



Servizi di assistenza sanitaria in carcere

*Estratto dal 3° Rapporto Generale del CPT,
pubblicato il 1993*

30. I servizi di assistenza sanitaria per le persone private della propria libertà costituiscono materia di diretta pertinenza al mandato del CPT¹. Un livello inadeguato di assistenza sanitaria può portare rapidamente a situazioni che ricadono nella sfera del termine “trattamenti inumani e degradanti”. Inoltre, il servizio di assistenza sanitaria in un dato istituto può potenzialmente giocare un ruolo importante nel combattere i maltrattamenti, sia negli istituti che altrove (in particolare nelle stazioni di polizia). Per di più, è in grado di dare un impatto positivo sulla qualità complessiva della vita negli istituti nei quali opera.

31. Nei paragrafi seguenti, sono descritte alcune delle questioni principali seguite dalle delegazioni del CPT durante l'esame dei servizi di assistenza sanitaria nelle carceri. Comunque, il CPT desidera innanzitutto chiarire l'importanza che attribuisce al principio generale – già riconosciuto nella maggior parte, se non in tutti i paesi visitati dal Comitato fino a oggi – che i detenuti hanno diritto allo stesso livello di assistenza medica delle persone che vivono nella comunità esterna. Questo principio è insito nei diritti fondamentali della persona.

32. Le considerazioni che hanno guidato il CPT durante le sue visite ai servizi di assistenza sanitaria in carcere possono essere esposte sotto i seguenti titoli:

- a. Accesso a un medico
- b. Uguaglianza della cura
- c. Consenso del paziente e riservatezza
- d. Assistenza sanitaria preventiva
- e. Assistenza umana
- f. Indipendenza professionale
- g. Competenza professionale.

A. Accesso a un medico

33. Al momento dell'entrata in carcere, tutti i detenuti devono senza ritardo essere visti da un membro del servizio di assistenza sanitaria dell'istituto. Nei suoi rapporti fino a oggi il CPT ha raccomandato che ogni detenuto appena arrivato sia opportunamente intervistato e, se necessario, esaminato fisicamente da un medico appena possibile subito dopo il suo ingresso. Va aggiunto che, in alcuni paesi, lo screening medico all'arrivo è svolto da un infermiere specializzato, che relaziona al medico. Quest'ultimo approccio può essere considerato come un uso più efficiente delle risorse disponibili².

¹ Occorre fare anche riferimento alla raccomandazione N. (98) 7 riguardante gli aspetti etici e organizzativi dell'assistenza sanitaria in carcere, adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa l'8 aprile 1998.

² Questa esigenza è stata successivamente riformulata come segue: ogni detenuto appena arrivato deve essere

È anche auspicabile che ai detenuti al loro ingresso venga dato un volantino o un opuscolo che li informi dell'esistenza e del funzionamento del servizio di assistenza sanitaria e che rammenti loro alcune basilari regole igieniche.

34. Durante la custodia, i detenuti devono poter avere accesso a un dottore in ogni momento, indipendentemente dal loro regime di detenzione (per quanto riguarda in particolare l'accesso a un medico per i detenuti tenuti in isolamento, vedi il paragrafo 56 del 2° Rapporto Generale del CPT: CPT/Inf (92) 3). Il servizio di assistenza sanitaria dovrebbe essere organizzato in modo tale da rendere la richiesta di consultare un medico eseguibile senza alcun indebito ritardo.

I detenuti devono essere in grado di contattare il servizio di assistenza sanitaria su una base confidenziale, per esempio, per mezzo di un messaggio in una busta sigillata. Inoltre, gli agenti di polizia penitenziaria non dovrebbero cercare di selezionare le richieste di consultare un medico.

35. Un servizio di assistenza sanitaria in un carcere dovrebbe almeno essere in grado di fornire regolari consultazioni esterne e interventi d'emergenza (naturalmente, in più può esserci spesso un'unità di tipo ospedaliero con letti). I servizi di un dentista qualificato dovrebbero essere disponibili per ogni detenuto. Inoltre, i medici del carcere dovrebbero essere in grado di richiedere i servizi di specialisti.

Per quanto riguarda gli interventi d'emergenza, un medico dovrebbe essere sempre disponibile alla chiamata. Inoltre, qualcuno competente a fornire un primo soccorso dovrebbe sempre essere presente nell'edificio del carcere, preferibilmente qualcuno con una qualifica riconosciuta di infermiere.

I trattamenti esterni dovrebbero essere supervisionati, come sarebbe opportuno, dal personale dell'assistenza sanitaria; in molti casi non è sufficiente per provvedere al proseguimento della cura contare sull'iniziativa presa dal detenuto.

36. Dovrebbe essere disponibile il diretto supporto di un servizio ospedaliero completamente attrezzato, sia in un ospedale civile che in uno carcerario.

In caso di ricorso a un ospedale civile, sorge la questione delle misure di sicurezza. Riguardo ciò, il CPT desidera sottolineare che i detenuti mandati in ospedale per ricevere cure non devono essere fissati attaccati ai letti d'ospedale o ad altri pezzi di mobilio per ragioni di custodia. Altri mezzi per soddisfare i bisogni di sicurezza possono e devono essere trovati; la creazione di un'unità di custodia in questi ospedali è una possibile soluzione.

37. Ogni volta che i detenuti abbiano bisogno di essere ricoverati o esaminati da uno specialista in un ospedale, dovrebbero essere trasportati con sollecitudine e nella maniera adeguata al loro stato di salute.

opportunitamente intervistato e fisicamente esaminato da un medico appena possibile subito dopo il suo ingresso; fatto salvo per circostanze eccezionali, questo colloquio/visita deve essere svolto nel giorno dell'ingresso, specialmente per quanto concerne gli istituti che ospitano imputati. Questo screening medico all'ingresso può anche essere eseguito da un infermiere specializzato che relazioni a un medico.

B. Uguaglianza della cura

i) medicina generale

38. Un servizio di assistenza medica carcerario deve essere in grado di fornire trattamento medico e cure infermieristiche, così come diete appropriate, fisioterapia, riabilitazione o qualunque altra possibilità particolare, in condizioni paragonabili a quelle di cui usufruiscono i pazienti nelle società esterne. Devono essere adeguate di conseguenza le forniture di personale medico, infermieristico e tecnico, così come edifici, installazioni e apparecchiature.

Deve essere assicurata un'appropriate supervisione della farmacia e della distribuzione dei medicinali. Inoltre, la preparazione delle medicine deve essere sempre affidata a personale qualificato (farmacisti/infermieri, etc.).

39. Una cartella medica deve essere compilata per ogni paziente, contenente informazioni diagnostiche così come la cronaca in corso dell'evoluzione del paziente e di ogni esame speciale a cui viene sottoposto. In caso di trasferimento, la cartella va inoltrata ai medici dell'istituto che lo riceve.

Inoltre, registri giornalieri devono essere tenuti dalle unità di assistenza Sanitaria e in essi devono essere menzionati particolari incidenti legati ai pazienti. Questi registri sono utili in quanto forniscono una visione complessiva della situazione dell'assistenza sanitaria in un carcere, evidenziando allo stesso tempo problemi specifici che possono insorgere.

40. Un agevole funzionamento del servizio di assistenza sanitaria presuppone che il personale medico e infermieristico sia in grado di riunirsi regolarmente e di formare una équipe di lavoro sotto l'autorità di un superiore medico incaricato del servizio.

ii) cure psichiatriche

41. In confronto con la popolazione generale, c'è tra i detenuti un'alta incidenza di sintomi psichiatrici. Di conseguenza, un dottore specializzato in psichiatria deve essere assegnato al servizio di assistenza sanitaria di ogni carcere e alcuni degli infermieri qui impiegati devono aver ricevuto una specifica preparazione in questo campo.

Uno staff medico e infermieristico, così come l'organizzazione delle carceri, devono essere tali da permettere che vengano svolti regolari programmi di terapia farmacologica, psicoterapeutica e del lavoro.

42. Il CPT desidera evidenziare il ruolo che deve svolgere la direzione del carcere nella prima individuazione dei detenuti che soffrono di disturbi psichiatrici (per es. depressione, stato reattivo, etc.) per permettere opportune variazioni da fare al loro ambiente. Questa attività può essere incoraggiata provvedendo a una formazione sanitaria appropriata per alcuni membri del personale di custodia.

43. Un detenuto malato di mente deve essere tenuto e curato in una sede ospedaliera che sia opportunamente attrezzata e possieda personale opportunamente preparato. Tale sede potrebbe essere un ospedale psichiatrico civile o una sede psichiatrica specialmente attrezzata all'interno del carcere.

Da una parte, è stata avanzata spesso l'idea che, da un punto di vista etico, sia opportuno per i detenuti malati di mente essere ricoverati fuori dal carcere, in istituti per i quali sia responsabile il servizio sanitario pubblico. Da un'altra parte, può essere argomentato che provvedere a un centro psichiatrico all'interno di un carcere permette che la cura sia amministrata in condizioni di sicurezza ottime e che le attività dei servizi medici e sociali siano intensificate dentro quel sistema.

Qualunque direzione venga scelta, la capacità di sistemazione del centro psichiatrico in questione deve essere adeguata; troppo spesso si verifica un periodo di attesa prolungata prima che sia effettuato un necessario trasferimento. Il trasferimento della persona interessata in una sede psichiatrica deve essere considerato questione della più alta priorità.

44. Un paziente mentalmente disturbato e violento deve essere trattato attraverso stretta supervisione e supporto infermieristico, combinato, se considerato opportuno, con sedativi. Il ricorso a strumenti di costrizione fisica è giustificato solo molto raramente e deve essere sempre o espressamente ordinato da un medico o immediatamente portato all'attenzione di tale medico per avere la sua approvazione. Gli strumenti di costrizione fisica devono essere rimossi alla prima occasione possibile. Non devono mai essere applicati, o la loro applicazione essere prolungata, come una punizione.

Nel caso si sia fatto ricorso a strumenti di costrizione fisica, deve essere fatta una registrazione sia nella cartella del paziente che in un apposito registro, con un'indicazione degli orari in cui la misura di costrizione è iniziata e finita, così come le circostanze del caso e le ragioni per aver fatto ricorso a tali mezzi.

C. Consenso del paziente e riservatezza

45. Libero consenso e rispetto per la riservatezza sono diritti fondamentali della persona. Essi sono anche essenziali all'atmosfera di fiducia che è parte necessaria del rapporto medico/paziente, specialmente in carcere, dove un detenuto non può scegliere liberamente il proprio medico.

i) consenso del paziente

46. I pazienti devono essere forniti di tutte le informazioni relative (se necessario sotto forma di una relazione medica) alla propria condizione, lo svolgimento della propria cura e le medicine prescritte loro. Preferibilmente, i pazienti dovrebbero avere il diritto di consultare i contenuti della propria cartella medica carceraria, a meno che ciò non sia sconsigliabile da un punto di vista terapeutico.

Essi devono poter chiedere che queste informazioni siano comunicate ai propri famigliari e avvocati o a un medico esterno.

47. Ogni paziente capace di discernimento è libero di rifiutare la cura o ogni altro intervento medico. Ogni deroga da questo principio fondamentale deve essere fondata legalmente e legata solo a chiare e strettamente definite circostanze eccezionali che siano applicabili alla totalità della popolazione.

Una classica situazione difficile sorge quando la decisione di un paziente contrasta con il generale dovere di cura che incombe sul medico. Ciò potrebbe accadere nel caso in cui il paziente sia influenzato da credo personali (per es. rifiuto di trasfusioni di sangue) o quando sia intenzionato a usare il proprio corpo, o anche a mutilarsi, per incalzare con le proprie richieste, protestare contro un'autorità o dimostrare il proprio supporto a una causa.

In caso di uno sciopero della fame, le autorità pubbliche o le organizzazioni professionali in alcuni paesi richiedono al medico di intervenire per prevenire la morte qualora la coscienza del paziente diventi seriamente indebolita. In altri paesi, la regola è di lasciare le decisioni cliniche al medico incaricato, dopo che questi si sia consultato e abbia soppesato tutti i fatti attinenti allo specifico caso.

48. Riguardo la questione della ricerca medica con i detenuti, è chiaro che debba essere seguito un approccio molto cauto, dato il rischio che il consenso del paziente a partecipare possa essere influenzato dalla propria situazione penale. Dovrebbero esistere delle tutele per assicurarsi che ogni detenuto interessato abbia dato il proprio consenso libero e informato.

Le regole applicate dovrebbero essere quelle prevalenti nella società, con l'intervento di un comitato etico. Il CPT aggiunge il proprio sostegno alle ricerche che riguardano le patologie della custodia o l'epidemiologia o altri aspetti specifici della condizione di detenuti.

49. Il coinvolgimento di detenuti in programmi di insegnamento per studenti richiede il consenso del detenuto.

ii) riservatezza

50. Il segreto professionale deve essere osservato in carcere allo stesso modo che nella società. Tenere le cartelle dei pazienti devono essere responsabilità del medico.

51. Tutte le visite mediche dei detenuti (sia all'arrivo che in uno stadio successivo) devono essere condotte lontano dalle orecchie e – a meno che il medico in questione richieda diversamente – lontano dagli occhi del personale di polizia. Inoltre, i detenuti devono essere sottoposti a visite individuali e non di gruppo.

D. Assistenza sanitaria preventiva

52. Il compito dei servizi di assistenza sanitaria in carcere non dovrebbe essere limitato a curare i pazienti malati. Ad essi dovrebbe essere anche affidata la responsabilità della medicina sociale e preventiva.

i) igiene

53. Compete ai servizi di assistenza sanitaria del carcere – agendo in maniera appropriata in congiunzione con altre autorità – la supervisione dell'organizzazione degli approvvigionamenti (quantità, qualità, preparazione e distribuzione del cibo) e delle condizioni igieniche (pulizia dei vestiti e dei letti; accesso all'acqua corrente; installazioni sanitarie) così come del riscaldamento, dell'illuminazione e dell'aerazione delle celle. Devono anche essere prese in considerazione disposizioni sul lavoro e sull'esercizio all'aria aperta.

Insalubrità, sovraffollamento, isolamento prolungato e inattività possono richiedere sia assistenza medica verso il singolo detenuto, sia un'azione più generale del servizio medico nei confronti delle autorità responsabili.

ii) malattie infettive³

54. Un servizio di assistenza sanitaria in carcere deve assicurare che l'informazione sulle malattie infettive (in particolare epatiti, AIDS, tubercolosi, infezioni dermatologiche) arrivi regolarmente, sia ai detenuti che al personale. Quando opportuno, deve essere eseguito un controllo medico su coloro con i quali un particolare detenuto abbia contatti regolari (compagni di detenzione, personale del carcere, visitatori abituali).

55. Per quanto riguarda l'AIDS in particolare, dovrebbe essere fornito un consulto appropriato sia prima che, quando necessario, dopo ogni screening. Occorre assicurare al personale del carcere una continua formazione sulle misure preventive da prendere e sugli atteggiamenti da adottare nei confronti degli HIV positivi e appropriate istruzioni riguardanti la non-discriminazione e la riservatezza.

56. Il CPT desidera sottolineare che non c'è giustificazione medica per la segregazione di un detenuto sieropositivo che stia bene.⁴

iii) prevenzione del suicidio

57. La prevenzione del suicidio è un'altra questione che ricade negli scopi di un servizio di assistenza sanitaria in carcere. Esso dovrebbe assicurare che ci sia consapevolezza su questo tema in tutto l'istituto e che siano in atto procedure adeguate.

58. Lo screening medico all'entrata e il complessivo processo della ricezione hanno un ruolo importante in questo contesto; eseguiti in maniera adeguata, possono come minimo identificare alcuni di coloro che sono a rischio e alleviare in parte l'ansia provata da un nuovo giunto in carcere.

Inoltre, il personale del carcere, qualunque sia il ruolo specifico che ricopre, deve essere messo al corrente (che implica che deve ricevere una formazione sulla capacità di riconoscimento) degli indicatori dei potenziali suicidi. A questo riguardo, va fatto notare che i periodi immediatamente prima e dopo il processo, in alcuni casi, il periodo precedente alla scarcerazione, implicano un maggior rischio di suicidio.

59. Una persona identificata come potenziale suicida deve, per quanto necessario, essere tenuta sotto un programma di osservazione speciale. Inoltre, queste persone non dovrebbero avere facile accesso ai mezzi con i quali potrebbero uccidersi (le barre della finestra della cella, vetri rotti, cinture o cravatte, etc.) Dovrebbero anche essere mossi dei passi per assicurare un adeguato flusso di informazioni, sia all'interno di un dato istituto, sia, qualora opportuno, tra gli istituti (e più specificamente tra i loro rispettivi servizi di assistenza sanitaria) – sulle persone che siano state identificate come potenzialmente a rischio.

iv) prevenzione della violenza

60. I servizi di assistenza sanitaria del carcere possono contribuire alla prevenzione della violenza nei confronti delle persone detenute, attraverso la registrazione sistematica dei feriti e, se opportuno, fornendo informazioni generali alle autorità competenti. Potrebbero anche essere inoltrate informazioni sui casi specifici, anche se di regola tale azione dovrebbe essere intrapresa solo con il consenso dei detenuti in questione.

³ Vedi anche "Detenzione", sezione "malattie infettive".

⁴ Successivamente riformulata come segue: non c'è giustificazione medica per la segregazione di un detenuto esclusivamente sulla base della sua sieropositività.

61. Qualunque segno di violenza trovato durante uno screening medico svolto con il consenso del detenuto, deve essere appositamente registrato, con ogni dichiarazione relativa del detenuto e con le conclusioni del medico. Inoltre, questa informazione, deve essere resa disponibile al detenuto.

Lo stesso approccio deve essere seguito ogni qual volta un detenuto venga esaminato da un medico in seguito a un episodio di violenza nel carcere (vedi anche paragrafo 53 del 2° Rapporto Generale del CPT: CPT/Inf (92) 3) o al suo rientro in carcere dopo essere tornato temporaneamente in custodia di polizia per motivi legati all'indagine.

62. Il servizio di assistenza sanitaria potrebbe compilare statistiche periodiche riguardanti i feriti osservati, all'attenzione della direzione del carcere, del Ministro della Giustizia, etc.

v) legami sociali e familiari

63. Il servizio di assistenza sanitaria può anche contribuire a limitare quella rottura di legami sociali e familiari che di solito avviene con la detenzione. Esso deve sostenere – insieme ai relativi servizi sociali - quelle misure che facilitano i contatti dei detenuti con il mondo esterno, come la predisposizione di aree opportunamente attrezzate per le visite, per le visite della famiglia o del coniuge/partner in condizioni opportune e permessi in contesti familiari, occupazionali, educativi e socio-culturali.

A seconda delle circostanze, un medico penitenziario può agire al fine di ottenere l'assegnazione o il pagamento continuo delle indennità dell'assicurazione sociale ai detenuti e alle loro famiglie.

E. Assistenza umana

64. Possono essere identificate alcune specifiche categorie di detenuti particolarmente vulnerabili. I servizi di assistenza sanitaria in carcere dovrebbero porre un'attenzione speciale ai loro bisogni.

i) madri e figli

65. È un principio generalmente accettato che i bambini non dovrebbero nascere in carcere e l'esperienza del CPT è che questo principio viene rispettato.

66. A una madre e il suo bambino deve essere permesso di stare insieme almeno per un certo periodo di tempo. Se madre e figlio stanno insieme in carcere devono essere sistemati in condizioni che forniscano loro l'equivalente di un nido e il supporto di uno staff specializzato in cure post-natali e di un'infermeria pediatrica.

Le sistemazioni a lungo termine, in particolare il trasferimento del bambino nella società, che prevede la separazione dalla madre, devono essere decise caso per caso alla luce delle opinioni della psichiatria infantile e medico-sociali.

ii) adolescenti

67. L'adolescenza è un periodo caratterizzato da una sorta di riorganizzazione della personalità, che richiede uno sforzo speciale per ridurre i rischi di disadattamento sociale a lungo termine.

Durante la custodia, agli adolescenti deve essere permesso di stare in un posto fisso, circondati da oggetti personali e in gruppi socialmente accoglienti. Il regime applicato loro, deve essere basato su un'intensa attività, inclusi incontri socio-educativi, sport, istruzione, formazione professionale, uscite accompagnate e la disponibilità di apposite attività opzionali.

iii) detenuti con disordini della personalità

68. Tra i pazienti di un servizio di assistenza sanitaria in carcere c'è sempre una certa percentuale di persone instabili, devianti, che hanno storie di traumi familiari, di lunghe tossicodipendenze, conflitti con le autorità o altre sventure sociali. Esse possono essere violente, suicide o caratterizzate da comportamenti sessuali inaccettabili e sono il più delle volte incapaci di controllarsi e di prendersi cura di se stessi.

69. I bisogni di questi detenuti non sono propriamente medici, ma il medico del carcere può promuovere per loro lo sviluppo di programmi socio-terapeutici, in sezioni del carcere che siano organizzate secondo le linee della società e dove siano supervisionati con attenzione.

Queste sezioni possono ridurre l'umiliazione dei detenuti, il disprezzo di sé, l'astio, dare loro un senso di responsabilità e prepararli per la reintegrazione. Un altro vantaggio diretto dei programmi di questo tipo è che prevedono l'impegno e la partecipazione attiva del personale carcerario.

iv) detenuti non idonei a una detenzione prolungata

70. Esempi tipici di questo tipo di detenuti sono quelli che hanno ricevuto una prognosi di morte entro un tempo breve, quelli che soffrono di gravi malattie che non possono essere curate opportunamente nelle condizioni carcerarie, coloro i quali sono gravemente handicappati o di età avanzata. La detenzione prolungata di tali persone nell'ambiente carcerario può creare una situazione intollerabile. In casi del genere, compete al medico del carcere stilare un rapporto per l'autorità responsabile, affinché siano disposte sistemazioni alternative idonee.

F. Indipendenza professionale

71. Il personale addetto all'assistenza sanitaria in un carcere è potenzialmente un personale a rischio. Il dovere di cura verso i propri pazienti (detenuti malati) può spesso entrare in conflitto con considerazioni di organizzazione e sicurezza carceraria. Ciò può far insorgere difficili scelte e questioni etiche. Al fine di garantire la propria indipendenza nelle questioni di assistenza sanitaria, il CPT ritiene importante che questo personale sia allineato quanto più possibile alle condizioni tradizionali di assistenza sanitaria che vi sono nella società.

72. Qualunque sia la posizione formale in base alla quale un medico carcerario svolga la propria attività, le sue decisioni cliniche devono essere dettate esclusivamente da criteri medici.

La qualità e l'efficacia del lavoro medico deve essere verificata da un'autorità medica qualificata. Allo stesso modo, le risorse disponibili devono essere gestite da questa autorità, non da corpi responsabili della sicurezza o dall'amministrazione.

73. Un medico carcerario agisce come medico personale del paziente. Di conseguenza, negli interessi della tutela del rapporto medico/paziente, non deve essergli richiesto di certificare se un detenuto sia o meno idoneo a sopportare la pena. Non deve essere svolta alcuna perquisizione corporale o esame richiesto da un'autorità, eccetto nelle emergenze quando nessun altro medico possa essere chiamato.

74. Va anche fatto notare che la libertà professionale di un medico carcerario è limitata dalla condizione carceraria stessa: egli non può scegliere liberamente i propri pazienti, dato che i detenuti non hanno alcuna alternativa medica a loro disposizione. Il suo dovere professionale permane anche qualora il paziente contravvenga alle regole mediche o ricorra a minacce o violenza.

G. Competenza professionale

75. I medici e gli infermieri di un carcere dovrebbero essere in possesso di conoscenze specialistiche che li rendano in grado di trattare forme particolari di patologie carcerarie e di adeguare i loro metodi di cura alle condizioni imposte dalla detenzione.

In particolare, devono essere sviluppate attitudini professionali volte a prevenire la violenza – e, quando necessario, a controllarla.

76. Per assicurare la presenza di un numero adeguato di personale, gli infermieri sono assistiti di frequente da personale ausiliario, a volte reclutato tra gli operatori di polizia. L'esperienza necessaria deve essere vagliata ai vari livelli da personale qualificato e aggiornata periodicamente.

A volte gli stessi detenuti sono ammessi come aiutanti di sanità. Senza dubbio, un tale approccio può avere il vantaggio di fornire a un certo numero di detenuti un lavoro utile. Ciò nonostante, questa dovrebbe essere considerata come ultima risorsa. Inoltre, i detenuti non dovrebbero mai essere coinvolti nella distribuzione di medicinali.

77. Per finire, il CPT suggerisce che alcuni tratti specifici dell'offerta di un servizio di assistenza sanitaria in un ambiente carcerario possono giustificare l'introduzione di una specializzazione professionale riconosciuta, sia per i medici che per gli infermieri, sulla base di formazione post-laurea e di regolare tirocinio.