Si è conclusa a Viterbo la Conferenza europea sulla salute negli istituti di pena

Le carceri malate d'Europa

Sono «concentratori di patologie» - Allarme donne: il 63% ha un'infezione

Le carceri europee sono un "non luogo". Spazi per lo più esclusi dai sistemi di sorveglianza sanitaria, «concentratori di patologie» in cui la prevalenza di Hiv ed epatiti è da dieci a venti volte superiore rispetto alla società esterna, zone franche dove i diritti umani smettono di avere cittadinanza. La denuncia è arrivata dalla Conferenza europea 2012 su malattie infettive, politiche di riduzione del danno e diritti umani in prigione, promossa a Viterbo dal 26 al 28 settembre dagli infettivologi della Simit e dai medici penitenziari della Simspe.

In Italia come negli altri Paesi Ue i detenuti sono cittadini di serie B: "ultimi" che entrano ed escono dagli istituti di pena (il fenomeno deplorevole delle "porte girevoli"), emarginati senza tutele né servizi in grado di interrompere il circolo vizioso e offrire loro reali chance di reinserimento. «Il carcere - spiegano i presidenti della Conferenza, **Roberto Monarca** ed **Evangelista Sagnelli** - continua a essere un grande contenitore di malattie infettive sia perché accoglie al suo interno un'elevata quota di persone, tossicodipendenti, prostitute, cittadini provenienti da zone a elevata endemia, sia perché al suo interno permangono comportamenti e situazioni che possono ulteriormente diffondere le infezioni sia all'interno sia all'esterno, durante i permessi premio e le scarcerazioni».

Il messaggio è chiaro: le prigioni sono ghetti, sì, ma comunicano abbondantemente con ciò che è fuori. «C'è una scarsa consapevolezza del fatto che la salute e il benessere dei detenuti riguardano la salute pubblica nel suo insieme», dice **Stefan Enggist**, responsabile carcere e salute dell'Oms Europa. «Nei Paesi con alti tassi di tubercolosi uno dei vettori dell'epidemia possono essere le prigioni nella misura in cui mancano accurate misure di prevenzione, diagnosi e trattamento. Lo stesso può valere per le epatiti e l'Hiv-Aids». È anche per questo che bisognerebbe assicurare ai detenuti la stessa qualità delle cure.

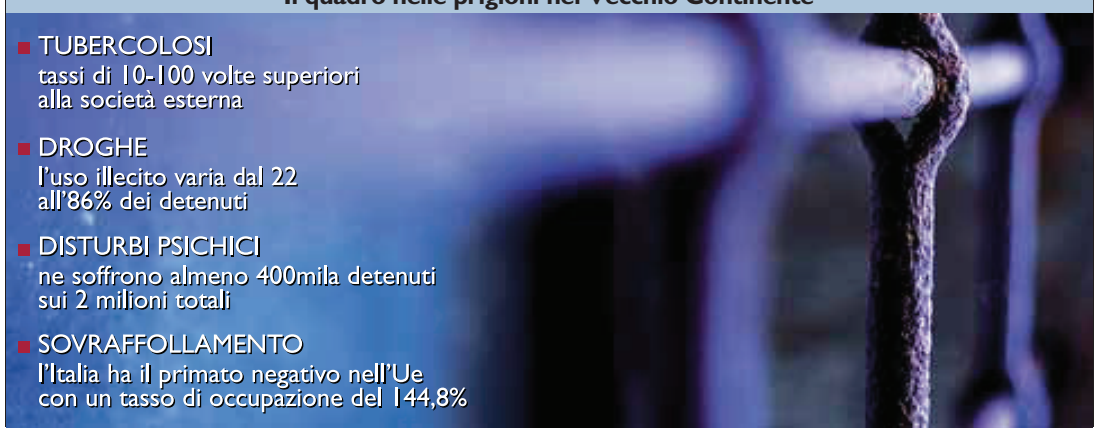
Monarca e Sagnelli avvertono: «Non possiamo illuderci che la tubercolosi, che coinvolge circa il 30% dei detenuti in Italia, non travalichi le mura del carcere, così come non dobbiamo dimenticare che solo un detenuto su tre è esente da patologie trasmissibili, tra le quali l'epatite C è in assoluto la più diffusa». A ricordarlo sono i dati preliminari dello studio "La salute non conosce confini", condotto dalle due società scientifiche e dal Network persone sieropositive con il supporto incondizionato di Gilead e tuttora in corso in 19 istituti italiani, da cui emerge che quasi il 33% dei detenuti ha il virus Hcv e che Hbv e Hiv colpiscono tra 10 e 20 volte di più dentro le carceri che fuori, con una prevalenza rispettivamente del 5,3 e del 5,8%.

