

*Rivista Scientifica*

# *Igiene e Sanità Pubblica*

*fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio  
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio*



*Custodit vitam qui custodit sanitatem  
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi  
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

---

## **ESTRATTO**

**in formato elettronico autorizzato dagli Autori e dall'Editore**

*Valeria Marin, Lucia Dalla Torre, Chiara Bertoncetto*

***La popolazione carceraria: aspetti normativi  
ed epidemiologici ed analisi della letteratura***

---

*Periodico bimestrale*

*Volume LVIII - N. 6 - Novembre / Dicembre 2002*

*IgSanPubbl - Issn 0019-1639*

*www.igiene.org*

---

# *Igiene e Sanità Pubblica*

---

Direttore Responsabile  
**Augusto Panà**

Direttore Editoriale  
**Armando Muzzi**

Redazione  
Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva  
Università di Roma Tor Vergata

Capiredatore  
Giuseppe Cananzi, Elisabetta Franco

Coordinatore  
Natalia Buzzi

Comitato Scientifico  
Giovanni Berlinguer, Antonio Boccia,  
Vittorio Carreri, Gaetano M. Fara,  
Bertram Flehmig, Giuseppe Giammanco,  
Antonino Gullotti, Elio Guzzanti,  
Alessandro Maida, Marck McCarthy,  
Cesare Meloni, Bruno Paccagnella,  
Walter Ricciardi, Gianfranco Tarsitani,  
Giancarlo Vanini

Segreteria di Redazione  
Iolanda Mozzetta, Vito Cerullo

Redazione Sito Internet  
Giulia Zamponi

Traduzioni a cura di  
Henrike Berg, Steffen P. Berg, Ilaria Restifo

Impaginazione e Grafica  
Ornella Fassio

*Norme editoriali in 3<sup>a</sup> di copertina.*

Hanno collaborato a questo numero  
C. Bertoncello, D. Bova, A. Burgio,  
D. Burrini, L. Dalla Torre,  
A. D'Errico, M. Divizia, D. Donia,  
L. Emberti Gialloreti, G. Guidotti,  
E. Guzzanti, G. Liotta, E. Lupi,  
M.C. Marazzi, V. Marin,  
I. Mastrobuono, A. Muzzi, P. Narciso,  
L. Palombi, A. Panà, B. Perito,  
F. Perno, M.T. Tamburrano,  
S. Vella, C. Zocchetti

---

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA È INDICIZZATA SU MEDLINE E INDEX MEDICUS.

---

## **Garanzia di riservatezza**

Il trattamento dei dati personali che riguardano Autori e Abbonati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge n. 675 del 1996 sulla Tutela dei dati personali. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'Autore o l'Abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'Editore.

---

Igiene e Sanità Pubblica - Periodico bimestrale a carattere scientifico  
Reg. Trib. di Roma n. 4198 del 19.10.1954

Proprietà artistica e letteraria riservata

Realizzato con il contributo dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata  
Accreditato SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

---

---

## Note di Approfondimento

### *La popolazione carceraria: aspetti normativi ed epidemiologici ed analisi della letteratura*

Valeria Marin, Lucia Dalla Torre, Chiara Bertoncello

Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, Università di Padova

**Parole chiave** Salute; Carcere; Malattia.

**Riassunto** Con l'entrata in vigore del d.lgs 230/1999, recante "Le disposizioni per il riordino della medicina penitenziaria", la gestione della salute della popolazione carceraria spetta in primo luogo alle ASL ed una corretta gestione della salute, basata sui bisogni reali della popolazione, non può prescindere dalla conoscenza delle caratteristiche della popolazione e del suo stato di salute. L'articolo presenta i dati disponibili sulla popolazione carceraria italiana ed un confronto con i dati forniti dalla letteratura internazionale per identificare i principali fattori di rischio ed i più frequenti problemi di salute, prima e dopo l'ingresso in carcere.

#### **Jail population : rules, epidemiological aspects and literature**

**Keywords** Health; Jail; Diseases.

**Summary** In compliance with the Legislative Decree 230/1999, about "the provisions for reorganizing Penitentiary Medicine", the management of the convicts' health is attached to the Local Health Authorities (Aziende Sanitarie Locali, ASL). A proper health management, based on the population's real needs, cannot but take into consideration the features of its users as well as their health state. The article shows figures about the Italian jail population and compares them with international data so as to detect risk factors and frequent health problems, before and after imprisonment.

#### **La population pénitentiaire: législation, épidémiologie, analyse de la littérature**

**Mots-Clé** Santé; Prison; Maladie.

**Résumé** Avec l'entrée en vigueur du Décret Législatif 230/1999, concernant "les dispositions pour le renouvellement de la médecine pénitentiaire", la gestion de la santé des incarcérés tiendra aux Collectivités Sanitaires Locales. Une gestion correcte de la santé, se basant sur les besoins réels de la population, ne peut se passer de connaître les caractéristiques de la population et son état de santé. Cet article montre les données sur la population pénitentiaire italienne, établissant une comparaison avec les données internationales afin d'identifier les facteurs de risque et les problèmes de santé les plus fréquents, avant et après l'incarcération.

