo scientifico e della cultura. Perché sono in gioco le stesse garanzie costituzionali che sono alla base del nostro Paese. Mi piace allora concludere ricordando che la garanzia del diritto alla salute delle persone ristrette discende direttamente dal principio personalistico di tutela della salute garantito dall'art. 32 dalla nostra Carta Costituzionale.