



*Costituzionalismo.it*

Fascicolo 2 | 2015  
I DIRITTI DEI DETENUTI

## La salute e il carcere. Alcune riflessioni sulle risposte ai bisogni di salute della popolazione detenuta

di MARTA CAREDDA

# La salute e il carcere. Alcune riflessioni sulle risposte ai bisogni di salute della popolazione detenuta

di MARTA CAREDDA

*Dottoranda di ricerca in Diritto costituzionale - Università degli Studi Roma Tre*

## Abstract

L'Autrice, ricostruendo il quadro normativo che garantisce la tutela piena ed universale della salute umana, espone le ragioni per cui la sua protezione in ambito penitenziario si configura come un dovere il cui adempimento non risulta condizionabile dalle regole del bilanciamento: la sua garanzia prescinde dal percorso trattamentale del reo e non è negoziabile a fronte di esigenze di sicurezza o processuali. E' alla luce di tali considerazioni che affronta un'analisi critica di alcuni profili problematici dell'organizzazione del servizio sanitario nelle carceri, concludendo per la necessità di intervenire perché sia data attuazione alle previsioni normative di settore e sottolineando l'opportunità di impegnarsi per il reperimento delle indispensabili risorse finanziarie. Una riflessione è, inoltre, dedicata all'apprezzamento della protezione "multilivello"

riconosciuta al diritto alla salute del detenuto alla luce della giurisprudenza della Corte E.D.U., il cui innesto sulla già pregnante tutela costituzionale, si traduce nello specifico obbligo, legislativo ed amministrativo, a fornire adeguate risposte ai bisogni di salute delle persone detenute.

The aim of the paper is to assess the problems concerning the Prison Health Services System: throughout an examination of some aspects about prisoners health assistance, the Author affirms that the implementation of guarantees provisions should be improved and, to make it possible, it is necessary to look for appropriate financial resources. It must be considered the existence of constitutional and European values and the importance of Strasburg Court ruling about the application of art. 3 E.C.H.R. that impose to the Governance to fulfill the shelters as a priority: general security could be overshadowed, if needed.

Sommario: I. *Una breve introduzione*; II. *La salute come diritto fondamentale e universale*; III. *Gli adattamenti della pena alle esigenze di salute. La ricostruzione giurisprudenziale del diritto alla salute del detenuto*. IV. *Il servizio sanitario in carcere: alcuni approfondimenti*.

### *I. Una breve introduzione*

Il tema della tutela della salute delle persone detenute negli istituti penitenziari impone una riflessione che, partendo dal dato normativo, si attesti sulle sue concrete declinazioni nella realtà. La necessità di un tale approccio deriva dalla consapevolezza che in ambito penitenziario i principi, pur affermati, sono particolarmente esposti a una “rinneazione pratica” per effetto di prassi che ad essi non si conformino<sup>[1]</sup>.

Di qui la scelta di guardare alle specifiche “situazioni” che vedono il relativo diritto messo in discussione, non senza aver illustrato sinteticamente i principali obblighi che i poteri pubblici, senza distinzioni di sorta, sono tenuti ad adempiere in virtù di previsioni costituzionali (si pensi anzitutto all’art. 32 Cost.) e sovranazionali (si pensi all’art. 3 C.E.D.U. per come letto dalla Corte di Strasburgo) che interessano il diritto alla salute. Obblighi che, come vedremo, hanno trovato traduzioni specifiche nella legislazione ordinaria (v. d. lgs. n. 230

del 1999), ispirata al principio della parità di trattamento tra persone “libere” e detenute quanto alla fruizione del diritto alle prestazioni sanitarie.

Lo sguardo sarà pertanto rivolto, in prevalenza, ad alcuni concreti aspetti problematici dell’assistenza sanitaria nelle carceri, che meriterebbero attenzione ove si intenda ricercare soluzioni alle maggiori criticità del sistema penitenziario. Sorprende, pertanto, che il recente disegno di legge, all’esame della Commissione Giustizia della Camera dei deputati, recante la delega al Governo per la riforma dell’ordinamento penitenziario[2], non annoveri tra i profili su cui quest’ultima inciderà quello del miglioramento del servizio sanitario. Ma la sorpresa svanisce presto se si considera che la riforma dovrà essere “a costo zero”, punto che è stato specificamente sottolineato e che è confermato dalle previsioni di spesa (riguardanti la sola questione del lavoro intramurario). La questione sanitaria è lasciata da parte, per essere forse ripresa in un periodo “di vacche (più) grasse”: gli interventi volti a perfezionare o, se del caso, implementare l’assistenza sanitaria non possono, infatti, prescindere dall’impegno di investire le risorse necessarie[3]. Tenuto conto di ciò – e non senza aver rimarcato l’opportunità di affrontare il problema – occorre dunque ragionare su come assicurare maggiore efficienza nella gestione delle risorse impiegate, nonché iniziare a riflettere sulla possibilità di trovare ulteriori canali di finanziamento oggi inaccessibili (tema che sarà qui solo abbozzato).

## *II. La salute come diritto fondamentale e universale*

Prima di entrare nel merito delle questioni sopra accennate, occorre fornire il necessario, ancorché sintetico, quadro delle previsioni normative che garantiscono la protezione del bene salute dentro e fuori le mura del carcere, nell’ordinamento costituzionale nazionale e in quello sovranazionale, proponendo già alcune considerazioni critiche utili per lo svolgimento delle successive riflessioni.

Nella Costituzione italiana *il diritto alla salute della persona umana* è qualificato come fondamentale dall’art. 32: è fatto obbligo alla Repubblica di tutelarla, a beneficio dei singoli e della collettività, e di offrire cure gratuite agli indigenti. Come noto, la salute è un bene “complesso” perché la sua salvaguardia implica la realizzazione di varie condizioni: occorre garantire la salubrità dell’ambiente, il diritto alle prestazioni sanitarie e la libertà di cura, nonché promuovere il benessere psico-fisico della persona, a tutela del profilo etico e psicologico, oltre che “organico”, della dimensione umana. Questo

impegno s'inserisce, senz'altro, nel dovere di garantire la *libertà-dignità* dell'individuo, valore supremo dell'ordinamento e principio direttivo dell'azione dello Stato (artt. 2 e 3 Cost.)[4].

Con particolare riguardo alla tutela dell'integrità psico-fisica dei soggetti privati della libertà personale, l'art. 13, comma quarto, e l'art. 27, comma terzo, Cost. bandiscono ogni forma di violenza fisica o morale nei confronti di una persona detenuta, escludendo altresì che la pena possa consistere in un trattamento contrario al senso di umanità.

Quale diritto fondamentale nelle tradizioni costituzionali dei Paesi europei, il diritto alla salute è espressamente riconosciuto dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea all'art. 35 ed è stato rinvenuto, in via interpretativa, negli articoli 2, 3 e 8 della C.E.D.U[5]. Il tema della protezione del diritto alla salute dei soggetti privati della libertà personale, in particolare, è tra quelli che, negli ultimi anni, hanno ricevuto grande attenzione da parte delle istituzioni sovranazionali. Sia sufficiente richiamare le affermazioni contenute nella Risoluzione del Parlamento europeo 2011/2897 sulle condizioni detentive (spec. punto 8), nelle Regole penitenziarie del Consiglio d'Europa (la cui ultima versione è del 2006), le quali dedicano l'intera Parte III alla salute e qualificano espressamente come obbligo dell'Autorità quello di assicurare ogni cura necessaria ai soggetti affidati alla sua custodia (cfr. art. 39), nonché negli Standard, aggiornati a gennaio 2015, approvati dal Comitato per la prevenzione della tortura (C.P.T.) (spec. parte III, dedicata ai Servizi di assistenza sanitaria in carcere). Di indubbio rilievo, nonché di notevole impatto politico e mediatico, è stata, inoltre, la sentenza della Corte E.D.U. *Torreggiani e altri c. Italia* del gennaio 2013, che ha imposto di dare soluzione al problema del sovraffollamento carcerario in Italia, questione che ha evidentemente a che fare con la necessità di garantire che la pena detentiva si sconti in un ambiente salubre e degno di un uomo; non meno importante, ai nostri fini, è stato il consolidamento di un certo orientamento giurisprudenziale della Corte di Strasburgo che individua, attraverso un'operazione di interpretazione estensiva delle disposizioni della Convenzione, l'esistenza dello specifico obbligo in capo agli Stati di garantire l'assistenza quantitativamente e qualitativamente adeguata alle esigenze di salute dei soggetti detenuti (come vedremo nel prossimo paragrafo).

Scendendo sul piano della legislazione ordinaria che disciplina la vita carceraria, le norme che regolano i profili essenziali del servizio sanitario erogato negli

istituti penitenziari sono contenute nell'art. 11 della legge n. 354 del 1975 (Ordinamento Penitenziario), mentre negli artt. 5 ss. si rinvengono quelle riguardanti la salubrità degli ambienti, l'igiene personale, l'alimentazione e i tempi di permanenza all'aperto (disposizioni da combinare con quelle regolamentari - d.P.R. n. 230 del 2000 - spec. artt. 17 ss.[6]). L'art. 80 O.P. prevede, poi, che, per l'erogazione del servizio sanitario, l'Amministrazione possa contrattare anche personale esterno facente funzioni di medico, psicologo o assistente sociale all'interno del carcere (i cc.dd. "esperti").