#### **Gefangnisinsassen: Gesetzgebung, Epidemiologie, Literatur**

**Schlüsselwörter** Gesundheit; Gefängnis; Krankheiten.

**Zusammenfassung** Mit Inkrafttreten der Rechtsverordnung 230/1999 „Verfügungen für die Neuordnung der Strafmedizin“ rückt die Gesundheitsbetreuung von Gefangnisinsassen in den ASL (lokale Gesundheitsbetriebe) an erste Stelle. Eine korrekte Gesundheitsbetreuung, beruhend

auf dem effektiven Bedarf der Häftlinge, ist nicht ohne Kenntnis der Personaldaten und des Gesundheitszustandes dieser Personengruppe möglich. Diese Arbeit präsentiert die zur Verfügung stehenden Daten über die italienischen Gefängnisinsassen im Vergleich mit den Daten der internationalen Literatur. Hierdurch wird die Feststellung der wichtigsten Risikofaktoren und der häufigsten Gesundheitsprobleme vor und nach dem Zugang im Gefängnis ermöglicht.

### **1. Salute e detenzione: principi e aspetti normativi**

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità la salute non consiste solo nell'assenza di malattia ma in *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”* e spetta ai Governi garantire la tutela della salute dei cittadini attraverso l'adozione di *“misure sanitarie e sociali appropriate”*. La Carta di Ottawa, documento conclusivo della prima Conferenza Internazionale sulla promozione della salute, individua cinque azioni strategiche da attuare per promuovere la salute: *i. costruire politiche pubbliche per la salute; ii. creare ambienti che favoriscano scelte sane degli individui; iii. sviluppare e favorire l'azione della comunità; iv. aumentare le capacità e le risorse vitali degli individui; v. riorientare i servizi sanitari.*<sup>(1)</sup>

Se riferite alla popolazione carceraria queste definizioni porterebbero ad affermare che lo stato di detenzione, in quanto priva l'individuo della libertà, impedisce il pieno raggiungimento della *“salute”*. La promozione della salute è tuttavia concretamente realizzabile anche in carcere, perché può essere l'occasione per fornire ai detenuti le conoscenze e gli strumenti per controllare e migliorare la propria salute, aumentare le capacità e le risorse vitali dell'individuo, specialmente poi se si procede al riordino del sistema sanitario penitenziario.

Lo Stato italiano riconosce il diritto alla salute e alla sua tutela: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività... La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”* (art. 32 Costituzione Italiana). La tutela della salute è quindi un diritto anche del detenuto che non cessa di essere cittadino quando viene ristretto in un istituto penitenziario, anche se, all'interno delle carceri, numerosi limiti vengono imposti a questo diritto.

Il nostro legislatore, riconoscendo la necessità di riformare un sistema penitenziario fortemente in crisi, ha provveduto all'emanazione del d.lgs 22 giugno 1999, n. 230, recante *Disposizioni per il riordino della medicina penitenziaria* (modificato poi dal d.lgs 22 dicembre 2000, n. 433), ed il dpr 30 giugno 2000, n. 230 che contiene il *Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà.*

Il d.lgs 230/1999 costituisce una risposta all'esigenza di separare la gestione della tutela della salute da quella della sicurezza e al contempo fornire un documento organico che definisca l'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario, ne stabilisca gli obiettivi e le modalità di intervento e infine definisca il collegamento con il Ssn. Il dpr 230/1999 prevede il trasferimento delle competenze in materia sanitaria al Ministero della Salute, lasciando al Ministero di Giustizia solo le competenze in materia di sicurezza (art. 3). In questo modo si riduce il contrasto tra tutela della salute e della sicurezza e viene riconosciuto ai detenuti e agli internati, ai sensi dell'art. 1, il "diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci e appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani Sanitari Regionali e in quelli Locali". Il dpr 230/2000 pone l'accento sulle finalità delle pene (art. 27), riferendosi esplicitamente al concetto di trattamento rieducativo, che "consiste nell'offerta di interventi diretti a sostenere... gli interessi umani, culturali, professionali (dei detenuti e degli internati) [...] diretto [...] a promuovere un processo di modificazione delle condizioni e degli atteggiamenti personali, nonché delle relazioni familiari e sociali che sono di ostacolo a una costruttiva partecipazione sociale" (art. 1).

È in corso in alcune Regioni la fase sperimentale di attuazione del d.lgs che si concluderà il 31 luglio 2002. Solo dopo tale fase si procederà al riordino della medicina penitenziaria.

In previsione dell'entrata in vigore della legge è stato pubblicato un progetto obiettivo che contiene indicazioni per la gestione del passaggio di competenze previsto dal d.lgs 230/1999<sup>(2)</sup>. Questo atto segnala la necessità di studi epidemiologici che permettano di definire la condizione di salute della popolazione penitenziaria, in particolare dei tossicodipendenti, dei malati psichiatrici, degli stranieri. Afferma inoltre la necessità di rilevare i rischi di malattia, innanzitutto quelli legati alla condizione ambientale, riconoscendo nel carcere una "causa di rischi aggiuntivi per la salute fisica e psichica dei detenuti, degli internati e del personale addetto alla sorveglianza e all'assistenza".

## **2. La popolazione carceraria italiana**

Nel dicembre 2001 vi erano circa 56 mila detenuti negli istituti penitenziari italiani, 2.500 dei quali donne, a fronte di una disponibilità delle infrastrutture

che è di 35 mila posti.<sup>(2)</sup> Le strutture penitenziarie nel territorio nazionale sono circa 200.

L'Amministrazione penitenziaria mette a disposizione, nel sito internet del Ministero di Giustizia ([www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)), alcuni dati relativi alla popolazione detenuta e internata. I dati utilizzati per il presente studio sono riferiti al 31 dicembre 2001 e permettono di delineare alcune caratteristiche di questa popolazione.