Dati che allarmano. Come quelli sulle donne: il 63,7% del totale di quelle sottoposte ai test di screening infettivologico (anti-Hiv, HbsAg, anti-Hcv, Lue e tubercolina) - che a loro volta rappresentano il 5,4% delle 2.291 persone detenute in cinque carceri - è risultato positivo per almeno uno dei test eseguiti, contro il 34% degli uomini. La prevalenza di Hiv è dell'8,1% contro il 5,5% degli uomini, quella di epatite B del 12,1% contro il 3,6% degli uomini.

Per **Sergio Babudieri**, presidente Simspe, «è la conferma di quanto il carcere sia un concentratore di patologia sociale, clinica ed epidemiologica». La sempre maggiore trasmissione per via eterosessuale di queste patologie e l'abitudine a pratiche scorrette, come lo scambio di siringhe e di aghi per i tatuaggi anche in carcere, espongono le donne a un rischio doppio. «Non si possono più scindere i diversi diritti in gioco», affermano gli esperti. Né mettere la testa sotto la sabbia: «Quello che sta emergendo dallo studio - conclude Babudieri - è soltanto la punta di un iceberg, di cui non conosciamo l'entità. Serve una politica chiara e comune delle Regioni per arrivare a eseguire i test di screening ad almeno l'80% dei detenuti».

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Più detenzione, più recidive? Una ricerca lo scoprirà

In Italia l'82,6% delle condanne viene scontato in carcere, in Francia e in Gran Bretagna soltanto il 26%: il resto dei condannati usufruisce dell'esecuzione penale esterna. Basterebbe questo dato, unito a quello del sovraffollamento (66.384 detenuti a fronte di una capienza regolamentare di 45.572), a spiegare l'emergenza. La stessa che ha spinto il capo dello Stato, **Giorgio Napolitano**, a prendere carta e penna per dire che le nostre carceri sono uno spettacolo «indegno» che «ferisce la credibilità» dell'Italia, invitando le Camere a pensare a «provvedimenti di clemenza» (amnistia e indulto) e a introdurre «pene alternative».

Per studiare possibili soluzioni l'Einaudi Institute for Economics and Finance, il Crime Resarch Economic Group e il Sole-24 Ore, in collaborazione con il ministero della Giustizia, hanno avviato un'indagine. Obiettivo: misurare «in termini rigorosamente scientifici» - ha precisato la Guardasigilli **Paola Severino** - quanto e in che misura i diversi tipi di espiazione della pena incidono sulla recidiva». Qualche stima già c'è. Nel 2007 è stato stimato che chi resta tutto il tempo in cella ripete atti criminosi tre volte più di chi sconta la condanna con misure alternative (il 68,5% contro il 19%). E la recidiva costa: la diminuzione di un solo punto percentuale corrisponde a un risparmio di circa 51 milioni di euro l'anno.

D'altronde, l'Italia non ha brillato finora: il numero complessivo delle pene alternative è stabile dal 2006, ma oggi ci sono 5mila detenuti in più e si è registrato un crollo degli affidamenti in prova di circa il 50%. Come se non bastasse, la crisi ha bloccato gli sgravi fiscali previsti dalla legge Smuraglia per favorire il lavoro dei detenuti, oggi appannaggio di soli 13mila, oltre 10mila dei quali alle dipendenze del Dap.

«Negli ultimi anni - ha ricordato Severino - davanti a molti episodi criminosi la prima reazione è stata quella di chiedere un innalzamento delle pene e ciò ha comportato uno sbilanciamento del sistema penale e carcerario. Il passaggio dall'emotività alla razionalità è importante. Bisogna convincere l'opinione pubblica del fatto che le misure alternative e il lavoro carcerario non sono un pericolo, ma una soluzione». *(M.Per.)*