Le disposizioni di legge sull'assistenza sanitaria in carcere sono rimaste invariate, ma la titolarità delle funzioni e le relative responsabilità nell'erogazione del servizio sono state trasferite dall'Amministrazione Penitenziaria al S.S.N., in conformità alle indicazioni internazionali[7], con una riforma avviata dalla legge delega n. 419 del 1998, cui è seguito il d.lgs. n. 230 del 1999 (Riordino della medicina penitenziaria) e che ha visto il passaggio definitivo di funzioni, personale e risorse relativi alla sanità penitenziaria al S.S.N. mediante l'approvazione del D.P.C.M. del 1° aprile 2008[8].

Ci sembra che l'impegno posto dalla Costituzione a carico dello Stato circa la tutela della salute umana, rafforzato dalla protezione "multilivello" che viene a essa riconosciuta, imponga di dare attuazione alle norme che regolano la sanità penitenziaria con la stessa serietà con cui si affrontano i bisogni di salute della popolazione generale. La protezione della salute risulta, infatti, essere un obbligo la cui intensità non si possa graduare a seconda delle azioni perpetrate[9] o del luogo in cui l'assistenza venga concretamente erogata. D'altra parte, il carattere di *universalità* della tutela è stato ribadito proprio in occasione della riforma della medicina penitenziaria, con la solenne affermazione del principio della parità di trattamento dei detenuti rispetto ai cittadini liberi. L'art. 1 del d. lgs. n. 230 del 1999 prevede, infatti, che "I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate"; il D.P.C.M. del 2008 sancisce, poi, il riconoscimento della parità tra individui liberi e detenuti circa il diritto all'assistenza sanitaria.

L'osservazione critica ricorrente a proposito delle previsioni normative sul servizio sanitario in carcere concerne la loro «totale informalità»[10], l'assenza cioè di regole precise circa le prestazioni "essenziali", da erogarsi obbligatoriamente: ciò comporta la conseguenza di lasciare il compito della definizione dei livelli qualitativi e quantitativi dell'assistenza agli attori

dell'attuazione, che operano in base alle diverse sensibilità e disponibilità regionali e/o aziendali. In particolare, «perplessità sono state avanzate a proposito del coefficiente di determinatezza delle previsioni contenute all'art. 11 le quali, con riguardo alle prestazioni sanitarie spettanti ai reclusi, sono state criticate come troppo generiche»[11], in quanto tali non idonee a fissare dei veri e propri obblighi circa le garanzie minime dovute e, perciò, a consentire ai detenuti di pretenderle qualora concretamente inaccessibili. Il problema non riguarda solamente la risposta dei diversi istituti penitenziari alle direttive dei livelli amministrativi superiori: si pensi che, ad oggi, non tutte le Regioni hanno predisposto il Piano regionale per la programmazione dell'assistenza sanitaria penitenziaria previsto dalla riforma del 2008, senza il quale risulta impossibile dare indirizzi alle A.S.L., le quali dovrebbero redigere a loro volta i Programmi aziendali da applicarsi negli istituti ad esse afferenti. Ci sono delle realtà in cui è stato dato seguito alle previsioni della riforma con sollecitudine, ma non è possibile accontentarsi di un'attuazione "a macchia di leopardo", sempre perché in gioco vi è la realizzazione di un valore supremo tutelato dalla Costituzione[12].

Da un punto di vista teorico, infatti, la possibilità che sia la discrezionalità amministrativa a stabilire il livello delle garanzie fruibili può determinare una pericolosa "degradazione" della tutela della salute a intento di natura programmatica o a interesse legittimo[13], mentre da un punto di vista pratico finisce per consentire che si crei una situazione di disomogeneità e, spesso, di insufficienza dell'impegno profuso dalle amministrazioni per la tutela di un diritto fondamentale della popolazione detenuta[14].

Crediamo che sia possibile, prima di affrontare un'analisi più dettagliata, fare due riflessioni di carattere generale:

1) Tutelare la salute dei detenuti in maniera paritaria rispetto alla popolazione generale è un obbligo che discende dai principi costituzionali (nonché da quelli espressi da norme sovranazionali), come accennavamo in precedenza. Ma c'è di più: l'applicazione del principio di eguaglianza sostanziale determina la necessità di approfondire un impegno *particolare* nella realizzazione di quella tutela, perché occorre affrontare una situazione nella quale il raggiungimento dell'obiettivo implica la "rimozione di ostacoli" (art. 3, comma II, Cost.), rappresentati da oggettivi «svantaggi situazionali»[15]. Bisogna, infatti, tener conto delle caratteristiche del luogo in cui l'assistenza viene erogata (sotto il profilo strutturale, di dotazione strumentale, ecc.); degli stili di

vita, prima e dopo la detenzione, dei soggetti beneficiari della tutela, esposti a un rischio maggiore di contrarre malattie o soffrire di disturbi mentali rispetto alla popolazione generale; del rapporto tra numero di medici e numero di pazienti (a rischio!)... e così via. Basti considerare i dati relativi alle prevalenze patologiche nelle carceri, in particolare le cifre riferite alla diffusione di malattie croniche (spesso mal curate da prima dell'ingresso in istituto), psichiche, infettive, gastroenteriche[16] e le percentuali relative, per esempio, alla dipendenza da droghe (circa il 22% della popolazione detenuta, a fronte di poco più del 2% della popolazione generale, secondo degli studi pubblicati qualche anno fa[17]), per effettuare un confronto con quelli riferiti alla popolazione generale.

Sembra che la consapevolezza delle condizioni proprie della realtà carceraria debba condurre alla realizzazione di azioni positive che riempiano di contenuto un altrimenti sterile riconoscimento di "parità formale". Per affrontare una situazione di diffuso disagio, infatti, può non bastare l'offerta di un servizio calibrato su un fabbisogno di salute "standard" di cui non si evidenzino le particolarità, perché può rivelarsi insufficiente ed equivalere, quindi, a una discriminazione.

2) «La salute è bene non disponibile per restrizioni», come è stato scritto a chiare lettere nella Relazione finale dei lavori della c.d. Commissione "Palma"[18], perché nessuna delle esigenze legate all'esecuzione della pena detentiva necessita di (né può comportare) una compressione del diritto alla salute; solo riconoscendo la primarietà delle esigenze di salute della popolazione reclusa si rimane «soggetti ai limiti ed alle garanzie previsti dalla Costituzione in ordine al divieto di ogni violenza fisica e morale (art. 13 comma 4) o di trattamenti contrari al senso di umanità (art. 27 comma 3)»[19], in accordo con la giurisprudenza costituzionale e con le previsioni internazionali (cfr. Regole penitenziarie europee, secondo principio fondamentale). In altri termini, la salute non è bilanciabile con qualsivoglia motivo di sicurezza o esigenza processuale[20].

Può essere opportuno chiarire che, a nostro avviso, da questa affermazione discende che la tutela della salute non è un ambito del trattamento, sede naturale di bilanciamenti, come invece si sostiene. Godere di buona salute è il presupposto per la "risocializzazione"; non ci sembra che la promozione del



benessere del detenuto faccia parte del “trattamento rieducativo” né sia ad esso funzionalizzata. Riteniamo, invece, che la tutela dell’integrità psico-fisica debba prescindere dal grado di avanzamento nel percorso trattamentale del reo. Spesso la posizione prodromica al raggiungimento dell’obiettivo della risocializzazione viene accostata alla strumentalità rispetto al raggiungimento di quel fine, come quando si afferma che «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 rappresentano espressioni diverse dell’unica finalità della pena con valenza rieducativa. La garanzia della salute psico-fisica rappresenta, quindi, uno dei presupposti essenziali di qualunque trattamento rieducativo del condannato»[21]. Se fosse vero che «la tutela costituzionale della salute nell’ambito penitenziario si connota in relazione al contesto in cui è considerata ed alla luce dell’obiettivo che la Costituzione richiede al contesto stesso: la rieducazione»[22], verrebbe da chiedersi: cosa c’è di “rieducativo” nell’essere curati quando non si sta bene? Se il sistema fosse improntato a una visione retributiva della pena si potrebbe sentire meno vincolante l’obbligo di garantire l’assistenza sanitaria? L’imputato sottoposto a misura cautelare detentiva ha diritto a una tutela della salute diversa da chi, già condannato, è inserito in un programma trattamentale? E’ auspicabile che il rapporto medico-paziente venga condizionato da quella strumentalità? Il sorgere spontaneo di una serie, forse ancor più lunga di questa, di interrogativi ci porta a propendere per considerare la tutela della salute come un dovere che prescinde dall’inserimento in un contesto o in un programma, impostazione che ha per lo meno il vantaggio di determinare la non negoziabilità e la naturale preminenza della protezione dell’integrità psico-fisica della persona umana rispetto a qualunque altra esigenza.

### *III. Gli adattamenti della pena alle esigenze di salute. La ricostruzione giurisprudenziale del diritto alla salute del detenuto.*

Che forme di tutela esistono per i casi in cui l’espiazione della pena detentiva abbia compromesso lo stato di salute psico-fisica del detenuto? Andiamo con ordine, dai rimedi che assicurano una tutela immediata, utile a evitare l’aggravamento del quadro clinico, a quelli esperibili solo se si ritenga che tutte le precedenti richieste siano state ingiustamente disattese e la violazione sia stata, quindi, già perpetrata.

Tramite l’applicazione dell’art. 42 O.P., il giudice dell’esecuzione penale può accordare il *trasferimento* del detenuto ad altro istituto, tra le altre ipotesi, per

motivi di salute. Un'altra struttura può considerarsi più adatta ad ospitare il soggetto malato per varie ragioni, come per esempio perché la strumentazione medica a disposizione o la conformazione architettonica risultano più adeguate alla gestione di una determinata patologia oppure perché si considera opportuna una maggiore vicinanza al luogo di residenza della famiglia.

Il condannato alla pena dell'arresto o della reclusione non superiore a quattro anni può richiedere di espiarla in una dimora privata o in luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza, se prova al magistrato competente di versare in «condizioni di salute particolarmente gravi, che richiedano costanti contatti con i presidi sanitari territoriali», per previsione dell'art. 47 *ter* O.P. E' consentito al minore di 21 anni di ottenere la stessa misura della *detenzione domiciliare* anche se il quadro clinico non è "particolarmente grave", ma sussistono «comprovate esigenze di salute».

Il codice penale, agli artt. 146 e 147, disciplina le ipotesi in cui il giudice deve o può disporre il rinvio dell'esecuzione della pena. Mentre per il primo caso è necessario che si riscontri «AIDS conclamata» o «grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'articolo 286-bis, comma 2, del codice di procedura penale, ovvero altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione, quando la persona si trova in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative», per decidere il *differimento di pena* facoltativo il magistrato deve constatare che l'istante versi «in condizioni di grave infermità fisica». Il rinvio obbligatorio della pena detentiva si configura, quindi, nelle ipotesi di patologie gravissime che determinino l'incompatibilità con la reclusione in carcere, tra le quali sembra possibile comprendere anche quelle di natura psichica; stando alla lettera dell'art. 147, invece, pare che la malattia mentale, pur "grave", non permetta al giudice di disporre il differimento facoltativo, possibile solo in caso di «infermità fisica».

Se il detenuto prova di aver dovuto scontare la pena della reclusione in carcere, per un tempo non inferiore a quindici giorni, in condizioni suscettibili di violare l'art. 3 C.E.D.U., può ottenere dal magistrato di sorveglianza un provvedimento ex art. 35 *ter* O.P., introdotto recentemente dall'art. 1 d.l. n. 92 del 2014, che lo *risarcisca del danno subito* mediante uno sconto sulla pena detentiva residua oppure, se non è possibile, mediante un ristoro economico, entrambi da determinarsi secondo criteri stabiliti dalla legge stessa.

Si può, infine, invocare la protezione offerta dall'art. 3 C.E.D.U. rivolgendosi direttamente alla Corte di Strasburgo se si lamentano pregiudizi inerenti la tutela della salute e sofferti durante la detenzione (anche diversi dai disagi psico-fisici causati dal sovraffollamento delle carceri), quando essi siano tanto gravi da consistere in trattamenti inumani o degradanti. Ripercorrendo la giurisprudenza della Corte E.D.U., infatti, è possibile individuare quali sono i casi in cui le condotte, anche omissive, dello Stato siano tanto dannose da comportare la condanna per violazione degli obblighi imposti dall'art. 3 C.E.D.U.; possiamo, allora, affermare che il diritto alla salute del soggetto detenuto è tutelato dalla Convenzione, pur non essendo esplicitamente previsto[23]. I tre "tipi" di condizioni che, se connotate da una certa gravità (da valutarsi caso per caso in termini di "drammaticità" della situazione o serietà della patologia, durata temporale dei lamentati pregiudizi, segnali che avrebbero dovuto consentire un rimedio immediato...), configurano casi di sottoposizione del detenuto a un trattamento inumano e degradante, in relazione ai suoi bisogni di salute, sono: *a)* detenzione in luoghi nei quali non vengano osservate le basilari prescrizioni sull'igiene pubblica, la pulizia o la salubrità dei locali[24]; *b)* inadeguatezza della diagnosi e/o del trattamento terapeutico effettuati durante il periodo di reclusione, che causino un peggioramento del quadro clinico del detenuto[25]; *c)* incompatibilità della condizione detentiva con lo stato di salute della persona[26].

Sul punto *b)*, sembra interessante rilevare come, nell'ottica dei giudici di Strasburgo, non solo è obbligo dello Stato somministrare le cure mediche, ma è necessario verificare che esse siano quelle adeguate a evitare o quanto meno procrastinare al tempo più lontano possibile un infausto decorso della malattia; l'eventuale segnale di peggioramento dovrebbe infatti portare l'Amministrazione preposta a trasferire il soggetto in luogo di cura adatto alle sue esigenze. Se gli obblighi non vengono osservati, tali negligenze integrano la violazione dell'art. 3, cui si è data, evidentemente, un'interpretazione evolutiva. Per quanto concerne il punto *c)*, invece, non c'è necessità di ampliare significativamente la portata letterale dell'art. 3 C.E.D.U. per comprendere tra i trattamenti degradanti quello riservato ad un soggetto che debba soffrire ogni giorno i disagi causati dalla incompatibilità delle sue gravissime condizioni di salute con lo stato di reclusione; sono richieste, per casi come questi, delle prove schiaccianti e univoche dell'incompatibilità, come lo sono per esempio più referti medici – provenienti sia dal servizio sanitario interno che da consulenti esterni – che attestino inconfutabilmente l'inconciliabilità tra espiazione della

pena carceraria e quadro patologico del paziente detenuto.

Può ben dirsi, dunque, che nel sistema della Convenzione europea dei diritti dell'uomo sia rinvenibile una garanzia forte del diritto alla salute del detenuto, che condiziona il legislatore (in quanto obbligo internazionale ex art. 117 Cost.) e gli stessi operatori impegnati in prima persona nella cura e nella custodia della persona affidata allo Stato italiano. Se si crede nelle virtualità del principio di massimizzazione delle tutele (per cui quella dovuta alla persona è quella *migliore* nell'ambito della protezione "multilivello" dei diritti fondamentali), non si può che rilevare come la protezione del diritto alla salute del detenuto in ambito sovranazionale valga a "integrare" l'impegno già assunto in forza delle previsioni costituzionali – declinate, anche per quanto attiene ai rimedi giurisdizionali, nella legislazione ordinaria - per la promozione, con ogni mezzo, del benessere psico-fisico delle persone sottoposte a limitazione della libertà personale.

#### *IV. Il servizio sanitario in carcere: alcuni approfondimenti*

Se è vero, come si diceva in precedenza, che da un lato i principi costituzionali, dall'altro gli approdi giurisprudenziali della Corte di Strasburgo impongono di assicurare un'assistenza adeguata ai bisogni di salute della popolazione detenuta, occorre però rilevare che le generiche previsioni di cui all'art. 11 O.P. ("un servizio medico", "frequenti" visite, garanzia di "assistenza specialistica"..., senza specificazioni ulteriori) non sempre hanno trovato nei soggetti preposti all'organizzazione della sanità carceraria dei solerti e attenti amministratori del miglior servizio sanitario penitenziario possibile. Tra i profili problematici, si possono riscontrare sia carenze nell'offerta (prestazioni escluse da quelle fruibili, ma che sembra doveroso – invece - garantire) sia l'utilizzo di strumenti o procedure che necessiterebbero di un ammodernamento. Proviamo ora a prenderne in considerazione alcuni, individuando dei margini di miglioramento del servizio.

##### *a) I tempi della risposta al bisogno*

Si consideri, in prima battuta, che il rapporto (numerico) tra medico di reparto e pazienti può creare problemi al verificarsi di alcune circostanze: generalmente si fa riferimento ai casi in cui si presentino due (o più) urgenze contemporaneamente oppure alle chiamate notturne. Accade non di rado che, intervenuto per primo il personale di sorveglianza, sia interpellato un infermiere

che, in caso di effettiva necessità dell'intervento, provvede a coinvolgere il medico di guardia. Quest'ultimo, se impegnato con altra emergenza o distante dal luogo del richiesto intervento, dà indicazioni – farmacologiche e non – telefonicamente. Sarebbe auspicabile poter contare su un personale sanitario numericamente più consistente e prevedere, a livello normativo, quali pratiche siano di competenza dell'infermiere e quali, invece, non possano essere gestite se non alla presenza di un medico[27].

Una problematica di natura organizzativa, con riflessi gravemente pregiudizievoli per le esigenze diagnostiche e/o terapeutiche, riguarda i possibili ritardi delle prestazioni sanitarie causati da inconvenienti legati alle procedure di traduzione dei detenuti presso i luoghi esterni di cura (v. art. 11 O.P., commi 2 e 3). Di norma essi sono inseriti nelle ordinarie liste d'attesa della struttura sanitaria, le quali già sono notoriamente molto lunghe. Il problema vero, però, è quello della perdita del diritto alla prestazione in caso di mancato trasferimento del detenuto. Se, infatti, nel giorno fissato per la visita o il trattamento si verifica un qualsiasi impedimento che non consente al personale di polizia penitenziaria di trasportare il soggetto presso la struttura esterna, questo perde la posizione, ritrovandosi nuovamente in fondo alla lista. Gli inconvenienti possono essere di varia natura (la "scorta" necessaria è impegnata in altra emergenza, sopraggiungono incombenti di natura giudiziaria del detenuto, per es. udienze fissate in concomitanza) e, proprio per questo, frequenti[28]. Una possibile soluzione, praticata in Emilia Romagna, è quella della predisposizione di liste d'attesa speciali per i detenuti (come ne esistono per altre categorie, per es. invalidi o persone affette da patologie particolari). In alternativa, si potrebbe anche ragionare sulla previsione di meccanismi che consentano all'interessato di non perdere la posizione in lista e di avere, quindi, diritto al trattamento nella prima data utile, qualora l'impossibilità di recarsi presso la struttura sanitaria non dipenda in alcun modo dalla volontà del detenuto interessato né scaturisca da circostanze dallo stesso evitabili. Ancora, la c.d. Commissione "Palma" ha suggerito di circoscrivere il problema (in termini di detenuti interessati) raccomandando «che l'accesso a strutture sanitarie esterne (ospedali) di soggetti che siano già stati ammessi al lavoro esterno o che abbiano avuto già accesso ai permessi avvenga senza accompagnamento del personale di custodia (la stessa previsione dovrà riguardare l'accompagnamento per le udienze degli stessi soggetti)»[29].

Sembra opportuna una riflessione, ovviamente anche in termini di

investimento di risorse, sulla possibilità di fornire tutti i presidi sanitari almeno degli istituti più grandi di nuova dotazione strumentale per la diagnosi e il trattamento nell'ambito dell'assistenza specialistica: ci riferiamo, in particolare, alla telemedicina, a quegli apparecchi, cioè, che consentono di effettuare esami o ottenere un consulto specialistico dall' "interno", giovandosi di un collegamento elettronico con le strutture esterne anche per la ricezione dei referti provenienti dalle unità specialistiche degli ospedali di riferimento. La telemedicina presenta il vantaggio di evitare lo spostamento presso strutture esterne, eliminando i problemi dei ritardi e i timori inerenti la sicurezza, e garantisce una buona qualità della prestazione (si tratta di *medical devices* di nuova generazione). Il favore per la «promozione di azioni per lo sviluppo della telemedicina, soprattutto per patologie rispetto alle quali ciò si appalesa particolarmente utile, come nel caso di patologie diabetiche e cardiologiche» è anche dovuto all'esito soddisfacente delle esperienze maturate in questo campo, come quella promossa dall'Ufficio III del D.A.P. con il Programma biennale avviato nel 2004 «rivolto alla applicazione sperimentale della telemedicina in ambiente penitenziario». Quel progetto interessava le "Case di Reclusione" di Gorgona, Porto Azzurro, Favignana, Mamone e Is Arenas; sappiamo che esistono tutt'oggi accordi vigenti tra strutture sanitarie e istituti penitenziari che sfruttano la tecnologia della telemedicina, come quelli tra l'istituto di Porto Azzurro e l'Ospedale di Livorno, per quanto riguarda la dermatologia, e tra il carcere di Regina Coeli e l'Ospedale San Giovanni di Roma, per il monitoraggio e il consulto specialistico "a distanza" nell'ambito dell'assistenza cardiologica.

#### *b) La continuità terapeutica*

Sembra giunto il momento di implementare attraverso azioni concrete il progetto di creare un sistema nazionale di cartelle cliniche digitalizzate, ormai da tempo nell'agenda politica. Nel D.P.C.M. del 2008 si stabiliva l'obiettivo di «attivare un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate» (cfr. punto 4, obiettivi di salute e livelli essenziali di assistenza); alla luce di tale previsione, ricordano l'opportunità del passaggio "al digitale" il C.N.B., nel più volte citato Parere<sup>[30]</sup>, e la Commissione ministeriale "Palma" che, a ragione, fa presente che quello attuale è un momento più che favorevole per l'introduzione della cartella clinica digitale, perché potrebbe procedere «in linea con il Progetto strategico governativo "Agenda digitale"»<sup>[31]</sup>. Nell'ambito di tale percorso di avanzamento tecnologico che mira, tra le altre cose, a rendere fruibili su supporto digitale documenti e informazioni pubbliche è,

infatti, già prevista – nella sezione dedicata alla “Sanità digitale” – la creazione di un sistema che raccolga i fascicoli sanitari in formato elettronico (FSE) per la condivisione degli stessi tra le strutture del S.S.N. e dei servizi socio-sanitari regionali: quale migliore occasione per la realizzazione di quanto annunciato tempo fa[32]?

Attualmente, la cartella clinica informatizzata per i detenuti esiste in Emilia Romagna e, in via sperimentale, in Toscana[33]. Nonostante l’apprezzamento dovuto a siffatte iniziative, vorremmo sottolineare l’opportunità che un progetto di questo tipo venga implementato a livello nazionale tramite un sistema che funzioni in maniera uniforme in tutti gli istituti; se così non fosse, diventerebbe un problema anche il trasferimento del detenuto presso un penitenziario situato in altra Regione, magari non dotata, diversamente da quella di provenienza, di un sistema in grado di leggere il fascicolo sanitario elettronico. Il programma governativo “Agenda digitale”, d’altronde, è di matrice governativa e promuove innovazioni da introdurre in modo omogeneo sul territorio nazionale. Vale forse la pena ribadire i vantaggi derivanti dalla digitalizzazione delle cartelle cliniche: si abbatterebbero costi di natura monetaria (spese di fotocopiatura, spese per la ricomposizione del fascicolo cartaceo *ex novo* in caso di dispersione di materiale o danneggiamento, costi da affrontare per effettuare nuovamente visite o esami di cui non si rinvergono i referti medici) e si eviterebbero ritardi (di tempo prezioso) nella trasmissione delle cartelle nonché i rischi (di salute) connessi all’eventuale perdita di documentazione importante.

Un profilo problematico inerente l’esigenza di continuità terapeutica concerne le procedure seguite, per lo meno in alcune realtà, per consentire l’ingresso nell’istituto penitenziario del medico di fiducia del detenuto, le quali finiscono per fare in modo che «l’utilizzazione di un medico di fiducia esterno come medico curante diviene nella pratica impossibile». Così si esprime l’Associazione Antigone, in un recente *report*, giudicando le regole per l’accesso pregiudizievole del diritto a usufruire dell’opera del proprio medico riconosciuto dallo stesso art. 11 O.P.[34]: non solo, infatti, i tempi per ottenere il permesso sono piuttosto lunghi, ma l’autorizzazione viene interpretata come permesso di ingresso valido per una sola visita del medico di fiducia; ogni volta si deve ripetere lo stesso, lungo, iter. E’ evidente che la cura del paziente non è in concreto praticabile se, anche ipotizzando che l’accesso venga sempre consentito, il medico può effettuare visite circa una volta ogni tre mesi. Occorrerebbe chiarire, con strumenti idonei a omogeneizzare le prassi, che, se l’esigenza è quella di seguire

un trattamento continuativo, il permesso d'ingresso è valido per un tempo definito ma adeguato ai bisogni di assistenza del malato, salvo prevedere l'impedimento all'accesso qualora si verificassero circostanze peculiari ed ostative (per es. si provasse l'insussistenza delle necessità terapeutiche, dalla quale si desumesse che gli incontri sono strumentali al perseguimento di diversi fini).

*c) L'esigenza di offrire assistenza psicoterapeutica*

Per quanto concerne i disturbi di natura psicologica e/o psichiatrica, la normativa di settore prevede che in istituto sia presente «almeno uno specialista in psichiatria» (art. 11 O.P.), degli psicologi, assistenti sociali e criminologi clinici contrattati ex art. 80 O.P.; che i “nuovi giunti” debbano avere un colloquio psicologico contestualmente alla prima visita medica e che – qualora emergano dei disagi particolari – i detenuti ricevano un sostegno, secondo il generico schema dei “periodici e frequenti riscontri”[35]. Se può dirsi che il sostegno psicologico è garantito al soggetto detenuto, attraverso l'opera dell'educatore, del personale esterno ex art. 80 e, spesso, dei volontari, non può, invece, affermarsi che possa usufruire di assistenza psicoterapeutica, ossia che possa intraprendere un percorso individualizzato e scandito da incontri periodici, a orario definito, nell'ambito del quale un operatore specializzato si occupi precipuamente della persona e delle sue fragilità.

Il numero di coloro i quali soffrono disagi profondi, pregressi e/o connessi allo stato detentivo, è consistente ed è evidente da un lato il bisogno, dall'altro la doverosità di un'offerta di questo tipo: se essa è inserita tra quelle di cui la popolazione generale può usufruire (prestazioni di psicoterapia erogate dai Dipartimenti di Salute Mentale – DSM – convenzionati con il S.S.N.), ne dovrebbe poter beneficiare anche il soggetto recluso. Manca, invece, un'assistenza individualizzata e continuativa a sostegno dei pazienti con diagnosi psichiatrica (il “dopo” la rilevazione del disturbo psichico e “altro” rispetto alle terapie farmacologiche)[36], ma, soprattutto, mancano servizi di supporto psicoterapeutico per i detenuti che, pur non essendo affetti da patologia psichiatrica, trarrebbero giovamento da un percorso che li aiuti a gestire le difficoltà della vita in carcere, con evidente valenza preventiva di successivi e spesso più gravi disturbi mentali.

La dimensione del problema che questa carenza pone è evidente al solo consultare materiali normativi, “istituzionali”, dottrinari e, pure, scientifici, nei



quali si sottolinea l'importanza di assicurare «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», ma dai quali si evince che l'«esigenza fortemente sentita tra il personale specialistico [...] è sempre stata frustrata»[37].

Ci si muove, ancora, nel campo delle previsioni normative inattuata: il D.P.C.M. dell'aprile 2008, nella parte dedicata a “Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale”, stabilisce che bisogna «garantire ai soggetti malati tutte le possibilità di cura e riabilitazione fornite dai servizi del territorio, attraverso la presa in carico con progetti individualizzati»[38]. Ad oggi, l'unico esempio di convenzioni con le A.S.L. per l'invio di psicologi e medici che seguano un percorso terapeutico con i detenuti bisognosi è nell'ambito delle tossicodipendenze, nel quale sono impegnati gli operatori del Ser.T. (Servizio per le Tossicodipendenze). Per realizzare quell'intento occorrerebbe, allora, dare l'indicazione alle Regioni di promuovere la conclusione di accordi tra gli istituti penitenziari e le A.S.L. di competenza che prevedano l'impiego del personale dei DSM per la “presa in carico” dei disturbi mentali all'interno delle carceri, secondo il modello dell'assistenza erogata nelle comunità terapeutiche presenti sul territorio, centri diurni frequentati da nutriti gruppi di soggetti “a rischio”.

Come accennavamo, è stata sottolineata da molti l'esigenza di dare soluzione a questa carenza[39], anche in considerazione dei risultati di alcuni studi scientifici di natura sperimentale che hanno dimostrato la relazione tra lo sviluppo di programmi di assistenza psicoterapeutica nelle carceri e l'abbassamento del livello di sofferenza psichica, accompagnato al miglioramento nella gestione delle attività nell'istituto[40]. Ancora, occorrerebbe apprezzare la strumentalità di un buon servizio di psicoterapia rispetto all'obiettivo di prevenire i suicidi e l'autolesionismo, problemi delicati, considerati lo “stigma” dell'ambiente carcerario, insieme a HIV e tossicodipendenze. La “presa in carico”, nelle forme dell'implementazione dell'assistenza psicologica e psicoterapeutica, può, infatti, evitare l'insorgenza di istinti autodistruttivi o comunque individuarli, elaborarli e contenerli, come evidenziato nella circolare ministeriale 19 giugno 2012 – GDAP0234197, che fornisce le linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario in ambito carcerario, ed affermato anche in sede europea (cfr. progetto Me.d.i.c.s., *mentally disturbed inmates care and support*).

Per concludere sul punto, sembra opportuno ribadire che, preposti a questo tipo

di servizio, dovrebbero essere impiegati operatori sanitari “esterni” all’amministrazione, i quali non dovrebbero, peraltro, entrare in contatto con essa per questioni relative all’esecuzione della pena del detenuto-paziente: se, infatti, come è stato rilevato, è discutibile che il medico, oltre alle competenze sue proprie, prenda parte al consiglio di disciplina o alla commissione per la predisposizione e la modifica del regolamento interno[41], sarebbe auspicabile che almeno lo psicoterapeuta rimanga estraneo a decisioni di natura amministrativa e/o giudiziaria, così da facilitare l’instaurazione di un rapporto col paziente che rimanga scevro da implicazioni diverse dal perseguimento di una maggiore serenità personale.

*d) Le patologie “sovra rappresentate” in carcere e gli interventi strutturali*

Come noto e come già detto, la popolazione carceraria rappresenta un segmento della società a rischio di salute più elevato rispetto alla popolazione generale, per l’incuria nella gestione delle malattie pregresse rispetto all’ingresso in carcere, per la diffusione di pratiche a rischio, quali l’assunzione di droghe per via iniettiva o l’abitudine al sesso a pagamento, per l’aggravamento del quadro clinico causato dagli stili di vita e dalla condizione mentale propri dell’ambiente carcerario. Alcune patologie registrano una prevalenza incredibilmente maggiore rispetto a quella rilevata tra la popolazione generale: si tratta della dipendenza da sostanze stupefacenti e delle malattie infettive (in particolare epatite C e HIV), oltre ai disturbi nevrotici e da adattamento[42]. Occorre intervenire con forza per contenere questi numeri. Bisognerebbe impegnarsi, anche finanziariamente, per assicurare (in maniera omogenea sul territorio nazionale) le migliori terapie disintossicanti[43]; l’adeguatezza dei programmi di sostegno psicologico all’interno e la continuità con le attività dei centri diurni all’esterno del carcere; l’efficace prevenzione dei contagi e le cure più avanzate per le patologie infettive; la rilevazione precoce e il monitoraggio costante dei disagi mentali.

Altra questione strettamente attinente al benessere psico-fisico dei soggetti detenuti è legata al sovraffollamento carcerario e, più in generale, all’inidoneità dei locali, che impediscono di considerare gli istituti penitenziari come ambienti salubri, nei quali non sia probabile il peggioramento delle condizioni di salute. La prima questione, come noto, vede la (vera) soluzione nella predisposizione di un sistema di pene alternative e/o di una significativa depenalizzazione degli illeciti per i quali è prevista la reclusione in carcere, piuttosto che nella costruzione di nuove carceri o nell’ampliamento di quelle esistenti; nonostante

l'esistenza del problema abbia palesi riflessi sulla salute fisica e mentale dei detenuti, le soluzioni riguardano più che altro cambiamenti nel modo di concepire le incriminazioni e le pene. Per quanto riguarda il secondo tema, invece, se interventi strutturali sono necessari per assicurare la luce, l'acqua calda, la protezione dal freddo e la salvaguardia dal caldo eccessivo o gli spazi adeguati a soggetti con particolari necessità (es. bagno privato o metratura consona per consentire il passaggio di ausili per la deambulazione, si pensi a persone gravemente incontinenti o con disabilità motorie), non c'è altro da auspicare se non la responsabilizzazione dei soggetti preposti al controllo e delle amministrazioni. A fronte dell'individuazione di locali o di servizi inadeguati, occorre che ci si adoperi affinché si ristabilisca il rispetto del diritto a vivere in un ambiente, se non confortevole, per lo meno dignitoso.

*e) I dati epidemiologici e la programmazione della spesa sanitaria*

Ci si renderà conto, arrivati a questo punto, che è importante affrontare il problema di come rendere praticamente possibili gli interventi suggeriti; per alcuni di essi, risulta utopico proporre di realizzarli senza poter contare su risorse finanziarie adeguate. Diviene centrale (perché preliminare), dunque, il tema di una corretta programmazione della spesa sanitaria, che eviti gli sprechi prevedendo lo stanziamento delle risorse per i vari capitoli e le varie voci (aree patologiche, prestazioni per area patologica) in misura il più possibile vicina ai bisogni medi rilevati, e consenta, così, di ottimizzare risorse che sono già disponibili. S'intuisce, perciò, che è imprescindibile poter contare su un sistema ben funzionante per la rilevazione epidemiologica.

Come noto, in sanità sono stati introdotti i c.d. costi standard per prestazione con il d. lgs. n. 68 del 2011, epilogo di una serie di provvedimenti che già in anni passati preparavano il terreno per il definitivo superamento del criterio della spesa storica<sup>[44]</sup>, secondo il quale il finanziamento avveniva in base allo "storico" delle prestazioni erogate, per un modello che consente, invece, la programmazione delle risorse da investire. L'obiettivo della riforma è precipuamente il controllo della spesa sanitaria, perseguibile seguendo uno schema per cui, molto in sintesi, individuati i fabbisogni standard (operazione possibile se si conosce l'epidemiologia e la relativa distribuzione territoriale) si provvede alla destinazione delle risorse di cui si prevede l'impiego nella misura sufficiente alla soddisfazione della domanda effettiva (con delle riserve, evidentemente necessarie a fungere da correttivo). Occorre fare in modo che il modello funzioni anche per la sanità penitenziaria.

Il D.P.C.M. di aprile 2008, individuando espressamente tra le priorità quella della corretta rilevazione epidemiologica nelle carceri, aveva già provveduto ad istituire gli Osservatori regionali, un Sistema Informativo Nazionale sulla salute dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale e un Tavolo di consultazione, costituito da rappresentanti dei dicasteri della Salute e della Giustizia, delle Regioni e Province autonome, presso la Conferenza unificata Stato-Regioni. Ai primi è stato affidato lo specifico compito di attivare «una rilevazione sistematica sullo stato di salute in tutti gli istituti di pena del territorio regionale di riferimento» e di fornire «dati sulla prevalenza e l'incidenza degli stati patologici, descrivendo, altresì, condizioni e fattori di rischio che ne favoriscono l'insorgenza o ne ostacolano la cura»; nel secondo dovevano confluire tutte le informazioni così ottenute, mentre il Tavolo di consultazione aveva «l'obiettivo di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie», per il coordinamento nazionale nell'attuazione della riforma. Come ammesso dagli stessi Osservatori regionali, in sede di relazione sullo stato di avanzamento delle attività svolte, l'operatività degli Uffici è «elevata» in pochissimi casi (quelli di Liguria e Toscana), «media» nella maggior parte e «scarsa» per la residua parte delle Regioni[45]; è stato, poi, rilevato che «il mancato o insufficiente funzionamento dell'Osservatorio [...] ritarda l'acquisizione delle conoscenze epidemiologiche necessarie per la programmazione sanitaria, fondamentale per una reale applicazione della riforma stessa»[46]. Probabilmente la strada più semplice da seguire per porre fine all'inerzia è dare un impulso decisivo per la responsabilizzazione degli Uffici preposti, già costituiti a questi fini, anche se comprendiamo le ragioni di chi, scoraggiato, suggerisce di tentare la via della (ri)centralizzazione, ad esempio mediante l'istituzione di un Osservatorio nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità[47]. Gli strumenti ci sono, manca che funzionino! Altra occasione da non perdere è quella dell'introduzione delle cartelle cliniche digitali perché, oltre ad altri vantaggi, consentirebbe una facile estrapolazione delle informazioni utili. Si realizzerebbe quel «sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate», di cui già si auspicava la creazione nel 2008[48].

Se la distribuzione efficiente della spesa sanitaria è fattore fondamentale per il recupero di risorse mal gestite, s'impone, a nostro avviso, una riflessione ulteriore sull'esistenza o meno di altri canali di finanziamento a cui, ad oggi, non si attinge. Si consideri che, per espressa previsione dell'art. 1, comma sesto, d. lgs. n. 230 del 1999 e dell'art. 18, primo comma, Reg. exec., tutta la popolazione detenuta è esente dal pagamento del c.d. *ticket* sanitario, sia per

prestazioni che per farmaci.

Ragionando per principi, l'esenzione generalizzata, indipendentemente dalla situazione patrimoniale e reddituale dei detenuti, sembra rappresentare una "discriminazione al contrario". Se il principio è, infatti, quello della equiparazione tra popolazione generale e popolazione carceraria nella fruizione del servizio sanitario pubblico, così come è doveroso promuovere la parità nell'esercizio del diritto altrettanto sembra giusto che ci sia parità nella sopportazione degli oneri. Da tali considerazioni discende, sul piano attuativo, che se il soggetto recluso fosse indigente (situazione che si verifica con maggiore frequenza tra gli stranieri), affetto da patologie croniche, invalido ecc. dovrebbe beneficiare dell'esenzione, come ne beneficiano gli omologhi tra la popolazione generale; ma se, invece, la situazione precedente all'ingresso in istituto e/o il lavoro intramurario consentissero al detenuto di disporre di un certo quantitativo di denaro proprio, dovrebbe partecipare alla spesa sanitaria come è imposto ad ogni utente del S.S.N.

La ragione della esenzione generalizzata si rinviene facilmente se si abbandonano le questioni di principio e si pensa ad esigenze di semplificazione, dovute alla difficoltà di ricostruzione della situazione reddituale e patrimoniale dei detenuti. Occorrerebbe, allora, domandarsi se sia davvero vicino all'impossibile, con il coinvolgimento dei diversi rami dell'Amministrazione pubblica (agenzie tributarie, funzionari della giustizia coinvolti nel procedimento penale a carico dei soggetti reclusi, personale amministrativo delle A.S.L.), ottenere le informazioni necessarie. Ammesso che, all'ingresso in istituto, la pubblica amministrazione non sia già in possesso dei dati inerenti patrimonio e reddito del detenuto, si potrebbe utilizzare il sistema delle autocertificazioni (con le opportune verifiche *ex post*, magari a campione): si consideri che, per lo svolgimento di alcune attività, tra cui l'iscrizione all'università, i detenuti sono tenuti a presentare l'I.S.E.E. per il conseguente inquadramento ai fini del pagamento delle tasse, secondo il regolamento degli atenei di riferimento. Quali impedimenti all'utilizzo, anche a questi fini, di tali strumenti? Una volta ricostruito il quadro patrimoniale e reddituale, occorrerebbe applicare eventuali correttivi legati all'inattività o limitata attività lavorativa del periodo di detenzione, verificare i mutamenti della situazione anche familiare del soggetto, nonché prevedere delle deroghe al tetto di spesa, settimanale o mensile, che il detenuto deve rispettare qualora lo sforamento dipenda dalla compartecipazione alle spese sanitarie. Solo se si avesse una

“mappa” reddituale della popolazione carceraria si potrebbe valutare quanto conviene, in termini di dimensione finanziaria della compartecipazione, mettere in moto questo meccanismo; occorre, cioè, disporre dei dati aggregati per capire quanto inciderebbe, in termini di incremento di risorse a disposizione del S.S.N., ripensare la norma sull’esenzione generalizzata dal c.d. *ticket*.

Ci sembra il caso di fermarsi qui, nei confini segnati dalla materia trattata, consapevoli che, facendo altrimenti, il discorso potrebbe ampliarsi notevolmente. Si potrebbe riflettere sull’opportunità di redistribuire la spesa pubblica al fine di reperire maggiori risorse per un settore in cui la quantità e la qualità dell’intervento pubblico determina l’effettività della garanzia di un diritto fondamentale, magari riducendo gli investimenti per interventi non costituzionalmente “doverosi”[49]. Ma, come detto, è un discorso che ci porterebbe troppo lontano.

Si consideri, infine, che la ricerca di una base finanziaria (che renda non ipocrita l’impegno) per il miglioramento dell’assistenza sanitaria a favore della popolazione carceraria è questione centrale, oggi, anche perché le risorse da destinare al finanziamento delle nuove R.E.M.S. sono consistenti (come noto, le strutture, per personale e trattamenti, afferiscono esclusivamente all’ambito sanitario)[50] e, inoltre e per fortuna, sembra prendere forma l’idea di attrarre i Centri di Identificazione ed Espulsione (C.I.E.) nella sfera del S.S.N.[51]: l’estensione dell’offerta sanitaria comporterebbe, ovviamente, l’incremento della spesa.

Va ribadito, in conclusione, che è a più livelli riconosciuto il diritto dei detenuti a beneficiare di un’assistenza sanitaria adeguata alle loro esigenze, al pari degli uomini “liberi”, e che la negligenza nella ricerca dei mezzi necessari alla realizzazione degli impegni che tali garanzie impongono si avvicinerebbe all’esercizio di «una certa discrezione nell’arte di far soffrire, un gioco di dolori più sottili, più felpati, spogliati del loro fasto visibile»[52], ma pur sempre ad una pratica afflittiva. La detenzione in carcere comunque non costituisce un “castigo incorporeo”, perché «il corpo, secondo questo tipo di penalità, è irretito in un sistema di costrizioni e di privazioni, di obblighi e di divieti»[53]; tuttavia, come abbiamo già sottolineato, la protezione della salute non può rientrare tra i diritti legittimamente comprimibili a fronte delle esigenze di esecuzione della pena. Perché si possa dire, allora, che l’esecuzione penale ha superato un’impostazione “supplizante”, occorre tenere a mente che l’impegno da approfondire deve muovere dalla convinzione per cui «le condizioni detentive che

violano i diritti umani del detenuto non possono essere giustificate dalla mancanza di risorse»[54].

[1] F. Bricola, *Introduzione* a Id. (a cura di), *Il carcere "riformato"*, Bologna, 1977, 9 (saggio riprodotto in questo fascicolo della *Rivista*).

[2] Attuali artt. 24 e 26 del d.d.l. governativo presentato alla Camera il 23 dicembre 2014.

[3] In merito alla riforma della sanità penitenziaria avviata nel 1998, a cui faremo cenno in seguito, si considerava come criticità il fatto di voler intervenire "a costo zero", tramite il mero trasferimento delle (stesse) risorse prima destinate al D.A.P. per l'organizzazione del servizio sanitario penitenziario al S.S.N. Senza un incremento del finanziamento, risultava davvero difficile pensare di ottenere un innalzamento del livello qualitativo del servizio - solo in virtù del fatto che se ne rende responsabile il Ministero della Salute e le sue articolazioni -, oltre ad essere evidentemente impossibile un incremento quantitativo delle prestazioni di prevenzione e di cura. Così B. Brunetti, *La tutela della salute in carcere. Organizzazione del servizio sanitario penitenziario. Evoluzione normativa*, spec. 10, disponibile in [www.ristretti.it/areestudio/salute/zippati/salute\\_brunetti.pdf](http://www.ristretti.it/areestudio/salute/zippati/salute_brunetti.pdf).

[4] Cfr. sent. n. 252/2001 Corte cost., in cui il nucleo essenziale del diritto alla salute viene definito "ambito inviolabile della dignità umana".

[5] La giurisprudenza della Corte EDU fa ad esso riferimento ricomprendendolo ora nella protezione assicurata alla vita umana e alla dignità della persona (cfr. C. eur. dir. uomo, *Slimani c. Francia*, 2004), ora in quella riconosciuta al diritto al rispetto della vita privata e familiare (cfr. C. eur. dir. uomo, *Pretty c. Regno Unito*, 2002).

[6] Al diritto alla salute si riferisce anche la Carta dei diritti e doveri dei detenuti e degli internati (prevista dal regolamento esecutivo citato nel testo e adottata con D.M. 5 dicembre 2012), spec. pagina 7. Per espressa previsione della Carta stessa, il documento viene consegnato ad ogni detenuto all'ingresso in istituto e rimane disponibile presso la sala colloqui dei penitenziari.

[7] Cfr. art. 40, Regole Penitenziarie Europee: «*Organizzazione del servizio sanitario penitenziario* art. 40: 1. Si devono organizzare in istituto dei servizi medici in stretta relazione con l'amministrazione sanitaria generale della

comunità locale o della Nazione. 2. La politica sanitaria negli istituti penitenziari deve essere integrata con la politica sanitaria nazionale, e compatibile con essa. 3. I detenuti devono avere accesso al servizio sanitario disponibile nel Paese senza discriminazione basata sulla loro posizione giuridica».

[8] Il d. lgs. n. 230 iniziava a sottrarre al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) e al Dipartimento della giustizia minorile le competenze relative all'area prevenzione e gestione delle tossicodipendenze, mentre avviava una fase sperimentale nella quale solamente tre Regioni venivano interessate dal transito delle funzioni e delle risorse dell'intero comparto sanitario al S.S.N. La definitiva responsabilizzazione di Regioni e A.S.L. sulla gestione della sanità carceraria avveniva, come si è già sottolineato, per il tramite dell'art. 2 del D.P.C.M. sopra menzionato, la cui adozione è stata prevista dall'art. 2, commi 283 e 284, della Legge finanziaria 2008.

[9] La tutela della salute, infatti, discende dalla garanzia della dignità dell'uomo come «dote indisponibile», fa parte di quelle previsioni costituzionali «nelle quali l'esigenza della protezione della dignità umana, pur espressa in termini diversi, può dirsi quanto meno "presupposta"», M. Ruotolo, *Dignità e carcere*, Napoli, 2014, 19.

[10] C. Fiorio, *Salute del condannato e strumenti di tutela*, in A. Scalfati (a cura di), *Giurisdizione di sorveglianza e tutela dei diritti*, Padova, 2004, 70.

[11] A. Bernasconi, *Art. 11*, in V. Grevi, G. Giostra, F. Della Casa (a cura di), *Ordinamento penitenziario commentato*, Padova, 2011, 143; nello stesso senso si vedano anche le critiche, più risalenti, di A. Terranova, *La tutela della salute in carcere*, in *Quaderni CSM*, 1983, 43.

[12] Si considerino due realtà molto distanti tra loro: in Emilia Romagna, a seguito di un periodo di osservazione in cui gruppi di lavoro istituiti *ad hoc* hanno effettuato le opportune rilevazioni sul territorio, si è giunti in tempi ragionevoli all'approvazione del "Programma regionale per la salute negli istituti penitenziari" (Delibera Giunta regionale n. 2/2010) - il quale definisce gli standard clinico-assistenziali e formula una proposta di riparto delle risorse alle A.S.L. per il monitoraggio e la valutazione delle politiche regionali in materia - e, conseguentemente, alla stesura dei Programmi aziendali; nella regione Lazio, invece, non è mai stato approvato un Piano regionale per la sanità



penitenziaria, situazione che ha impedito, evidentemente, alle A.S.L. di predisporre il proprio piano di intervento.

[13] C. Fiorio, *Salute del condannato*, cit., 67 s.

[14] E' ciò che emerge dalle valutazioni conclusive di alcuni studi specifici dedicati al tema della tutela dei diritti all'interno delle mura del carcere, come quelli curati dalla Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani del Senato della Repubblica e dal Comitato Nazionale per la Bioetica, che hanno recentemente diffuso, rispettivamente, il *Rapporto sullo stato dei diritti umani negli istituti penitenziari e nei centri di accoglienza e trattamento per migranti in Italia* (2012) e il Parere *La salute "dentro le mura"* (sett. 2013). In dottrina si vedano, per tutti, le considerazioni di E. D'Alterio, *Il sistema amministrativo penitenziario*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2/2013, spec. 407 ss. e, con riferimento specifico a "ciò che non dovrebbe essere" nel sistema di tutela della salute in carcere, di M. Ruotolo, *Dignità e carcere*, cit., 93 ss.

[15] Concetto espresso con forza nel Parere del C.N.B., *La salute "dentro le mura"*, cit., 5, disponibile all'indirizzo <http://www.governo.it/bioetica/pdf/6>.

[16] Si vedano i dati forniti dall'O.M.S. (*Who Regional Office, Final Report of the network meeting on prison and health*, Copenhagen 11-12 ottobre 2012) e richiamati anche nel Parere del C.N.B. citato nella nota precedente, 9; per quanto attiene ai disturbi mentali, v. un interessante studio sperimentale condotto a Pavia da G. Gegagni Lusignani, C. Giacobone, F. Pozzi, F. Dal Canton, P. Alecci, G. Carrà, *Disturbi mentali in una casa circondariale: uno studio di prevalenza*, in M. Clerici, S. Scarone (a cura di), *Noos, Psichiatria e carcere*, Vol. 12, n. 1, gennaio-aprile 2010, 23 ss., dal quale è emersa una prevalenza maggiore di disturbi mentali nella popolazione detenuta rispetto a quella libera, secondo standard di riferimento statunitensi ed europei.

[17] Secondo A. Franceschini, *La medicina penitenziaria*, in G. Giusti (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, vol. VIII, cap. CCLII, Padova, 2009, i tossicodipendenti si attestano intorno al 25% della popolazione detenuta, mentre secondo lo studio di M. Esposito, *The health of italian prison inmates today: a critical approach*, in *Journal of correctional health care*, 16 (3), 2010, 230 s., la dipendenza da droghe dentro il carcere è rilevata nel 21,5% dei casi, a fronte del 2,1% della popolazione generale.

[18] *Documento finale dei lavori della Commissione Ministeriale per le*

*questioni penitenziarie “ Palma”*, presentato al Ministro il 25.11.13, punto 4.4, 18.

[19] Cfr. sent. Corte costituzionale n. 349 del 1993; tra le altre, più di recente, v. sent. n. 135 del 2013, in cui si ribadisce il divieto di applicare una pena avente un valore afflittivo supplementare rispetto alla privazione della libertà personale.

[20] «Una diversa – spesso meno garantistica – forma di tutela dovrebbe trovare giustificazione nella peculiarità della situazione detentiva, configurandosi come riflesso dell’impossibilità di riconoscere la “pienezza” della specifica situazione giuridica soggettiva in capo al recluso»: M. Ruotolo, *Il carcere come luogo della legalità, in onore di Valerio Onida*, in *Rivista AIC*, 4/2011, 7.

[21] B. Gualco, *op. cit.*, 11 s.

[22] C. Piciocchi, «*La salute dentro le mura*»: commento al rapporto del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla salute in carcere (27 settembre 2013), in *Studium Iuris*, 7-8/2014, 851.

[23] Si veda il lavoro di V. Manca, *La Corte dei diritti dell’uomo torna a pronunciarsi sul divieto di tortura e di trattamenti inumani e degradanti: l’inadeguatezza degli standard di tutela delle condizioni di salute del detenuto integrano una violazione dell’art. 3 CEDU*, in *penalecontemporaneo.it*, 7 ss., 7 novembre 2014.

[24] Cfr. C. eur. dir. uomo, 29 gennaio 2009, *Antropov c. Russia* e *Andreyevskiy c. Russia*; C. eur. dir. uomo, 14 settembre 2010, *Marinescu c. Romania* e *Florea c. Romania*.

[25] Cfr. C. eur. dir. uomo, 26 settembre 2000, *Kudla c. Polonia*; C. eur. dir. uomo, 20 gennaio 2009, *Wenerski c. Polonia*; C. eur. dir. uomo, 9 settembre 2010, *Xiros c. Grecia*; C. eur. dir. uomo, 22 aprile 2014, *G.C. c. Italia*.

[26] Cfr. C. eur. dir. uomo, 10 giugno 2008, *Scoppola c. Italia*; C. eur. dir. uomo, 27 febbraio 2012, *Cara-Damiani c. Italia*; C. eur. dir. uomo, 29 gennaio 2013, *Cirillo c. Italia*; C. eur. dir. uomo, 11 febbraio 2014, *Contrada c. Italia*, su cui v. il già citato contributo di V. Manca, nonché G. Sorrenti, *La densità delle carceri. Dalle condanne della Corte EDU alla decisione della Corte*

costituzionale, fino al “seguito” legislativo interno, in *giucost.org*, 06.03.14, § 4.

[27] Suggerisce di fissare il divieto di prescrizioni telefoniche l'associazione Antigone, *Criticità nella sanità penitenziaria a Rebibbia Nuovo Complesso*, 10, disponibile online alla pagina [http://www.osservatorioantigone.it/upload/images/2539CRITICITASANITA2013\\_ok.pdf](http://www.osservatorioantigone.it/upload/images/2539CRITICITASANITA2013_ok.pdf).

[28] Gli Osservatori regionali, “incaricati” dal DPCM dell'aprile 2008 proprio di monitorare l'attuazione della riforma e l'organizzazione del servizio sanitario penitenziario nei territori di appartenenza, annoveravano tra gli aspetti problematici quello dell' «incremento generalizzato delle visite specialistiche ambulatoriali effettuate all'esterno, che implicano l'impegno della polizia penitenziaria per l'accompagnamento». In molti istituti, anche per la carenza di organico della polizia penitenziaria, sono sicuramente «problematiche le traduzioni all'esterno», *Relazione sulle audizioni dei rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti (Regione, Prap, Cgm) in tema di assistenza sanitaria in favore dei detenuti, gli internati e i minori sottoposti a procedimento penale*, Novembre 2011, 3.

[29] *Documento finale dei lavori della Commissione Ministeriale “Palma”*, cit., 19.

[30] Comitato Nazionale per la Bioetica, *La salute*, cit., 18.

[31] *Documento finale*, cit., 20.

[32] La c.d. *Road Map* indica le tempistiche segnando il limite del biennio 2016-2017.

[33] Cfr. Parere C.N.B. *La salute*, cit., 18.

[34] Ci riferiamo al già citato *report* sulla attività di “Sportello” condotta dall'associazione Antigone, a partire dal 2010, presso i reparti G8, G9, G11, G12, G14 dell'istituto di Rebibbia N.C. di Roma, *Criticità nella sanità penitenziaria*, cit., di cui si sta per pubblicare un aggiornamento al 2015, spec. 2 s.

[35] V. art. 11, spec. commi 1 e 5, art. 80 O.P., artt. 17 e 23 Reg. esec.

[36] In quanto annoverabili tra coloro che hanno avuto diagnosi specialistica, i detenuti con diagnosi psichiatrica vengono seguiti da un medico, assumono terapie farmacologiche e, se opportuno, vengono “osservati” in maniera

continuativa in appositi reparti (art. 112 Reg. esec.). L'osservazione psichiatrica" è presente in vari istituti: risultano operativi i reparti di Torino Lorusso e Cutugno, Monza, Bologna, Firenze Sollicciano, Roma Rebibbia Nuovo Complesso, Reggio

Calabria, Palermo "Pagliarelli", Cagliari, Livorno e Napoli Secondigliano.

[37] B. Gualco, *op. cit.*, 18.

[38] V. la Raccomandazione R(2004)10 del Consiglio d'Europa che, all'art. 35 punto 2, prevede che «le persone affette da disturbo mentale, detenute negli istituti penitenziari, devono poter beneficiare di opzioni *terapeutiche appropriate*», corsivo nostro.

[39] «Si sottolinea l'importanza di programmare il coinvolgimento del dipartimento di salute mentale (DSM), al fine di affiancare all'assistenza psichiatrica specialistica a richiesta, interventi più sistematici», così la *Relazione sulle audizioni dei rappresentanti degli Osservatori regionali*, cit., 5; a seguito di incontri «con alcuni responsabili del Servizio Sanitario Nazionale, è emersa la necessità di passare, come anche precedentemente evidenziato, da un approccio "prestazionale", di mera risposta a un'esigenza posta dal detenuto, a un approccio di "presa in carico" dei singoli e del gruppo dei detenuti di un Istituto nel suo complesso, attraverso un intervento proattivo di tutela preventiva», così *Documento finale dei lavori della Commissione Ministeriale "Palma"*, cit., 19. Si vedano, inoltre, C.N.B., *La salute*, cit., 15 e 20; Associazione Antigone, *Criticità nella sanità penitenziaria*, cit., 4; B. Gualco, *op. cit.*, 18 s.

[40] Si veda lo studio intitolato *Un servizio di consulenza psichiatrica in ambito penitenziario. Quali bisogni, quali risposte?*, in *Noos, Psichiatria e carcere*, cit., 35 ss., che descrive ed espone i risultati finali di un progetto portato avanti grazie alla collaborazione tra DSM della A.O. San Paolo di Milano e il Provveditorato regionale del DAP, svoltosi presso la Casa di reclusione di Opera, nonché *Intervento psichiatrico in carcere: l'esperienza e i progetti del DSM di Genova*, in *Noos*, cit., 59 ss., testimonia un'altra felice esperienza di attivazione di servizi portati all'interno del carcere di Marassi grazie all'impegno dei professionisti del DSM di Genova.

[41] Invitano a riflettere criticamente sull'opportunità dello svolgimento di ruoli così diversi da parte del medico penitenziario A. Bernasconi, *Art. 11*, cit., 144; C.N.B., *La salute*, cit., 18.

[42] Per conoscere le percentuali delle prevalenze patologiche, anche per confrontarle con quelle riferite alla popolazione generale, si rinvia ai lavori e agli studi citati in nota 16 e 17.

[43] Si vedano le considerazioni dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e la tossicodipendenza (EMCDDA), in particolare le valutazioni sull'utilizzo delle terapie sostitutive degli oppioidi (metadone), le quali, in Italia, risultano somministrate solo ad una parte della popolazione che potrebbe beneficiarne: *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*, 2012, 23.

[44] Fino al 1996, le assegnazioni alle Regioni avvenivano secondo il criterio storico; eventuali disavanzi, infatti, ricadevano a carico del bilancio statale, mentre gli avanzi restavano nelle casse delle rispettive Regioni. La legge 662/1996 ha segnato il cambiamento a favore del criterio del fabbisogno standard, indicando i fattori che, da quel momento in avanti, avrebbero determinato il calcolo alla base del riparto annuale dei finanziamenti: «popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali» (art. 1, c. 34). Questi indicatori vanno, evidentemente, specificati anno per anno in sede di predisposizione delle leggi finanziarie.

[45] *Relazione sulle audizioni dei rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti*, cit., 2.

[46] Così C.N.B., *La salute*, cit., 14, corsivo nostro.

[47] Si veda l'emendamento proposto in Commissione G/1579/3/2 al d.d.l. n. 1579, col quale, tra le altre cose, il Senato intendeva impegnare il Governo «a valutare l'opportunità di istituire presso l'Istituto Superiore di Sanità l'Osservatorio Epidemiologico Nazionale sulla Salute in Carcere», 02.08.2014.

[48] Il testo è citato letteralmente dal D.P.C.M. del 1 aprile 2008 più volte richiamato in questo lavoro; v. *supra* § IV, *sub b*).

[49] Si veda il lavoro di L. Carlassare, *Priorità costituzionali e controllo sulla destinazione delle risorse*, in questa *Rivista*, fasc. 1/2013.

[50] Per effetto delle leggi nn. 9 del 2012 e 81 del 2014, come noto, a decorrere

dal 31 marzo 2015 sono formalmente chiusi gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ed entrano in funzione le nuove residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.), nelle quali sono ospitati gli internati di cui non sia stata possibile la dimissione o rispetto ai quali non si sia ritenuto opportuno l'affidamento ai centri di salute mentale o alle comunità terapeutiche dei territori di appartenenza. Ci sembra opportuno sottolineare che, forse, sarà necessario un ulteriore investimento di risorse finanziarie anche per consentire l'adeguamento dei Reparti di Osservazione psichiatrica (v. nota 36) ai criteri introdotti con la suddetta riforma, *in primis* prevedendo l'esclusiva gestione medica degli stessi: dovrebbero, insomma, riprodurre la tipologia di assistenza erogata dai servizi psichiatrici territoriali.

[51] «Il Servizio Sanitario Nazionale deve prendere in carico i CIE o quanto meno vanno immediatamente attivati accordi e convenzioni in tal senso. Non solo vanno fornite prestazioni adeguate, occorre anche controllare lo stato dei locali, l'adeguamento dei servizi e lo stato igienico, l'adeguamento del regime di vita a requisiti di rispetto della dignità delle persone»; con queste parole si è espresso il C.N.B., *La salute "dentro le mura"*, cit., 26. E' nota la condizione di degrado nella quale gli abitanti (perché tali diventano visti i tempi della permanenza) sono costretti a vivere e la totale assenza di controlli circa l'erogazione di assistenza sanitaria, di cui si occupano degli enti gestori dei centri.

[52] M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita del carcere*, Torino, ed. 2014, 10.

[53] Id., *op. cit.*, 13.

[54] Quarto principio fondamentale, Parte I, Regole penitenziarie europee.



# *Costituzionalismo.it*

*Fondatore e Direttore dal 2003 al 2014* Gianni **FERRARA**

## Direzione

*Direttore* Gaetano **AZZARITI**

Francesco **BILANCIA**  
Giuditta **BRUNELLI**  
Paolo **CARETTI**  
Lorenza **CARLASSARE**  
Elisabetta **CATELANI**  
Pietro **CIARLO**  
Claudio **DE FIORES**  
Alfonso **DI GIOVINE**  
Mario **DOGLIANI**  
Marco **RUOTOLO**  
Aldo **SANDULLI**  
Massimo **VILLONE**  
Mauro **VOLPI**

Email: [info@costituzionalismo.it](mailto:info@costituzionalismo.it)

Registrazione presso il Tribunale di Roma

ISSN: 2036-6744 | [Costituzionalismo.it](http://Costituzionalismo.it) (Roma)

## Redazione

Alessandra **ALGOSTINO**, Marco **BETZU**, Gaetano **BUCCI**, Roberto **CHERCHI**, Giovanni **COINU**, Andrea **DEFFENU**, Carlo **FERRAJOLI**, Luca **GENINATTI**, Marco **GIAMPIERETTI**, Antonio **IANNUZZI**, Valeria **MARCENO'**, Paola **MARSOCCI**, Ilenia **MASSA PINTO**, Elisa **OLIVITO**, Luciano **PATRUNO**, Laura **RONCHETTI**, Ilenia **RUGGIU**, Sara **SPUNTARELLI**, Chiara **TRIPODINA**