Dal punto di vista del profilo dei crimini che hanno portato all'arresto o alla reclusione, i reati più frequentemente ascritti ai detenuti sono i reati contro il

patrimonio (furto, rapina, ecc., pari al 25% del totale), i reati legati alla produzione o spaccio di sostanze stupefacenti (21%) ed infine i reati contro la persona (14%).

I carcerati sono per la maggior parte soggetti giovani, in quanto il 50% ha meno di 35 anni di età e solo il 11% ne ha più di 50 (*tavola 1*).

Per quanto concerne lo stato civile, il 57% è celibe o nubile e il 34% coniugato. Il 36% dei detenuti dichiara di avere 1 o più figli ([www.caritasitaliana.it](http://www.caritasitaliana.it)). Il livello di istruzione è complessivamente basso, sicuramente inferiore alla media nazionale: il 76% possiede al massimo la licenza media inferiore; escludendo i circa 8.500 detenuti per i quali il livello di istruzione non risulta rilevato questo dato supera, sia pure di poco, il 90% (*tavola 2*).

Gli stranieri detenuti presenti in Italia al 31 dicembre 2001 erano circa 16 mila, il 29,5% del totale, quindi quasi 1 su 3, in deciso aumento rispetto a 10 anni prima,

**Tavola 1**  
**Detenuti italiani per classe di età al 15.1.2001**

Classe d'età (anni)	Tutti i detenuti	Uomini detenuti	Donne detenute
18-20	2,7%	2,7%	3,5%
21-24	9,2%	9,2%	9,0%
25-29	18,2%	18,2%	18,0%
30-34	20,2%	20,3%	19,7%
35-39	17,0%	17,1%	15,9%
40-49	20,9%	20,8%	21,3%
50-69	11,1%	11,1%	11,9%
≥ 70	0,5%	0,4%	0,5%
Non ril.	0,2%	0,2%	0,2%
<b>Totale</b>	<b>55.751</b>	<b>53.330</b>	<b>2.421</b>

Fonte: elaborazione su dati Ministero di Giustizia

**Tavola 2**  
**Detenuti italiani per livello di istruzione al 15.1.2002**

Livello di istruzione	n. detenuti	%
Analfabeta	846	1,5
Legge e scrive	4.588	8,2
Licenza elementare	16.256	29,2
Diploma media inferiore	20.829	37,4
Diploma scuola professionale	2.031	3,6
Diploma media superiore	2.162	3,9
Laurea	476	0,9
Non rilevato	8.563	15,4
<b>Totale</b>	<b>55.751</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione su dati Ministero di Giustizia

**Tavola 3**  
**Detenuti stranieri per area di provenienza**  
**al 31.12.2001**

Provenienza	Numero di stranieri	%
Unione Europea	426	2,6
Altri paesi europei	5.131	31,5
- Albania	2.674	
- Jugoslavia	915	
- Croazia	193	
- Polonia	129	
- Romania	690	
- Altri paesi europei	530	
Africa	8.362	51,3
- Algeria	1.449	
- Marocco	3.504	
- Tunisia	2.026	
- Altri paesi africani	1.383	
Asia	817	5,0
America centro-sett.	164	1,0
America meridionale	1.301	8,0
Oceania	7	0,04
Nazionalità imprecisata	86	0,6
<b>Totale</b>	<b>16.294</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione su dati Ministero di Giustizia

quando superava di poco il 10%. Limitatamente alle sole regioni del nord la percentuale dei detenuti stranieri è di circa il 50%. Il 51,3% degli stranieri proviene dal continente africano, il 31,5% da paesi europei extra Unione Europea, mentre il restante 17,2% è variamente suddiviso fra America meridionale (8%), paesi asiatici (5%), Unione Europea (2,6%) America centrale e settentrionale ed Oceania (tavola 3). Va sottolineato come il numero di stranieri negli istituti penitenziari italiani è elevato anche in relazione alla rilevanza degli arresti in proporzione alle denunce presentate: su quattro stranieri denunciati ben 3 vengono arrestati laddove questa quota è limitata al 15% nel caso di soggetti di nazionalità italiana<sup>(3)</sup>. Sul piano normativo non vi sono discriminazioni

tra detenuti stranieri e italiani, tuttavia una indagine condotta dal Cidsi (*Centro informazione detenuti stranieri in Italia*) nel 1993 attraverso l'invio di un questionario a tutti i detenuti stranieri, sono emersi rilevanti problemi concernenti l'assistenza legale, la lingua e la mancanza di una rete di riferimento sul territorio.<sup>(4)</sup>

In sintesi i detenuti in Italia sono in buona parte giovani, con basso livello di istruzione e per lo più coinvolti in fatti di microcriminalità<sup>(5)</sup>; più di un quarto sono stranieri, un quarto imputati in attesa del giudizio di primo grado. Si tratta quindi in buona misura di soggetti provenienti dalle fasce più marginali della popolazione.

### 3. Stato di salute della popolazione carceraria

Mancano nella letteratura italiana ed internazionale studi che riportino l'incidenza e la prevalenza generali delle patologie che colpiscono la popolazione detenuta nei diversi Stati. Gli studi finora pubblicati sono stati condotti su un numero limitato di soggetti (nella maggior parte dei casi corrispondente a tutta o parte della

popolazione detenuta di uno o pochi istituti penitenziari) e si sono occupati prevalentemente di malattie infettive di elevato interesse per la salute pubblica: Aids, tubercolosi, epatiti virali<sup>(6,15)</sup>, che hanno prevalenza maggiore fra i detenuti rispetto alla popolazione generale. Altri studi riportano l'elevata prevalenza di patologie psichiatriche tra la popolazione carceraria<sup>(6,19,20)</sup>.

Uno studio di più ampio respiro è quello condotto da Baillargeon e al. su una popolazione di 170.000 entranti negli istituti penitenziari del Texas (Usa)<sup>(6)</sup>. I dati sono relativi alle diagnosi effettuate nel corso della visita d'ingresso e nel periodo successivo, nell'arco di un anno di studio. Le patologie più frequentemente diagnosticate sono state in questo caso le malattie infettive (29,6%) seguite dalle malattie dell'apparato locomotore e del tessuto connettivo (15,3%), dalle malattie dell'apparato cardiovascolare (14,0%), dai disturbi mentali (10,8%), e dalle malattie dell'apparato respiratorio (6,3%). Limite dello studio è la mancata distinzione tra le diagnosi fatte all'ingresso e quelle effettuate nel successivo periodo di detenzione.

Per quanto concerne lo stato di salute della popolazione carceraria italiana, gli unici dati reperibili sono il numero dei detenuti tossicodipendenti (15.000), sieropositivi (2.500) e affetti da patologie psichiatriche (4.000), disponibili nel sito internet del Ministero di Giustizia e riportati dal Progetto Obiettivo per l'attuazione del d.lgs 230/1999<sup>(2)</sup>. Questo documento fa inoltre riferimento ad alcune patologie che colpiscono i soggetti detenuti senza tuttavia fornire dati di incidenza o prevalenza: *“Le patologie infettive, psichiatriche e gastroenterologiche sono quelle maggiormente diffuse. In particolare malattie infettive come epatiti, tubercolosi, Aids, sono motivo di grande impegno economico e per farvi fronte l'amministrazione penitenziaria ha utilizzato circa il 40% del finanziamento per l'approvvigionamento dei farmaci. Le patologie dell'apparato cardiovascolare colpiscono in carcere classi di età più basse rispetto alla società esterna (40-50 anni). Frequenti sono le malattie osteoarticolari e le broncopneumopatie croniche ostruttive... Di difficile gestione in carcere sono, inoltre, le malattie metaboliche e del ricambio...che comportano l'osservazione di un determinato regime di vita”*. Tra le patologie infettive, frequenti sarebbero la scabbia, la dermatofitosi, l'epatite A, le gastroenteriti, le infezioni respiratorie acute a carattere epidemico. Si tratta di patologie prevalentemente acquisite in carcere, così come la tubercolosi, mentre l'Aids e le epatiti non A sarebbero prevalentemente acquisite fuori dal carcere, anche se si ammette che casi di trasmissione potrebbero verificarsi durante il periodo di detenzione.

Numerosi richiami del Progetto Obiettivo fanno riferimento alla necessità di effettuare studi epidemiologici che permettano di raccogliere dati attendibili, realizzare programmi di screening, adottare sistemi di sorveglianza per le malattie infettive e definire procedure diagnostico-terapeutiche standardizzate che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati. Sembra quindi plausibile l'ipotesi che non solo manchi una raccolta e una gestione sistematica dei dati clinici ma vi siano anche limitazioni nelle pratiche diagnostiche e terapeutiche.

I pochi dati a disposizione e le dichiarazioni contenute nei documenti ufficiali non consentono di tracciare il profilo di salute della popolazione carceraria italiana. Sia pure con alcune cautele, è quindi necessario fare riferimento alle considerazioni riportate in letteratura e lette anche con riguardo alla popolazione carceraria italiana, identificando in particolare i principali fattori di rischio cui è sottoposta questa popolazione della popolazione:

a. prima dell'ingresso in carcere

- *basso livello socio economico*, in quanto la maggior parte dei detenuti era dedito a lavori a basso reddito, saltuari, o disoccupato prima della detenzione <sup>(5,6,9,16,17,23)</sup>;
- *comportamenti a rischio*, in particolare abuso di sostanze stupefacenti, prostituzione, elevato numero di partners <sup>(6,7,12,14,16,17)</sup>;
- *condizione familiare e ambientale disagiata* <sup>(9,17)</sup>;
- *difficoltà di accesso alle cure mediche*;

b. nel corso della permanenza in istituti di detenzione

- *sovraffollamento* <sup>(6,9,10)</sup>; le strutture penitenziarie italiane hanno la possibilità di ospitare solo il 66% circa dei detenuti e internati presenti; Il sovraffollamento riduce lo spazio vitale dei carcerati con ripercussioni sulle condizioni igieniche, sull'equilibrio psicologico e favorisce rapporti promiscui <sup>(22)</sup>; limita inoltre la possibilità dei detenuti di accedere al lavoro, alle attività ricreative, ai corsi di formazione, per insufficienza di spazio e di personale (agenti di polizia penitenziaria, educatori...) <sup>(5)</sup>;
- *cattive condizioni igieniche* <sup>(6,9,22)</sup>;
- *mancanza di un adeguato controllo della temperatura ambientale* <sup>(3)</sup>;
- *elevato turn over dei detenuti*, che rende difficile l'identificazione dei soggetti affetti da malattie infettive e il controllo dei contatti <sup>(6,10,11,24)</sup>;

- comportamenti a rischio;
- scambio di aghi e siringhe <sup>(12-15,24-26)</sup>;
- promiscuità e rapporti omosessuali <sup>(22,26)</sup>;
- violenze sessuali <sup>(22,26)</sup>;
- tatuaggi <sup>(15,16,25,27-29)</sup>;
- scorretta alimentazione <sup>(22,23)</sup>;
- elevato stress psicologico, che può sfociare nei così detti eventi critici, non sempre segnalati (atti di aggressione, manifestazioni di protesta, episodi di autoleisionismo, tentati suicidi, suicidi, evasioni) <sup>4,6,19,22,23,26</sup>.

I detenuti e gli internati in Italia possono usufruire di sei colloqui al mese della durata di un'ora, a cui possono partecipare non più di tre persone; possono essere concessi colloqui anche al di fuori dei limiti stabiliti qualora si tratti di soggetti gravemente malati o con figli di età inferiore ai dieci anni "ovvero quando ricorrano particolari circostanze" (art. 37 Dpr 230/2000); gran parte dei detenuti si dichiarano insoddisfatti delle modalità con cui avvengono i colloqui <sup>(5,22)</sup> e la visita ad un familiare detenuto può essere inoltre difficoltosa dato che solo il 60% dei detenuti vede riconosciuto il principio di territorializzazione della pena ([www.caritasitaliana.it](http://www.caritasitaliana.it)).

Il comitato dei diritti umani delle Nazioni Unite ha richiamato nel 1994 l'Italia per il "crescente numero di casi di maltrattamento nelle carceri". Sono numerose le segnalazioni di maltrattamenti inviate ad Amnesty International e riportate nei rapporti annuali dell'associazione <sup>(5)</sup>. Secondo tali segnalazioni i maltrattamenti hanno coinvolto con maggiore frequenza immigrati di colore, nomadi, tossicodipendenti, in particolare nelle prime ore successive al fermo e durante la fase della custodia cautelare. <sup>(4)</sup>

Alcuni dati presenti nella letteratura soprattutto internazionale relativi alle patologie diagnosticate fra la popolazione carceraria negli studi finora condotti sono di seguito confrontati, quando possibile, con le informazioni messe a disposizione dal Ministero della Giustizia.

#### *Aids*

La prevalenza dei soggetti sieropositivi per Hiv nei diversi istituti penitenziari degli USA varia dall'1 al 22 per cento e risulta maggiore tra la popolazione femminile <sup>(12)</sup> e le minoranze etniche. <sup>(6,12,14)</sup> Tra i tossicodipendenti questo dato è più elevato, compreso tra il 5 e il 40 per cento nella maggior parte degli studi condotti in diverse nazioni ed anche più elevato in Spagna 40%. <sup>(14)</sup>

I sieropositivi negli istituti penitenziari italiani sono stimati in circa 2.500 (5% circa della popolazione totale)<sup>(2)</sup>, ma va considerato che il numero di detenuti e internati sottoposti al test per l'Hiv è limitato. Delle 78.000 persone entrate in carcere nel corso del 2001 solo il 37,7% ha accettato di sottoporsi al test ed unicamente l'1,3% di costoro è risultato positivo. I soggetti Hiv positivi accertati presenti al 31 dicembre 2001 erano 1.421 di cui 327 (23%) sintomatici e 169 (12%) affetti da malattie indicative di Aids.

Un deterrente all'esecuzione del test sarebbe rappresentato dal timore o dalla certezza che il personale non sanitario venga messo a conoscenza del risultato e che questo diventi motivo di discriminazione nei confronti dei soggetti sieropositivi<sup>(7)</sup>.

La trasmissione dell'Hiv in carcere<sup>(6,13,15)</sup> avviene principalmente attraverso lo scambio di aghi e siringhe. Il 38-50% dei tossicodipendenti continua ad assumere sostanze per via endovenosa all'interno dell'istituto penitenziario<sup>(13,15,24)</sup>. La scarsa disponibilità porta allo scambio tra molti detenuti, fino a quaranta<sup>(13)</sup> e non è eccezionale l'utilizzo di oggetti impropri per l'iniezione<sup>(26)</sup>. Nonostante numerosi studi abbiano dimostrato che la maggior parte dei tossicodipendenti sia interessato a conoscere il proprio stato sierologico e sa ridurre i comportamenti a rischio, in particolare lo scambio di siringhe, in carcere il bisogno della sostanza supera la paura della trasmissione di infezioni<sup>(13)</sup>, rendendo in questi casi l'esperienza carceraria il principale fattore di rischio di infezione da Hiv<sup>(13-15)</sup>.

#### *Epatiti virali*

Nello studio condotto da Baillargeon e al. l'epatite rappresenta la quinta patologia in ordine di frequenza (5% delle patologie diagnosticate).<sup>(6)</sup> Non sono invece disponibili dati relativi alla prevalenza di epatiti nelle carceri italiane. Come l'infezione da Hiv così l'infezione da Hcv è più diffusa tra i detenuti tossicodipendenti. In uno studio condotto in cinque prigioni scozzesi i detenuti risultati positivi per Hcv sono stati il 49% tra i tossicodipendenti contro il 3% tra i restanti detenuti. Non sono disponibili in letteratura dati sufficienti riguardo la trasmissione di Hcv e Hbv in carcere<sup>(36)</sup>; è noto che può avvenire attraverso i rapporti sessuali<sup>(16,17,25)</sup>, incidenti che comportino il contatto con sangue infetto<sup>(52)</sup>, le procedure di tatuaggio<sup>(16,27-29)</sup>. Tuttavia anche in questo caso sembra che la causa principale sia rappresentata dallo scambio di aghi e siringhe<sup>(16,17,25)</sup>. La possibilità di accedere al trattamento terapeutico da parte dei detenuti affetti da epatite è in molti casi preclusa a causa dell'assunzione di sostanze stupefacenti, alcol, psicofarmaci<sup>(7,16,17,25)</sup>.

#### *Sifilide, gonorrea, infezione da chlamydia*

Alcuni studi condotti negli USA dimostrano che la prevalenza di queste patologie tra le donne detenute è elevata. L'infezione da gonococco colpisce in carcere una percentuale di donne che varia dal 5% al 10%, l'infezione da chlamydia dal 10% al 27%, l'infezione da treponema pallido fino al 35%. Poche informazioni sono però disponibili riguardo alla prevalenza tra la popolazione maschile detenuta e riguardo alla diagnosi e al trattamento di queste infezioni all'interno degli istituti penitenziari <sup>(18,21)</sup>.

#### *Tubercolosi*

La prevalenza dell'infezione da *Mycobacterium tuberculosis* è più elevata tra i detenuti rispetto alla popolazione generale <sup>(9,11)</sup>, il suo valore varia dal 10% al 56% <sup>(6,8,11)</sup> ed è in relazione alla prevalenza dell'infezione tra la popolazione della nazione in cui l'istituto penitenziario è ubicato. Secondo alcuni autori il carcere costituirebbe la principale fonte di mantenimento dell'endemia <sup>(9)</sup>. La trasmissione dell'infezione in carcere è stata dimostrata da diversi studi <sup>(8,10,11,33,34)</sup> che legano il rischio di trasmissione a sovraffollamento <sup>(8,10,11)</sup>, cattive condizioni igieniche <sup>(6,9)</sup>, mancata individuazione delle fonti di infezione <sup>(9)</sup>, ritardo diagnostico <sup>(10,34)</sup>, elevato turn over dei detenuti (che comporta che molti carcerati affetti da tubercolosi attiva vengano rilasciati prima che venga formulata la diagnosi) <sup>(8,10,11)</sup>, elevata prevalenza di soggetti Hiv positivi <sup>(11)</sup>, che rappresenta un problema per la diagnosi e il trattamento della tubercolosi <sup>(8,9)</sup>. Il trattamento della tubercolosi in carcere è reso negli ultimi anni ancora più difficile dalla diffusione di micobatteri multi resistenti ai farmaci <sup>(8,9)</sup>. Il primo caso riportato in letteratura risale al 1991, si verificò in una prigione dello stato di New York (USA) e causò la morte di quattro detenuti <sup>(8)</sup>.

#### *Disturbi psichiatrici*

Alcuni autori inglesi e statunitensi hanno rilevato nei loro studi un'elevata prevalenza dei disturbi psichiatrici tra la popolazione carceraria, prevalenza che è aumentata progressivamente nell'ultimo decennio, nello stesso arco di tempo il numero di accessi agli ospedali-reparti psichiatrici, è andato invece diminuendo, facendo supporre che le prigioni siano diventate il nuovo luogo di segregazione dei soggetti affetti da patologie psichiatriche <sup>(6,19,20)</sup>. La prevalenza di questi soggetti è superiore tra la popolazione femminile detenuta e tra i carcerati in attesa di giudizio. In uno studio condotto in Inghilterra e Galles su una popolazione di detenuti condannati, la diagnosi di disturbo psichiatrico è stata formulata per il

44,7% dei maschi e il 65,6% delle femmine <sup>(20)</sup>; Brooke e al. hanno rilevato una prevalenza del 63% tra i detenuti maschi in attesa di giudizio <sup>(19)</sup>.

Il disturbo più frequentemente diagnosticato è l'abuso di sostanze, 23-44% delle diagnosi, rilevante è anche il numero di diagnosi di nevrosi e di disturbi della personalità. La prevalenza di psicosi varia dal 2% al 6% nelle popolazioni detenute in diversi istituti penitenziari, risultando fino a cinque volte maggiore rispetto al dato rilevato nella popolazione generale. <sup>(19,20)</sup>

Per quanto concerne l'abuso di sostanze il numero di soggetti affetti (33-48%) è probabilmente sottostimato in quanto il detenuto non ha interesse a dichiararsi tossicodipendente perché quasi mai in carcere gli viene fornito sostegno quando si manifesta una crisi di astinenza ed inoltre questa ammissione porterebbe alla perquisizione della cella ed ad una più attenta perquisizione delle persone che si recano a fargli visita. <sup>(14,15,20,24)</sup>

In Italia, al 31 dicembre 2001, i tossicodipendenti detenuti negli istituti penitenziari erano il 27,9% della popolazione carceraria, l'11% di costoro era in trattamento con metadone mentre gli alcool dipendenti erano l'1,4% della popolazione detenuta. In ogni caso il Progetto Obiettivo per l'attuazione del d.lgs 230/1999 fa riferimento a 4000 malati affetti da disturbi psichiatrici (comprendendo i soggetti ristretti in ospedali psichiatrici giudiziari e detenuti).

#### *Ulteriori casistiche*

Essere recluso in un istituto penitenziario ha come conseguenza la modificazione psichica e fisica dell'individuo, secondo quanto emerge in uno studio condotto nel 1986 nel carcere di Lione <sup>(22)</sup>. Il corpo subisce cambiamenti che interessano soprattutto i sensi. Il 40% dei detenuti dopo otto mesi dall'ingresso lamenta la perdita dell'olfatto. Il 31% dopo quattro mesi e il 50% dopo un anno riferisce la comparsa di disturbi visivi, legati probabilmente alle condizioni di illuminazione diurne e notturne e alla "segregazione dello sguardo" costretto ad una messa a fuoco continua su brevi distanze. L'acutezza uditiva risulta invece esasperata nel 60% dei soggetti dopo otto mesi dall'ingresso. Circa un quarto degli entranti, infine, soffre di vertigine, il 18% dopo il primo anno di reclusione. Riguardo allo stato psicologico molti detenuti lamentano la perdita di energia (60%), la solitudine (60%), l'incapacità di concentrarsi (35%), i vuoti di memoria (40% dei detenuti all'ingresso e 50% dopo sei mesi di reclusione), la sensazione di non valere niente (33%), la sensazione di freddo (28%). A questo si aggiunge la

mancanza di appetito (44%) e i disturbi del sonno (51%) che sono in parte responsabili dell'elevato consumo di psicofarmaci in carcere. Ricorrenti sono lo sciopero della fame e della sete, gli episodi di autolesionismo (i tagli, l'incorporazione di oggetti di qualsiasi tipo, spesso taglienti), i tentati suicidi, le ferite inferte nel corso di aggressioni. Una rilevante difficoltà diagnostica è infine rappresentata dalla simulazione.<sup>(2,23)</sup>

#### 4. Conclusioni

Le analisi riportate consentono di tracciare un quadro approssimativo, ma soprattutto indiretto, delle condizioni di salute e dei fattori di rischio della popolazione carceraria. In accordo con quanto riportato nel Progetto Obiettivo per l'attuazione del d.lgs 230/1999 il primo passo verso una corretta gestione della salute negli istituti penitenziari italiani è la conoscenza dello stato di salute della popolazione carceraria e dei suoi determinanti.

L'adozione di un sistema di indicatori di salute in ambito penitenziario, ad oggi ancora assente, appare la necessaria conseguenza di tale disposto normativo. Ciò permetterebbe di:

- tracciare il profilo di salute dei detenuti e internati e consentire un approccio sistemico alla salute del carcerato, centrato sui bisogni di salute reali;
- adottare protocolli diagnostici basati sull'evidenza;
- programmare interventi mirati di promozione/educazione sanitaria;
- definire procedure di screening e vaccinali;
- valutare i risultati conseguiti.

La buona riuscita del progetto non può prescindere dalla collaborazione di tutte le figure professionali che operano nella sanità penitenziaria. Come esplicitamente evidenziato in letteratura, progetti di questo tipo possono avvantaggiarsi delle competenze che gli istituti universitari offrono in ambito di ricerca, se attuati in sinergia con chi opera in ambito penitenziario.

Ciò sarà realizzabile soprattutto superando la cultura della separazione, che vede il carcere come luogo estraneo alla società<sup>(30)</sup>, con la conseguenza che la società non lo riconosce come sua espressione e chi lo amministra è restio a renderlo accessibile dall'esterno.

Spetta alle Asl raccogliere questa che è insieme una sfida e un'opportunità per raggiungere una fascia della popolazione in cui sono elevati i fattori di rischio e

più elevata appare la prevalenza di malattie. La gestione del Servizio Sanitario Penitenziario ad opera delle Asl permetterà di garantire ai detenuti la continuità assistenziale auspicata dal Progetto Obiettivo, conseguendo importanti risultati non solo per quanto concerne lo stato di salute dei detenuti e degli internati, ma anche la riduzione del recidivismo <sup>(32)</sup>.

### Bibliografia

- (1) WHO: "The Ottawa Charter for Health Promotion". Geneva, 1986.
- (2) Decreto Ministro della Sanità 21 aprile 2000. *Progetto Obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario in attuazione del Dlgs 230 del 22-6-1999*.
- (3) "Studi e immigrazione" n. 131, 1998 CSER Roma.
- (4) Caritas italiana e Fondazione Zancan. *I bisogni dimenticati, Rapporto 1996 su emarginazione ed esclusione sociale*, Feltrinelli, Milano, 1997.
- (5) Coordinamento Enti e Associazioni di Volontariato Penitenziario (Seac). *La qualità di vita in carcere*. Atti del 28° convegno nazionale, Roma, 11-13-settembre 1995.
- (6) Baillargeon J, Black SA, Pulvino J, Dunn K. *The disease profile of Texas prison inmates*. Ann. Epidemiol. 2000; 10:74-80.
- (7) Castle White M. *Identifying infectious disease in prisons: surveillance, protection and intervention*. West J. Med. 1999; 170:177.
- (8) Valway SE, Richards SB, Kovacovich J, Greifinger RB, Crawford JT, Dooley SW. *Outbreak of multi-drug-resistant tuberculosis in New York State prison, 1991*. Am. J. Epidemiol. 1994; 140:113-122.
- (9) Sanches VM, Alvares-Guisasola F, Cayla J, Alvarez J. *Predictive factors of Mycobacterium tuberculosis infection and pulmonary tuberculosis in prisoners*. Int. J. Epidemiol. 1995; 24:630-636.
- (10) MacIntyre CR, Kendig K, Kummer L, Birago S et al. *Unrecognised transmission of tuberculosis in prison*. Eur. J. Epidemiol. 1999; 15:705-709.
- (11) McIntyre CR, Carnie J, Randal M. *Risk of transmission of tuberculosis among inmates of an Australian prison*. Epidemiol. Infect. 1999; 123:445-450.
- (12) Behrendt C, Kendig N, Dambita C, Horman J et al. *Voluntary testing for human immunodeficiency virus (HIV) in a prison population with a high prevalence of HIV*. Am. J. Epidemiol. 1994; 139:918-926.
- (13) Muller R, Stark K, Guggenmoos Holzmann I et al. *Inprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug user*. AIDS 1995; 9:183-190.
- (14) Martin V, Cayla JM, Moris ML et al. *Predictive factors of HIV-infection in injecting drug users upon incarceration*. Eur. J. Epidemiol. 1998; 14:327-331.
- (15) Taylor A, Goldberg D, Emslie J, Wrench J et al. *Outbreak of HIV infection in a Scottish prison*. BMJ 1995; 310:289-292.
- (16) Ruiz JD, Molitor F, Sun RK, Mikanda J et al. *Prevalence and correlates of hepatitis C virus infection among inmates entering the California Correctional System*. West J. Med. 1999; 170:156-160.

- (17) Reindollar RW. *Hepatitis C and correctional population*. Am. J. Med. 1999; 107:100S-103S.
- (18) Evens A, Kee R, Broussard D, Anderson K et al. *High prevalence of chlamydial and gonococcal infection in women entering jails and juvenile detention centers-Chicago, Birmingham and San Francisco, 1998*. JAMA 1999; 282:1417-1418.
- (19) Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. *Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales*. BMJ 1996; 313:1524-1527.
- (20) Gunn J. *Future directions for treatment in forensic psychiatry*. Br. J. Psychiatry 2000; 176:332-338.
- (21) CDC. *Assessment of sexually transmitted disease services in city and country jails-United States, 1997*. MMWR 1998; 47:429-431.
- (22) Gonin D. *Il corpo incarcerato*. Edizioni Gruppo Abele, Torino 1994.
- (23) Albertini A, Decio P, Riva M. *Prevenzione sanitaria nelle carceri: indagine e intervento nutrizionale presso la casa circondariale di Pavia*. Difesa Sociale 1988; 4:97-104.
- (24) Gill O, Noone A, Heptonstall J. *Imprisonment, injecting drug use, and bloodborne viruses*. BMJ 1995; 310:275-276.
- (25) Gore SM, Bird AG, Cameron S et al. *Prevalence of hepatitis C in prisons: WASH-C surveillance linked to self-reported risk behaviours*. QJM 1999; 92:25-32.
- (26) Perucci CA, Michelozzi P, Arcà M. *Test obbligatorio per infezioni HIV nella popolazione carceraria: valutazione di efficacia di un programma di screening*. Epidemiol. Prev. 1991; 46:28-36.
- (27) Sun DX, Zhang FG, Geng YQ. *Hepatitis C transmission by cosmetic tattooing in women*. Lancet 1996; 347:541.
- (28) Doufur A, Alary M, Poulin C et al. *Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec city*. AIDS 1996; 10:1099-15.
- (29) Rotily M, Delorme C, Obadia Y et al. *Survey of French prison found injecting drug use and tattooing occurred*. BMJ 1998; 316:777.
- (30) Buffa P. *Se il carcere è anche del territorio*. Animazione Sociale 2001; 1:84-87.
- (31) Dianziani F. *Il libro italiano dell'AIDS*, McGraw-Hill, 1994.
- (32) Skolnick AA. *Correctional and community health care collaboration*. JAMA 1998; 279:98-99.
- (33) March F, Coll P, Guerrero RA, Busquets E et al. *Predictors of tuberculosis transmission in prison: analysis using conventional and molecular methods*. AIDS 2000; 14:525-535.
- (34) Jones TF, Craig AS, Valway SE et al. *Transmission of tuberculosis in a jail*. Ann. Inter. Med. 1999; 131:557-563.

Referente: Prof. Valeria Marin  
Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica  
Università degli Studi di Padova  
Via Loredan, 18 - 35100 Padova  
Tel 049-8275406 – e-mail [valeria.marin@unipd.it](mailto:valeria.marin@unipd.it)

**Editoriale****A. Panà, A. Muzzi**

- Le linee guida per la prevenzione sanitaria e per l'organizzazione del Dipartimento di prevenzione delle Asl ..... 389

**Note di Politica Sanitaria****E. Guzzanti, I. Mastrobuono, D. Bova**

- Gli anziani e la non autosufficienza: una sfida sanitaria, sociale e finanziaria ..... 393

**Parte Scientifica e Pratica****C. Zocchetti**

- Tra maschi e femmine chi consuma più risorse sanitarie? ..... 401

**A. Burgio, A. D'Errico, M.T. Tamburrano**

- Il sistema ospedaliero del Servizio Sanitario Nazionale: efficienza e appropriatezza a livello regionale ..... 413

**M.C. Marazzi, L. Palombi, L. Emberti Gialloreti, G. Guidotti,****G. Liotta, F. Perno, S. Vella, P. Narciso**

- Primi risultati del Programma DREAM (Drug Resources Enhancement against AIDS in Mozambique) in Mozambico ..... 431

**Note di Approfondimento****V. Marin, L. Dalla Torre, C. Bertonecello**

- La popolazione carceraria: aspetti normativi ed epidemiologici ed analisi della letteratura ..... 441

**D. Donia, M. Divizia, A. Panà, D. Burrini, E. Lupi, B. Perito**

- Applicazione dei parametri obbligatori ed accessori nel controllo di acque di diversa origine ..... 455

**Note di Documentazione****Conferenza Stato-Regioni:**

- Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali  
Repertorio Atti n. 1493 del 25 luglio 2002 (testo integrale) ..... 467

- Indice generale per Sezioni e Rubriche - Vol. LVIII** ..... 478