PIANO D'AZIONE DELL'OMS 2012-16

Malattie croniche: una nuova strategia Ue

Politiche fiscali e marketing mirato per promuovere consumi sani, riduzione della presenza di sale negli alimenti e sostituzione dei grassi saturi contenuti nei cibi sostituendoli con i grassi polinsaturi, controllo dei rischi cardio-metabolici e prevenzione del cancro attraverso una diagnosi precoce. Sono i cinque assi messi sul tavolo dall'Oms, con il nuovo «Piano d'azione per l'implementazione della strategia per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche 2012-2016». Sullo sfondo del documento strategico varato da Oms Europa ci sono cambiamenti in atto, che negli ultimi anni hanno rivoluzionato il concetto stesso di salute: le crescenti disuguaglianze sanitarie all'interno dei confini nazionali e tra i diversi Paesi europei, il riemergere di minacciose malattie infettive, l'impatto della globalizzazione e le nuove tecnologie, il processo di invecchiamento della popolazione, la sostenibilità dei sistemi sanitari, l'evoluzione del ruolo dei cittadini e il graduale percorso di empowerment.

Fari puntati su sale e grassi trans

Il documento Oms si concentra su disturbi cardiovascolari, cancro, malattia polmonare cronica ostruttiva e diabete, che rappresentano il gruppo di malattie croniche maggiormente presenti in Europa. E sui loro principali fattori di rischio (tabagismo, alcolismo, alimentazione scorretta e inattività fisica). Nel vecchio continente, le malattie non trasmissibili (più in senso lato) rappresentano quasi l'86% dei decessi e il 77% del carico di malattia. Cifre che si traducono in una pressione crescente sui sistemi sanitari, sullo sviluppo economico e sul benessere di gran parte della popolazione, in particolare degli ultracinquantenni.

Il piano d'azione si articola in quattro settori prioritari, cinque interventi e due interventi di sostegno.

I quattro settori di intervento prioritari sono: governance per le malattie croniche (costruzione di reti e alleanze, responsabilizzazione dei cittadini); rafforzamento di sorveglianza, monitoraggio, valutazione e ricerca; promozione della salute e prevenzione; riorientamento dei servizi sanitari verso la prevenzione e la cura delle malattie croniche.

Le cinque priorità di intervento si concentrano su: promozione del consumo sano attraverso politiche fiscali e di marketing; eliminazione dei grassi trans nei prodotti alimentari (e la loro sostituzione con grassi polinsaturi); riduzione del sale; valutazione cardio-metabolica dei rischi; diagnosi precoce del cancro.

Infine due interventi di «sostegno» per promuovere legami intersettoriali (la salute in tutte le politiche) con l'azione sui determinanti ambientali di malattie non trasmissibili e la promozione della mobilità attiva.

La leva fiscale in particolare è individuata come arma fondamentale per scoraggiare il consumo di alcol (un forte fattore di rischio per le malattie non trasmissibili, ma anche un'importante causa indipendente di morbilità e mortalità connessa con dipendenza, violenza e lesioni), fumo e consumo di prodotti alimentari trasformati contenenti dosi eccessive e «nascoste» di zuccheri, sale e grassi saturi. Le famose «tasse sulle merendine» di cui spesso si sente parlare. Si tratta infatti di alimenti generalmente destinati ai bambini e responsabili di un'allarmante diffusione dell'obesità e del sovrappeso, soprattutto tra i minori appartenenti agli strati sociali più bassi.

Gli stessi acidi grassi trans contribuiscono alle malattie cardiache, aumentando il cosiddetto cattivo colesterolo. Questi grassi si trovano in prodotti che contengono oli idrogenati che consentono una conservazione più lunga e una consistenza più agevole per ristoranti e robot da cucina. Ma le tasse potrebbero non bastare e il rischio è sempre quello di penalizzare gravemente segmenti economici e imprese. L'ideale sarebbe infatti lavorare in tandem con l'industria e stabilire un calendario per la rimozione dei grassi trans dai prodotti alimentari destinati al mercato Ue.

L'arma delle tasse contro alcol e fumo

Altro capitolo alimentare da affrontare è la riduzione dei danni da sale: la dose consigliata, da non superare, sarebbe di meno di 5 g per persona al giorno.

Ma l'assunzione di sale giornaliera nella maggior parte dei Paesi supera la raccomandazione dell'Oms, e il sale in alimenti trasformati è una fonte primaria. Il problema è che c'è una relazione diretta «dose-risposta» tra sale e aumento della pressione arteriosa. Diminuendo l'assunzione di sale si riduce invece il rischio a lungo termine di eventi cardiovascolari e ictus. Si stima, per esempio, che la riduzione della presenza di sale nella dieta da 10 grammi a 5 grammi al giorno comporterebbe una riduzione del tasso globale di ictus del 23% e dei tassi di malattie cardiovascolari del 17 per cento.

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA