

# il punto

confronti su medicina e sanità

Un progetto dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia di Torino



**La tutela della salute  
nelle nostre carceri.**  
Punti di vista a confronto  
per un cambio di rotta



**Scelte consapevoli  
per l'ambiente:**  
piccole grandi azioni  
che fanno la differenza

**Povertà abitativa, salute negata.**  
La lezione di Sir Michael Marmot

**La salute delle persone  
transgender:** le lacune  
e le priorità in Italia

2 | 2024

 Il Pensiero Scientifico Editore

# Sommario

il punto | 2 | 2024



9



15



22



36

3

**Il dovere oltre la cura: agire con etica per l'ambiente**

Guido Giustetto, Roberto Romizi

SCELTE CONSAPEVOLI

5

**Esistono vie di somministrazione più sostenibili di altre?**

Redazione il punto, con la collaborazione di Isde Italia

7

**Case e salute, una priorità per i sistemi sanitari**

Intervista a Sir Michael Marmot

9

**Tessera sanitaria a punti. Le trappole cognitive nella sanità lombarda**

Noemi Sacchi

IL PUNTO SULLA SALUTE IN CARCERE

15

**Detenuti tra diritti ed emergenze sanitarie**

Intervista a Michele Miravalle

19

**Garantire il diritto alla salute in carcere: un dovere etico e giuridico**

Monica Cristina Gallo

22

**La tutela della salute in ambito penitenziario. Una "nuova disciplina"**

Sandro Libianchi

27

**Suicidi e salute mentale in carcere, una prospettiva bioetica**

Grazia Zuffa

31

**Detenzione e maternità, sfide e opportunità**

Paolo Siani

36

**Disuguaglianze di salute e transgender. Quali le priorità in Italia?**

Marina Pierdominici

40

**Il medico di medicina generale e il benessere delle persone transgender**

Rosa Pedale

44

LESSICO DI BIOETICA  
**Responsabilità**

Maria Teresa Busca

45

LETTURE  
**L'inchiesta dal basso per una medicina sociale**



Gli articoli raccolti in questo numero sono post pubblicati sul sito [www.ilpunto.it](http://www.ilpunto.it)



@ilpunto\_OMCeO

il punto

confronti su medicina e sanità

ANNO III, NUMERO 2  
APRILE-GIUGNO 2024

**Direttore scientifico**  
Guido Giustetto

**Direttore editoriale**  
Rosa Revellino

**Comitato redazionale**

Gianluigi D'Agostino,  
Venera Gagliano, Andrea Gatta,  
Guido Regis, Angelica Salvadori,  
Emanuele Stramignoni,  
Rosella Zerbi.

Laura Taroni e Celeste De Fiore  
(Il Pensiero Scientifico Editore)  
Collaboratori: Giulia Annovi,  
Viola Bachini, Luciana De Fiore,  
Alessandro Magini

**Comitato editoriale**

Marco Bobbio, Michela Chiarlo,  
Giampaolo Collecchia, Lucia  
Craxi, Fabrizio Elia, Elena  
Gagliasso, Libero Ciuffreda,  
Giuseppe Cristina, Roberto  
Longhin, Giuseppe Naretto,  
Luciano Orsi, Elisabetta Pulice,  
Lorenzo Richiardi, Massimo  
Sartori, Vera Tripodi, Marco  
Vergano, Paolo Vineis

**Consiglio direttivo**

dell'OMCeO di Torino  
Guido Giustetto (presidente),  
Guido Regis (vicepresidente),  
Rosella Zerbi (segretaria),  
Emanuele Stramignoni (tesoriere),  
Domenico Bertero, Patrizia  
Biancucci, Tiziana Borsatti,  
Vincenzo Michele Crupi, Gianluigi

D'Agostino (presidente CAO),  
Riccardo Falchetta, Riccardo  
Faletti, Gilberto Fiore, Ivana  
Garione, Aldo Mozzone, Fernando  
Muià, Angelica Salvadori, Renato  
Turra, Roberto Venesia

**Sede e contatti**  
OMCeO Torino  
Corso Francia 8 - 10143 Torino  
email: [info@ilpunto.it](mailto:info@ilpunto.it)

**Produzione e amministrazione**

Il Pensiero Scientifico Editore  
Via San Giovanni Valdarno 8,  
00138 Roma  
tel. 06862821 | fax 0686282250  
e-mail: [pensiero@pensiero.it](mailto:pensiero@pensiero.it)  
internet: [www.pensiero.it](http://www.pensiero.it)  
c/c postale: 902015

**Editore responsabile**  
Giovanni Luca De Fiore

**Progetto grafico e impaginazione**  
Typo85, Roma

**Stampa**  
Ti Printing, Roma

Autorizzazione Tribunale di  
Torino numero registro stampa  
65/2021 del 29/12/2021  
(già 793 del 12/01/1953).

**Immagini**

In copertina: "Piazza Cln a  
Torino" di Claudio Divizia, iStock.  
Nelle pagine interne le foto non  
firmate sono di iStock.

Tutti i diritti sono riservati.

**Diritti d'autore**

Tutto il materiale pubblicato in  
queste pagine è disponibile sotto  
la licenza "Creative Commons  
Attribuzione - Non commerciale  
- Condividi allo stesso modo

4.0 Internazionale". Può essere  
riprodotto a patto di citare  
ilpunto.it, di non usarlo per fini  
commerciali e di condividerlo  
con la stessa licenza.

Finito di stampare giugno 2024

**Abbonamenti 2024**

Per l'Italia  
privati € 40,00 (per gli iscritti  
OMCeO Torino ricompreso  
nell'iscrizione all'Ordine)  
enti, istituzioni, biblioteche € 50,00  
Per l'Estero € 60,00  
L'abbonamento decorre  
dal mese di gennaio a dicembre

Per abbonamenti:

Andrea De Fiore  
tel. 06 86282324  
e-mail: [andrea.defiore@pensiero.it](mailto:andrea.defiore@pensiero.it)

# Il dovere oltre la cura: agire con etica per l'ambiente

Guido Giustetto  
Presidente OMCeO Torino  
Direttore scientifico [ilpunto.it](http://ilpunto.it)

Roberto Romizi  
Presidente Isde Italia – Associazione  
medici per l'ambiente

Se il settore della sanità mondiale fosse considerato come un Paese sarebbe il quinto più grande emettitore di gas serra del mondo. In totale, nell'arco di un anno, l'assistenza sanitaria erogata globalmente inquina quanto 514 centrali elettriche a carbone, ovvero circa il 4-5 per cento delle emissioni globali di CO<sub>2</sub>.

Quello dell'impatto dei sistemi sanitari è un tema ancora poco affrontato che ha, spesso, trovato come giustificazione l'assoluta centralità dei servizi da essi erogati. E così si è creato il paradosso per cui chi dovrebbe tutelare e curare le persone contribuisce invece sistematicamente ad aggravare il problema del cambiamento climatico che, come è ormai noto, ha enormi effetti sulla salute. Fortunatamente negli ultimi decenni è aumentata la consapevolezza dell'opinione pubblica rispetto all'importanza della tutela ambientale e, soprattutto in seguito alla pandemia da covid-19, si è diffuso sempre di più il concetto di salute globale, con una particolare attenzione ai co-benefici di salute e all'importanza di interventi che abbiano un effetto positivo sia sull'essere umano sia sul complesso ecosistema in cui viviamo.

Così negli ultimi anni anche i servizi sanitari si sono dovuti interrogare – e sono stati interrogati – sulla propria sostenibilità. Effettuando su PubMed la ricerca “environmental impact healthcare system” ci si accorge della crescente quantità di dati e studi rispetto all'impatto ambientale dei sistemi sanitari: se per il 1993 i risultati sono appena 817, nel 2023 sono 3412; pur ammettendo la presenza di risultati poco inerenti, la differenza appare significativa. Eppure, nonostante la crescente quantità di dati e studi, la sensibilità del personale sanitario non sembra ancora

essere sufficiente a promuovere azioni per contribuire a contrastare i cambiamenti climatici. Sappiamo inoltre, anche secondo quanto emerso dall'ultima conferenza sul clima delle Nazioni Unite del 2023, che per non superare la soglia di riscaldamento di 1,5 gradi centigradi è fondamentale ridurre le emissioni globali

---

**I professionisti della salute possono fare molto per creare un sistema sanitario di alta qualità che protegga la salute delle persone senza danneggiare il pianeta**

---

di gas serra del 43 per cento entro il 2030, e forse tale sforzo potrebbe non essere sufficiente. Una presa di posizione e l'impegno per migliorarsi da parte dei sistemi sanitari appaiono, dunque, non più rimandabili.

I professionisti della salute possono fare molto per creare un sistema sanitario di alta qualità che protegga la salute delle persone senza danneggiare il pianeta. Gli interventi devono avvenire in sinergia con le iniziative già esistenti in altri settori, promuovendo un approccio interdisciplinare. Oltre all'impegno a ridurre l'impronta ecologica associata all'erogazione dei servizi è anche fondamentale migliorare l'appropriatezza delle cure, evitando diagnosi e trattamenti non necessari. Un sistema sanitario a minore impatto non equivale a minor attenzione verso le persone, equivale piuttosto a un sistema che compie scelte corrette nell'interesse del paziente e del pianeta.

Con la nuova rubrica "Scelte consapevoli. Per una sanità ecosostenibile", nata dalla collaborazione de **il punto** con **Isde Italia**, vorremo condividere con i lettori e le lettrici come sia possibile minimizzare l'impatto ambientale durante il nostro agire quotidiano con piccole grandi azioni, come per esempio la scelta di privilegiare quando possibile la somministrazione di farmaci per via orale e la prescrizione di inalatori in polvere piuttosto che spray. Nonostante la responsabilità sia collettiva e sia in mano a chi pensa e progetta i servizi sanitari, siamo convinti che l'impegno etico e consapevole delle singole persone possa comunque fare la differenza. E il nostro impegno – e dovere – quali rappresentanti di un Ordine di medici chirurghi e odontoiatri e di un'Associazione di medici per l'ambiente è quello di informare e diffondere la consapevolezza (*cum-sapere*, cioè sapere insieme) che un comportamento etico è una scelta di rispetto per sé stessi e per gli altri, per contribuire a una sanità più sostenibile per il pianeta. ▲



# Esistono vie di somministrazione più sostenibili di altre?

Nel panorama della pratica medica, l'equilibrio tra l'efficacia terapeutica e la sostenibilità ambientale diventa sempre più cruciale. Un aspetto di crescente rilievo riguarda l'uso dei farmaci e le modalità di somministrazione adottate. Infatti, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, l'abuso dei farmaci endovenosi, quando le formulazioni orali potrebbero essere altrettanto efficaci, emerge come una problematica rilevante su scala globale.<sup>1</sup> È opportuno chiedersi quale via di somministrazione possa essere più sostenibile poiché, come spesso accade, le soluzioni più responsabili verso l'ambiente risultano essere anche le più economiche e le più appropriate per i pazienti.

## Cosa c'è da sapere

Soprattutto in ambito ospedaliero spesso viene utilizzata la via endovenosa in modo inappropriato specialmente nella prescrizione di antimicrobici, nonostante le linee guida nazionali e internazionali raccomandino l'utilizzo della via parenterale nei casi di infezioni profonde o che mettono a rischio la vita del paziente, nei pazienti immunocompromessi e nei casi di disfagia o malassorbimento intestinale. Più in generale bisogna sempre considerare che l'utilizzo di farmaci per via endovenosa è associato a un tasso più elevato di infezioni correlate alla necessità di servirsi di dispositivi medici invasivi (cateteri venosi centrali o periferici), aumenta il rischio di tromboflebiti, richiede più risorse sia in termini di personale infermieristico sia in termini di device medici per la somministrazione, e risulta meno confortevole per i pazienti rispetto all'e-

quivalente terapia orale.<sup>2</sup> Inoltre, sempre più evidenze indicano che la somministrazione enterale può offrire una soluzione più sostenibile ed ecologicamente responsabile.<sup>3</sup>

## L'impatto ambientale

Negli ultimi anni numerosi studi stanno evidenziando l'impatto sull'ambiente dei farmaci e del loro utilizzo. Per esempio, uno studio condotto nel Regno Unito sull'utilizzo del paracetamolo nei pazienti chirurgici ha stimato che 1 grammo di paracetamolo orale ha un'impronta di carbonio 68 volte inferiore rispetto a 1 grammo dell'equivalente preparazione endovenosa in confezioni di vetro, e un'impronta 45 volte inferiore rispetto a 1 grammo confezionato in plastica.<sup>4</sup> Tutto ciò a fronte di revisioni sistematiche che, pur riconoscendo che i dati a disposizione sono ancora pochi, suggeriscono la mancanza di prove a favore di una maggiore efficacia della via parenterale nella gestione del dolore dei pazienti chirurgici.<sup>5</sup> Inoltre, le stime dello studio britannico non tengono neanche conto di tutti gli strumenti utilizzati per la somministrazione: guanti, siringhe, aghi, garze, disinfettanti, cateteri venosi e medicazioni; uno studio condotto dal network Health care without harm Europe ha calcolato che il 6,9 per cento dei rifiuti prodotti dagli ospedali è composto dai sistemi per la somministrazione endovenosa di farmaci, a cui vanno sommati tutti gli altri dispositivi necessari.<sup>6</sup> L'impatto ambientale di tutti questi strumenti è significativo, un progetto portato avanti nel Dipartimento di emergenza del Charing Cross Hospital nel Regno Unito ha individuato e ridotto l'utilizzo non necessario di cateteri venosi portando a un risparmio di 95.000 sterline e una riduzione di 19.000 kg delle emissioni di CO<sub>2</sub> in un solo anno. Questo stesso progetto ha inoltre condotto un'indagine tra i pazienti, mostrando come la maggioranza di loro lamentasse dolore e fastidi associati al posizionamento dell'ago cannula.

## Il passaggio alla terapia orale

Esistono prove a favore dell'utilizzo della terapia orale al posto di quella endovenosa; anche quando inizialmente tale scelta non è praticabile è importante ricordare che è sempre possibile passare dalla somministrazione orale a quella endovenosa mantenendo l'efficacia della terapia.<sup>7</sup> In questo senso è utile, come ricorda la Società italiana dei farmacisti ospedalieri, coinvolgere il farmacista ospedaliero, una figura che può giocare un ruolo chiave per l'attuazione di un passaggio precoce alla terapia orale.<sup>2</sup> In uno studio interventistico, condotto in 149 ospedali statunitensi, è stato introdotto uno strumento di supporto alla decisione clinica che fornisce degli avvisi da sottoporre alla revisione dei farmacisti ospedalieri per determinare l'eleggibilità dei pazienti alla terapia farmacologica orale. Sono stati poi analizzati i dati relativi ai 13 farmaci più comunemente utilizzati, e si è visto come un tempestivo passaggio alla terapia orale abbia ridotto la spesa per i farmaci del 9 per cento a tutti gli ospedali in un periodo di sei mesi.<sup>8</sup>

## Cosa si può fare nella pratica clinica?

Per contrastare l'uso inappropriato della terapia endovenosa e promuovere il passaggio alla somministrazione orale, è fondamentale iniziare a cambiare l'attività clinica, cercando di implementare quanto più possibile l'utilizzo di buone pratiche che vadano a favore dei pazienti e dell'ambiente. Prima di impostare qualsiasi terapia occorre valutare le condizioni del paziente e la sua capacità di aderire alla terapia orale; quando queste lo permettono per i pazienti è sempre preferibile evitare accessi venosi superflui. Risulta quindi opportuno scegliere la via orale se la dose necessaria è tollerabile dal paziente; le preparazioni esistono in commercio e non vi sono prove a supporto dell'utilizzo della terapia endovenosa. Anche quando risulta necessario impostare una terapia endovenosa è bene continuare a monitorare le condizioni cliniche e i cambiamenti nello stato del paziente, così

da effettuare il passaggio in maniera tempestiva. È altresì importante considerare di poter cambiare farmaco qualora quello precedentemente utilizzato non risulta avere avuto una adeguata biodisponibilità in forma orale.

Più in generale occorre sempre chiedersi se l'alternativa endovenosa sia l'unica possibile, se quell'accesso venoso sia veramente utile o se non si possono cercare strade alternative che costituiscano un'opzione migliore per gli ospedali e i pazienti, e che siano più sostenibili. Per far sì che il sistema sanitario e gli ospedali intraprendano un percorso consapevole per ridurre il proprio impatto ambientale è fondamentale la cooperazione di tutte le figure coinvolte, dai farmacisti, agli infermieri, ai medici. Lavorando insieme e avendo chiari quali sono gli aspetti su cui è possibile migliorare si può cercare di ridurre il proprio impatto, contribuendo in questo modo alla salute di tutti. Considerare le terapie più appropriate non solo in termini clinici ma anche ambientali è una prima scelta che sembra dimostrarsi più sostenibile e responsabile. ▲

*La serie "Scelte consapevoli. Per una sanità ecosostenibile" è realizzata da il punto in collaborazione con Isde Italia – Associazione medici per l'ambiente.*

## Bibliografia

- 1 Who. The pursuit of responsible use of medicines: Sharing and learning from country experiences. Pubblicato nel 2012.
- 2 I Manuali Sifo. Antimicrobial Stewardship in medicina: impatto/ implementazione della figura del farmacista di dipartimento e /o di reparto nelle aziende sanitarie del Ssn. Pisa: Edizioni Il Campano, 2017.
- 3 Eii MN, Walpole S, Aldridge C. Sustainable practice: Prescribing oral over intravenous medications. *BMJ*. 2023; 383.
- 4 Myo J, Pooley S, Brennan F. Oral, in place of intravenous, paracetamol as the new normal for elective cases. *Anaesthesia*. 2021; 76: 1143-4.
- 5 Mallama M, Valencia A, Rijs K, et al. A systematic review and trial sequential analysis of intravenous vs. oral peri-operative paracetamol. *Anaesthesia* 2020; 76: 270-6.
- 6 Gamba A, Napierska D, Zotinca A. Measuring and reducing plastics in the healthcare sector. Brussels: HCWH Europe, 2021.
- 7 Cyriac JM, James E. Switch over from intravenous to oral therapy: A concise overview. *J Pharmacol Pharmacother* 2014; 5: 83-7.
- 8 Carver KH, Burgess LH, Cooper M, et al. Use of clinical decision support to identify i.v.-to-oral conversion opportunities and cost savings. *Am J Health Syst Pharm* 2018; 75 (Supplement 4): S82-S86.

Le tre azioni pratiche per una sanità ecosostenibile: leggi la scheda



# Case e salute, una priorità per i sistemi sanitari

Prendersi cura della povertà abitativa per l'equità nella salute: il punto di vista di Sir Michael Marmot, professore di Epidemiology and public health presso lo University college London

Guarda l'intervista video a Sir Michael Marmot



Il diritto a una casa è universalmente riconosciuto come un diritto umano fondamentale, essenziale per garantire la dignità e il benessere di ogni individuo. La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea del 2000 sancisce chiaramente questo principio, stabilendo che ogni individuo ha il diritto di vivere in

condizioni dignitose. Lo ricorda anche l'epidemiologo britannico Sir Michael Marmot nell'intervista rilasciata per **il punto**: "Avere una casa è importante per la salute. La qualità e sicurezza dell'alloggio e l'accessibilità economica sono tutti fattori importanti".

Non è una novità: la casa è un determinante cruciale della salute poiché le condizioni abitative giocano un ruolo fondamentale rispetto agli esiti di salute, influenzando direttamente il benessere fisico e mentale delle persone. Le ricerche dimostrano in modo inequivocabile che le condizioni abitative al di sotto degli standard possono portare a una serie di rischi per la salute. L'esposizione a muffa, umidità e inquinanti interni, insieme a un riscaldamento inadeguato e al sovraffollamento, può aumentare il rischio di malattie respiratorie, allergie e disturbi mentali. Inoltre, l'insicurezza abitativa e la scarsa qualità dell'alloggio possono creare stress cronico e ansia, contribuendo ulteriormente alla precarietà della salute.

Tuttavia la realtà è che molte persone in tutto il mondo continuano a vivere in condizioni abitative malsane e precarie. Secondo un rapporto delle Nazioni Unite, nel 2022 più di 1 miliardo di persone viveva in baraccopoli urbane o in condizioni simili, e questa cifra si prevede triplicherà entro il 2050. Ma tali problemi non riguardano solo i Paesi più poveri. In Italia, a fine 2021, si contavano poco più di 96mila persone senza fissa dimora, mentre 15.759 erano le persone iscritte in anagrafe e residenti nei campi attrezzati o negli insediamenti tollerati e spontanei.<sup>1</sup> Sono dati che fanno riferimento a chi una casa non ce l'ha proprio; ma quante sono invece le persone che si possono permettere solo un'abitazione inadeguata? Secondo il report di Eurofound sull'*inadequate housing* il principale problema sembra essere la scarsa efficienza energetica, riscontrata dal 26 per cento della popolazione, al secondo posto invece il sovraffollamento che colpisce il 16 per cento delle famiglie.<sup>2</sup> Vivere in luoghi inadatti significa anche



non poter avere accesso ad internet, essere più esposti ai rumori del traffico o del vicinato, oppure avere difficoltà a raggiungere i mezzi pubblici o i negozi di generi alimentari.

L'inefficienza energetica è correlata con la povertà energetica, ovvero la situazione nella quale una famiglia o un individuo non riesce a permettersi un adeguato livello di servizi energetici essenziali a causa di una combinazione di basso reddito, spesa per l'energia elevata e bassa efficienza energetica nelle proprie case. Recentemente l'Institute of health inequality ha presentato un report sulla povertà energetica da cui emerge che circa 9,6 milioni di famiglie nel Regno Unito vivono in case fredde. "Per risolvere questo problema si stima che servano circa sei miliardi di sterline all'anno per i prossimi dieci anni, 60 miliardi di sterline", spiega Sir Marmot, sottolineando che investire in abitazioni efficienti significa migliorare la salute delle persone e del pianeta, oltre che ridurre la spesa sanitaria nel lungo termine: crescere in un casa fredda e umida lede la salute e lo sviluppo precoce dei bambini, la loro salute mentale e il loro apprendimento e tutto ciò aumenta la mortalità degli adulti.

Un secondo fattore che non si può ignorare è il costo delle case. È a partire da tutte queste condizioni che si crea il circolo vizioso difficile da fermare. "L'accessibilità economica degli alloggi fa parte del problema della povertà e della salute", commenta Sir Marmot. "Se non ci si può permettere l'affitto, non ci si può permettere di comprare cibo sano. Quindi, l'accessibilità economica è fondamentale. La povertà fa sì che le persone abitino in alloggi scadenti mentre, dall'altra parte, gli alloggi costosi causano povertà e insicurezza". Per quanto il diritto a una casa adeguata sia considerato fondamentale e inviolabile appare evidente quanto poco ancora sia garantito. In Italia la voce per le risorse pubbliche impiegate per l'edilizia residenziale è scesa dal 26 per cento del totale degli investimenti pubblici negli anni

---

## Avere una casa è importante per la salute. La qualità e sicurezza dell'alloggio e l'accessibilità economica sono tutti fattori importanti

*Sir Michael Marmot*

---

Cinquanta, a meno dell'1 per cento negli anni Duemila. Non sono solo gli investimenti ad essersi quasi fermati ma anche gli interventi della politica per far fronte al problema della casa, come ad esempio quelli che si potrebbero fare per regolamentare diversamente i mercati immobiliari e gli affitti brevi.<sup>3</sup>

È anche per questa reticenza diffusa dei governi ad affrontare la questione che il mondo della sanità dovrebbe iniziare ad occuparsi del diritto alla casa. È facile secondo Sir Marmot: "I medici non sono architetti, non possono costruire abitazioni sane. Ma possono iniziare a lavorare in collaborazione con altri soggetti coinvolti nella costruzione di alloggi". Un approccio multidisciplinare e integrato è fondamentale. Inoltre possono fare attività di advocacy: "Un pediatra di Liverpool con cui ho collaborato per un report, aveva diagnosticato in alcuni suoi pazienti danni ai polmoni correlabili alle condizioni in cui vivevano. Così ha iniziato a fare un lavoro di advocacy. Quindi il singolo medico occupa una posizione importante perché può vedere e intercettare gli effetti che le abitazioni inadeguate hanno sulla salute dei suoi pazienti". ▲

Redazione il punto

### Bibliografia

- 1 Censimento permanente, popolazione e abitazione, Popolazione residente e dinamica demografica. Istat, 15 dicembre 2022.
- 2 Eurofound. Unaffordable and inadequate housing in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2023.
- 3 Pallante F. Diritto alla casa, il rovesciamento della Costituzione. Il manifesto, 6 settembre 2018.



# Tessera sanitaria a punti.

## Le trappole cognitive nella sanità lombarda

Noemi Sacchi  
*Master in etica medica,  
deontologia, politica ed  
economia sanitaria  
Università di Torino*

Poche settimane fa l'assessore della Regione Lombardia al Welfare, Guido Bertolaso, a margine del Forum della Sanità organizzato dalla Consulta nazionale di Forza Italia a Milano, ha avanzato la proposta di introdurre la tessera sanitaria a punti.<sup>1</sup> Un sistema per premiare comportamenti salutari, come la partecipazione agli screening preventivi, e per incentivare la responsabilità individuale nella gestione della propria salute. *“Sapendo bene quello che succederà tra 5, 10, 15 anni, credo che non si debba lavorare solamente nel quotidiano (i pronto soccorsi li stiamo ancora migliorando, le liste di attesa le ridurremo moltissimo, i problemi di gestione e di attenzione agli anziani li seguiamo con estrema cura) ma anche guardare nel medio-termine, se vogliamo davvero rendere un servizio concreto a tutti i cittadini, e questo significa fare molta più prevenzione. L'idea che dobbiamo portare avanti, studiare e vedere se è praticabile, è quella di una tessera sanitaria a punti in modo che, se tu porti avanti uno stile di vita il più corretto e salutare possibile, puoi guadagnare dei punti che poi ti permettono di ricevere degli incentivi che possono essere diverse modalità di premialità. (...) In prospettiva sappiamo che i costi della sanità, se noi non interveniamo con qualche azione finalizzata a migliorarli, non saranno più sostenibili; non sarà un problema nostro ma noi dobbiamo lasciare a chi ci sostituirà la possibilità di fare una programmazione e di*

*gestire una sanità che sia la più corretta ed equa possibile”.*

All'apparenza, quindi, buoni propositi (finalmente la centralità della prevenzione), buone finalità (maggiore salute per le persone e contenimento dei costi della sanità), un certo senso di lungimiranza (una visione a medio-lungo termine nell'interesse delle future generazioni), la conferma di alcuni tra i valori fondanti del nostro sistema sanitario. E un accattivante modello di tessera sanitaria a punti per incentivare i cittadini a uno stile di vita sano e sicuro. Una proposta innocua se non intrigante. Ma è davvero così? Tralasciando le considerazioni di carattere morale, si potrebbe opinare che lo Stato dovrebbe tuttalpiù educare la popolazione nel suo complesso senza valutare il singolo individuo a posteriori, secondo un giudizio di merito. Tralascio anche le questioni di diritto, legate al trattamento dei dati, alla privacy e ai confini democratici che si potrebbero erodere ogni volta che una società cerca di registrare e dividere i cittadini in buoni e cattivi. Utilizzando e approfondendo alcuni spunti forniti dal libro *È tutta salute. In difesa della sanità pubblica* di Nerina Dirindin,<sup>2</sup> vorrei provare invece a svolgere un'analisi critica della proposta dell'assessore lombardo per dimostrare come dietro a una puntuale proposta di politica sanitaria possano celarsi diverse trappole cognitive che condizionano strategicamente la stes-

sa idea di salute, distraendo i cittadini e disimpegnando la politica in favore di interessi privati di mercato.

### **1. È vero, prevenzione e stili di vita sono determinanti importanti, a lungo sottovalutati, dello stato di salute**

In Italia, con la legge 833/1978 si iniziò a trattare la questione preventiva, per lo più in merito alla salubrità degli ambienti di vita e di lavoro e alla sicurezza rispetto al rischio di infortuni. L'espressione "stili di vita", di genesi più moderna, non compare mai nel testo di legge.<sup>3</sup> In effetti, nei decenni successivi, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) fu ampiamente sviluppato e sostenuto nel suo pilastro ospedaliero, meno negli altri due pilastri che dovrebbero garantire la globalità delle cure: medicina del territorio e prevenzione. Oggi il nostro Ssn riconosce, almeno a livello teorico, l'adozione di uno stile di vita sano come fattore determinante per la salute dell'individuo e della collettività. È effettivamente stato dimostrato che la riduzione di fattori individuali, come il tabagismo, l'uso eccessivo di alcol e droghe, la sedentarietà, l'obesità, diminuisce la mortalità, sia in Italia che negli altri Paesi industrializzati.<sup>4</sup>

### **2. La salute non dipende solo dal comportamento individuale: esistono dei determinanti sociali dello stato di salute e la politica ne è responsabile**

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) definisce lo stile di vita sano come: "il comportamento di un individuo che descrive l'interazione tra le caratteristiche personali, l'interazione sociale e le condizioni di vita socioeconomiche e ambientali che sono tese a mantenere o anche migliorare lo stato attuale di salute".<sup>5</sup> I determinanti sociali dello stato di salute individuati da Oms sono in totale dieci: reddito e protezione sociale; educazione; disoccupazione e precarietà del lavoro; condizioni di lavoro; insicurezza alimentare; condizioni abitative, servizi di base e

ambiente di vita; sviluppo dell'infanzia; inclusione sociale e non-discriminazione; conflitti strutturali; accesso a servizi sanitari di buona qualità.

Fare leva e in modo così marcato ed esclusivo sulla responsabilità individuale, premiando i comportamenti virtuosi con una tessera sanitaria personale a punti, rischia di distogliere l'attenzione dalle incombenze di governo, deresponsabilizzando la politica dall'eliminare quei fattori che impediscono agli individui, loro malgrado, di essere inseriti in un ecosistema che favorisca l'adozione di uno stile di vita sano.

Come scrive Antonio Bonaldi: "I più importanti problemi che minacciano l'umanità, quali la salute, il clima, la biodiversità, l'energia, le migrazioni, la finanza, sono tutti problemi interdipendenti, che vanno affrontati in modo integrato, interdisciplinare".<sup>6</sup> La logica dell'individualismo favorisce il mercato ma sottende una visione miope della salute e del benessere, che sono invece beni comuni e sistemi complessi, da affrontare pertanto in seno a dinamiche collettive, socio-politiche e non relegabili al solo comportamento individuale.

---

**La misura proposta prevede "diverse modalità di premialità" per chi adotta stili di vita sani. Il rischio è che questi incentivi e premialità vadano più facilmente a chi ne ha meno bisogno**

---

### **3. La povertà fa male alla salute, ma non è colpa dei poveri**

La domanda da porsi adesso è: chi conduce una vita meno sana e perché? Per provare a rispondere prendiamo a titolo di esempio due determinanti dello stile di vita sano indicati da Sir Marmot come individuali: la dieta e lo stress.<sup>7</sup> È dimostrabile che:

▼ i percettori di bassi redditi si nutrono con alimenti e diete di qualità peggiori rispetto ai redditi elevati. Questo vale non solo negli Stati Uniti, ma anche nel nostro





Paese, dove “oggi i più ‘poveri’ [per risparmio e/o per scarsa istruzione, ndr] acquistano i generi alimentari soprattutto in supermercati e discount andando alla ricerca di quelli meno costosi e che purtroppo sono anche quelli di peggiore qualità. A tutto questo si deve poi aggiungere un'altra componente ‘moderna’, il cosiddetto junk food il ‘cibo spazzatura’ gustoso ed economico che attrae in particolare bambini e ragazzi”.<sup>8</sup>

▼ I lavoratori a basso reddito (incluse alcune categorie specifiche, come i professionisti sanitari, le forze di difesa, gli amministratori delegati di grandi gruppi finanziari) sono mediamente più esposti a rischi psicosociali con conseguenti effetti sulla salute mentale (burn-out, ansia, stress, depressione, intenti suicidari) e fisica (malattie cardiovascolari e disturbi muscolo-scheletrici).<sup>9</sup> L'opportunità di scelta di tali lavori è davvero libera o è dettata da condizioni socioeconomiche che vanno oltre l'autodeterminazione del comportamento individuale?

Si potrebbe andare avanti dimostrando la relazione tra l'abuso di alcol, fumo e droghe e reddito, o tra reddito, livello di istruzione e attenzione allo stile di vita. Chi con-

duce stili di vita insani è solo più cattivo o è più in difficoltà? A mio avviso, non si può ignorare l'evidente svantaggio nel punto di partenza: per i diversi ceti sociali cambiano le opportunità economiche, di istruzione, di possibilità di scelta di stili di vita sani, così come la capacità di resistenza alle pressioni degli interessi di consumo. La misura proposta dall'assessore Bertolaso prevede “diverse modalità di premialità” per chi adotta stili di vita sani. Il rischio, dunque, è che questi incentivi e premialità vadano più facilmente a chi ne ha meno bisogno e a cui peraltro è richiesto meno sforzo (economico ma anche culturale e intellettuale) per adottare tali comportamenti, colpevolizzando e penalizzando, invece, chi dovrebbe ricevere premi per vivere meglio proprio perché già vive peggio. Dunque il principio di equità non verrebbe rispettato.

#### **4. Induzione al consumo sanitario, punti fragola ed Esselunga: la bulimia sanitaria in un contesto di asimmetria informativa**

La legge 833/1978 individua come primo obiettivo del Ssn “la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità”.

Se è vero che le parole hanno un peso (e le suggestioni che esse forniscono a livello subconscio ne hanno uno ancora maggiore), trovo facilmente smascherabile la logica del supermercato nella citazione di una tessera a punti. L'educazione passa anche da qui, e in sanità, luogo teorico di compimento di enormi asimmetrie informative tra i detentori del sapere scientifico (o presunti tali) e gli individui (sani o malati che siano), la responsabilità rispetto all'uso del potere evocativo e simbolico di parole, mezzi e azioni deve essere ancora maggiore. I mercati e i supermercati usano i sistemi dei punti, dei bollini, dei gratta e vinci per aumentare i consumi, per premiare i consumi. Ecco dunque che la mercificazione della salute si realizza anche tramite l'egemonizzazione culturale e

del linguaggio: contaminare un'area semantica che nulla dovrebbe avere a che fare con la cultura dei consumi con elementi che alludono al mercato, che rimandano all'equazione più consumo, più sono virtuoso, più vengo premiato, pur senza sapere cosa esattamente verrebbe premiato e perché.

È proprio ciò che fa l'assessore: non informare né educare rispetto al contenuto, all'appropriatezza e all'utilità di un determinato comportamento sanitario ma lanciare un'idea come si lancia un prodotto.

### **5. Sull'appropriatezza dei test di screening: cosa è vero e cosa no**

È certamente vero: l'adesione ai test di screening in Italia e in Lombardia non è ottimale. Tuttavia l'assessore comunica dati imprecisi. L'Osservatorio Salute, per il triennio 2016-2019 indica dati lombardi di adesione decisamente più elevati rispetto al 50 per cento: 84,8 per cento per lo screening mammografico (media nazionale 74,8 per cento); 74,7 per cento per lo screening coloretale (media nazionale 47,6 per cento).<sup>10</sup> Ed è anche vero che uno degli obiettivi della prevenzione è innalzare tale percentuale, perché è dimostrato che l'adesione ai programmi di screening migliora la mortalità dei pazienti e riduce i costi sanitari.<sup>10</sup> Ma quello che l'assessore non dice è che ciò va fatto con accuratezza, sobrietà, competenza, precisa selezione della popolazione analizzata e solide basi statistiche.<sup>6</sup> Semplificare facendo credere agli individui che più screening ricevono meglio è in realtà potrebbe incentivare i consumi di tali prestazioni aumentando la spesa sanitaria senza un vantaggio in termini di mortalità o addirittura peggiorando le condizioni di salute della cittadinanza.<sup>11</sup> Chi ci guadagna, dunque? Per ipotesi, se questi test venissero commissionati dalla Regione a fornitori di prestazioni privati in convenzione con il Ssn o eseguiti privatamente mediante l'intermediazione finanziario-assicurativa, l'implementazione a tappeto dei test di screening, così come di generici check-up, potrebbe

aprire ampi spazi di guadagno per il mercato della sanità privata, che trova la sua linfa nella quantità di prestazioni erogate e non nella accurata valutazione di appropriatezza delle stesse. Il dubbio di conflitto di interesse è quantomeno legittimo.

### **6. Il gioco della redistribuzione delle politiche sanitarie lombarde: non da ricchi a poveri, ma dal pubblico al privato. La visione "tra 5, 10, 15 anni"**

Non è mistero che la sanità lombarda sia un formidabile esperimento di progressiva privatizzazione del settore.<sup>12</sup> Nel caso specifico qui affrontato, sono due gli elementi critici che leggo tra le righe dell'intervista, entrambi riconducibili alla trasformazione di beni pubblici in capitali privati. Del primo ho già accennato nel paragrafo precedente: il disegno sotteso di favorire il settore privato come fornitore sempre più centrale di prestazioni al di fuori dell'area dell'emergenza-urgenza. Scrive il professor Pallante: "Di fatto quello che sta accadendo è il rapido scivolamento verso una situazione in cui il Ssn manterrà essenzialmente il compito di presidiare la fase emergenziale, mentre



tutto ciò che rientra nella fase post-acuzie sempre più diverrà terreno di intervento dei privati. Il che è una plateale violazione di quel principio di globalità delle prestazioni previsto dalla legge 833/1978”.<sup>13</sup>

Il secondo punto è, ancora una volta, sistemico. Rispetto alle premialità citate, dice Bertolaso: “Penso, ad esempio, ad ingressi nei nostri centri termali di altissima qualità dove effettuare cure o alla possibilità di offrire skipass gratuiti sui nostri comprensori montani che, proprio fra 2 anni, ospiteranno le Olimpiadi. Stiamo anche pensando a come coinvolgere gli organizzatori dei grandi eventi che ogni anno ospitiamo in Lombardia in modo tale da mettere a disposizione premialità di questo genere”.<sup>1</sup>

Quella della tessera a punti, con i suoi premi, potrebbe essere una trovata di marketing eccezionale. Solletica l’idea di gioco, con il suo immaginario d’innocenza, divertimento, frivolezza, ricreazione, svago. La connivenza di Regione Lombardia con i grandi interessi privati potrebbe trovare nascondiglio perfetto, dietro l’angolo della tessera a punti. Nel frattempo, i benefit previsti andranno ad arricchire gli indotti (e incanalare i consumi) di quei

---

## Quella della tessera a punti è una misura simpatica, circoscritta, puntuale. E proprio per questo insidiosa: un punto alla volta e alla fine la tessera potrebbe non essere più nostra

---

settori industriali, commerciali, turistici, finanziari, la cui sostenibilità è quanto meno dubbia, e che di fatto contribuiscono pesantemente a deteriorare proprio quei determinanti sociali e ambientali dello stile di vita sano che si starebbe premiando, in un capzioso cortocircuito. Verrebbe da chiedersi: quale stile di vita sano? Vantaggioso per chi?

### **7. Le persone non devono rimanere sane per contenere i costi della sanità**

È certo: la prevenzione è uno dei modi per contenere i costi sanitari, e la pianificazione della spesa pubblica sanitaria è un’incontestabile necessità. Ma la minaccia che senza una precisa responsabilizzazione individuale dei cittadini non ci sarà più possibilità di sostenere la sanità è l’ultima ma più formidabile trappola cognitiva che trovo presente nell’intervista.

La sanità è un diritto costituzionale fondamentale, pertanto non finanziariamente condizionato. Lo dice chiaramente la Corte Costituzionale: “È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”. La prevenzione è parte della cura, non un modo per evitarla. Minacciare i cittadini che se non faranno i bravi potranno perdere il diritto ad essere curati, potrebbe sottendere un’altra più fine strategia: mettere le mani avanti sul fatto che la sanità pubblica inevitabilmente scomparirà, in favore del privato, e non sarà stata una precisa scelta politica di sotmissione alle spinte del mercato e dell’industria sanitaria, ma ce la saremo cercata noi, con i nostri stili di vita insani. Vietato lamentarsi, dunque.



## Conclusione: la strategia della gradualità

Scrivere Noam Chomsky: “Per far accettare una misura inaccettabile, basta applicarla gradualmente, a contagocce, per anni consecutivi. È in questo modo che condizioni socioeconomiche radicalmente nuove furono imposte durante i decenni degli anni '80 e '90: Stato minimo, privatizzazioni, precarietà, flessibilità, disoccupazione in massa, salari che non garantivano più redditi dignitosi, tanti cambiamenti che avrebbero provocato una rivoluzione se fossero stati applicati in una sola volta”.<sup>14</sup>

Analogamente, la tesi di fondo proposta nel testo e nelle lezioni di Nerina Dirindin è che da anni la sanità pubblica sia sotto assedio e che tale assedio, in quanto tale, non avvenga attraverso misure drastiche e improvvise, ma in modo subdolo, per piccoli e apparentemente innocui o ad-

dirittura accattivanti passi, atti, tra l'altro, a insinuare false credenze in merito alla qualità e alla sostenibilità della sanità pubblica e a minare i valori di fondo che hanno ispirato la costituzione del nostro Ssn in favore di interessi privatistici e di mercato.

La proposta dell'assessore è un esempio concreto di una delle modalità con cui avviene questo assedio alla sanità pubblica: attraverso passaggi minuti di (dis)orientamento dell'opinione pubblica. Quella della tessera a punti è una misura simpatica, circoscritta, puntuale. E proprio per questo insidiosa: un punto alla volta e alla fine la tessera potrebbe non essere più nostra. ▲

*Questo articolo nasce come relazione per un esame al Master in etica medica, deontologia, politica ed economia sanitaria di Torino.*

## Note bibliografiche

- 1 Sanità, Bertolaso: “Tessera a punti per premiare i corretti stili di vita”. Il Sole 24 Ore, 16 febbraio 2024.
- 2 Dirindin N. È tutta salute. In difesa della sanità pubblica. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 2018.
- 3 La legge 833/1978 “Istituzione del Servizio sanitario nazionale”, pubblicata su Gazzetta Ufficiale, Serie generale n. 360 del 28-12-1978, si limita ad accennare, nelle Usl, generiche competenze anche rispetto alla “prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche” e a raccomandare ai medici di partecipare a “programmi di prevenzione ed educazione sanitaria”.
- 4 Rapporto Osserva salute 2022, sezione “Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione”.
- 5 The World health report 2002. Reducing risk, promoting healthy life.
- 6 Bonaldi A. Salute, medicina e dintorni. Palermo: Edizioni Torri del Vento, 2023.
- 7 Marmot M. La salute disuguale. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2016.
- 8 Sesana I. In Italia i “poveri” mangiano male, il rapporto tra basso reddito e cattiva alimentazione. Altreconomia, 29 agosto 2023.
- 9 Esposizione ai rischi psicosociali ed effetti sulla salute mentale dei lavoratori europei con basso status socioeconomico. Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, 4 dicembre 2023.
- 10 Rapporto Osservasalute 2022, sezione “Malattie oncologiche”. Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, 2023.
- 11 È quanto è stato dimostrato con il test di screening psa per la prostata (vedi Associazione italiana ricerca sul cancro) o con l'ecografia della tiroide in Corea del Sud (vedi Park S, et al. Association between screening and the thyroid cancer “epidemic” in South Korea: evidence from a nationwide study. BMJ 2016; 355: i5745).
- 12 Sartor ME. La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al covid-19. Un'analisi critica. Independently published, 2021.
- 13 Pallante F. Il diritto alla salute. Sopra tutto. Saluteinternazionale, 15 settembre 2023.
- 14 Chomsky N. Le 10 leggi del potere. Requiem per il sogno americano. Milano: Ponte alle Grazie, 2018.

Foto di Сергей Конечков / CC BY



# Detenuti tra diritti da tutelare ed emergenze sanitarie delle carceri

Intervista a

Michele Miravalle

Dipartimento di giurisprudenza,  
Università di Torino

*Quando parliamo di tutela della salute in carcere, un punto fondamentale è la riforma della sanità penitenziaria entrata in vigore nel 2008. Che cosa ha portato questa scelta legislativa?*

« Questa riforma ha trasferito la responsabilità della salute dei detenuti dal Ministero della giustizia al servizio sanitario regionale con l'idea di promuovere il principio per cui il detenuto è anzitutto un cittadino e, come tale, ha diritto alle stesse cure sanitarie della comunità "libera", accorciando quindi quella distanza tra il dentro e il fuori e promuovendo un'uguaglianza nel trattamento sanitario. Inoltre, si pensava che questo avrebbe garantito maggiore autonomia degli operatori sanitari rispetto sia al loro ruolo in termini di etica deontologica sia alle loro scelte quotidiane, non dovendo dipendere dall'amministrazione penitenziaria ma dal servizio sanitario pubblico. Dopo oltre 15 anni dall'attuazione di questa riforma, purtroppo, dobbiamo constatare che le condizioni di salute delle persone recluse non sono migliorate. La sanità penitenziaria ha ancora molti problemi, che si sono diversificati con il passaggio alle asl e alle aziende sanitarie regionali. La qualità dei servizi sanitari varia molto a livello territoriale, di Regione in Regione, portando a conflitti tra le amministrazioni della giustizia e della sanità, che parlano spesso linguaggi diversi.

A questo si aggiunge la cura nelle carceri che viene spesso vissuta dai professionisti sanitari come un lavoro di scarsa qualità e,

in alcuni ambiti, anche rischioso. Da parte dei detenuti vi è una diffusa sensazione di malessere e di incapacità del sistema sanitario di tutelare adeguatamente la loro salute, e le risposte alle loro richieste di cura sono percepite come lente e inadeguate. Di fatto, a differenza dei cittadini "liberi", i detenuti non hanno altre possibilità di cura se non quelle offerte dal sistema penitenziario né — spesso — possono affidarsi a un professionista sanitario privato esterno il cui ingresso nelle carceri è formalmente previsto, ma tendenzialmente resta una mera ipotesi sulla carta: solo i detenuti con particolari risorse — che non sono rappresentativi della popolazione carceraria — possono permetterselo. Questo rende la situazione particolarmente critica. Oggi, la salute in carcere diventa un terreno di conflitto e scontro, che può incanalarsi in due direzioni. Da una parte, può sfociare in proteste e rivendicazioni collettive, anche se attualmente la popolazione detenuta è molto frammentata e meno organizzata politicamente rispetto al passato. Dall'altra parte, il malessere può diventare auto-diretto, manifestandosi attraverso atti di autolesionismo e tentati suicidi. Questo accade perché il corpo diventa l'ultimo strumento per evidenziare un malessere non ascoltato: minacciare il suicidio o tagliarsi può essere visto come un modo estremo per ottenere attenzione medica, per dire "esisto".

Il carcere è una concentrazione di corpi in spazi stretti e definiti e in un ambiente di comunità collettiva chiusa. E questa con-



dizione racchiude in sé alcuni rischi sanitari che la pandemia ha reso ben evidenti in tutta la loro drammaticità. In coincidenza con l'inizio del lockdown, ai primi di marzo del 2020, abbiamo assistito a numerose rivolte violente senza precedenti, con 13 decessi in soli due giorni. La paura del contagio era altissima nelle carceri, sia tra i detenuti sia tra il personale. L'istituzione arrivò molto impreparata a quella situazione, con una mancanza di comprensione della gravità e un'incapacità di dialogo. Per esempio, la limitazione delle visite familiari, che rappresentano in un certo senso anche uno "strumento terapeutico", senza spiegazioni adeguate ha esacerbato il malessere. Per ovviare al problema e prevenire i rischi che ne potevano derivare, sono state cercate alcune soluzioni "innovative" come le videochiamate dando la possibilità ai detenuti di mantenere contatti vitali con i loro cari. Prima della pandemia sembrava impensabile permettere le videochiamate ai familiari lontani. In realtà poi si è visto che è fattibile e in buona misura lo è ancora; adesso bisogna fare attenzione a non fare passi indietro, come in parte si sta già verificando senza però particolari problemi di sicurezza.

*Il carcere è un luogo che favorisce l'insorgere di patologie psicologiche e psichiatriche e allo stesso tempo un luogo che non offre le stesse opportunità terapeutiche oggi a disposizione nei servizi di salute mentale del territorio. Quanto ne sappiamo e come viene gestita la salute mentale in carcere?*

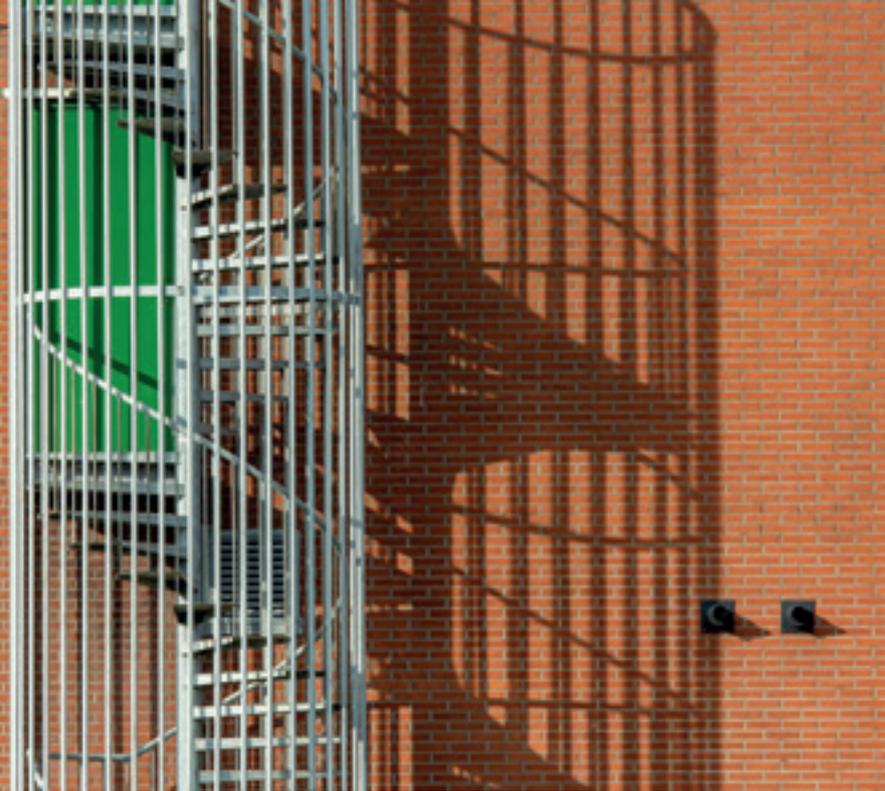
La salute mentale è un tema quantitativamente molto rilevante e complicato. Noi come Antigone abbiamo raccolto alcuni dati sull'uso di psicofarmaci per risalire al numero di persone con problemi di salute mentale. Questi dati indicano che circa il 40 per cento dei circa 60 mila detenuti in Italia fa comunemente uso di sedativi e ipnotici e il 20 per cento di antipsicotici e stabilizzanti dell'umore, un numero estremamente più alto rispetto alla popolazione libera. Per avere una stima più accurata del disagio mentale nelle carceri servirebbe

un'analisi epidemiologica approfondita, tuttavia questi dati evidenziano che c'è un delta tra chi ha una patologia psichiatrica che dovrebbe essere presa in carico e invece tutta un'ampia area grigia di malessere psicosociale per contrastare il quale la "pillola" è l'unico strumento disponibile. Quest'area grigia è "il problema del carcere". Negli ultimi anni molti direttori e direttrici di carcere nonché operatori hanno lamentato di avere dei problemi nella gestione dei pazienti psichiatrici, tuttavia questa percezione contrasta con il numero di persone con diagnosi psichiatriche che è rimasto relativamente basso. Si possono dare diverse interpretazioni, ma ciò che occorre sottolineare è che il carcere etichetta come "psichiatrico" quello che in realtà "psichiatrico" non necessariamente è. E la patologia mentale è corollario di una situazione economica e sociale complicatissima.

Non concordo con chi collega l'aumento di "casi psichiatrici" in carcere con la chiusura nel 2014 degli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) che erano diventati luoghi di sistematica violazione della dignità umana. Certo, quella norma di civiltà, ha costretto il carcere a migliorare gli strumenti per gestire il disagio psichico. Ad oggi la strategia adottata è spesso quella dell'auto-gestione all'interno della struttura carceraria che funziona solo in alcuni casi e in altri è impossibile o produce storture. Ne sono un esempio le Articolazioni per la tutela della salute mentale (Atsm) dei reparti detentivi che dovrebbero accogliere e curare le persone con patologie psichiatriche non gestibili nelle sezioni ordinarie. Va purtroppo constatato che questi reparti in alcuni casi non solo non sono luoghi di

**C'è un'ampia area grigia di malessere psicosociale per contrastare il quale la "pillola" è l'unico strumento disponibile. Quest'area grigia è "il problema del carcere"**

Foto di Jan van der Wolf / CC BY



cura ma, paradossalmente, sono peggiori delle sezioni normali e si trovano ad essere il luogo dove “scaricare” i casi più problematici. A questo si aggiunga la forte reticenza nell’adottare soluzioni in realtà previste dalla normativa, come il ricorso a strutture esterne (comunità e servizi psichiatrici di diagnosi e cura). La diffidenza da parte del personale ospedaliero ad accogliere detenuti, sia per motivi logistici sia per lo stigma associato, complica ulteriormente la situazione. Per migliorare la situazione e poter affrontare adeguatamente il malessere psicosociale dei detenuti servono luoghi adeguati, personale e strumenti appropriati per la cura. Oggi, nelle carceri mancano sia i luoghi sia i professionisti della salute mentale necessari.

*La tutela della salute implica anche la prevenzione di malattie che non può prescindere dalla qualità della vita. Garantire una qualità di vita migliore in carcere non significherebbe anche garantire il diritto alla salute, oltre che i diritti umani dei cittadini?*

“Prevenzione” è una parola che manca nel vocabolario del carcere contemporaneo. È inesistente. Sul fronte della salute, ma non solo, in carcere è tutto una “reazione”, una

continua rincorsa all’emergenza quotidiana, al qui ed ora. La qualità del cibo è subordinata a considerazioni di carattere economico e ad appalti al ribasso, gli screening sanitari sono praticamente assenti in un contesto dove è già difficile garantire gli esami diagnostici per i detenuti che hanno una patologia. A questo si aggiunge la gestione delle informazioni sanitarie che rappresenta un problema enorme, considerata la grossa mobilità della popolazione carceraria: nelle case circondariali passano migliaia di persone ogni anno, che magari entrano anche solo per pochi giorni; nelle case di reclusione c’è un po’ più di stabilità, ma accade spesso che i detenuti vengano trasferiti. In assenza di una cartella clinica elettronica condivisa, ogni ingresso significa ripartire da zero dal punto di vista sanitario e recuperare informazioni su diagnosi, terapie, esami svolti nell’istituto di provenienza diventa un’impresa. Anche i servizi di telemedicina sono ancora molto limitati, eppure proprio in carcere si potrebbero iniziare sperimentazioni interessanti su questo fronte.

*In sintesi, quali sono le sfide maggiori a livello giuridico – e non solo – per accorciare la distanza tra il diritto alla salute e la sua concreta attuazione negli istituti di pena?*

Personalmente non credo che siano necessarie nuove leggi, ma piuttosto andrebbe difeso l’impianto normativo esistente contro possibili regressioni. Se adottiamo politiche fortemente securitarie che aumentano il numero di persone in carcere, è evidente che sul fronte sanitario si aggraverà il problema invece di circoscriverlo. Oggi non dovremmo perdere troppo tempo a discutere di nuove normative. Certo, potrebbero essere necessarie piccole modifiche di dettaglio su temi specifici, ma ciò che serve davvero è una grande riflessione sulle pratiche sanitarie e sulla cultura sanitaria nei luoghi di detenzione. C’è un enorme problema nel trovare personale sanitario disposto a lavorare in carcere in modo continuativo. Spesso il lavoro viene svolto solo sporadicamente, a chiamata o

per brevi periodi, e poi abbandonato. La domanda da porsi è: esistono strumenti amministrativi, aziendali che possano rendere il lavoro in carcere più attraente sia economicamente che professionalmente? Probabilmente sì, ma bisogna fare di più in questo senso. Finché lavorare in carcere verrà percepito come una punizione o una condizione spiacevole e rischiosa, la situazione non cambierà. Implementando pratiche che rendano il lavoro in carcere più soddisfacente, si potrebbe migliorare anche la cultura professionale degli operatori. Attualmente, chi si avvicina per la prima volta al lavoro in carcere come operatore sanitario spesso lo fa con timore, il che può creare problemi anche dal punto di vista deontologico. Gli operatori sanitari in carcere devono capire che il loro ruolo è tutelare un diritto fondamentale delle persone che vivono “dentro”. Se questa prospettiva non viene interiorizzata, rischiano di perdere il senso del loro ruolo, diventando meri burocrati invece di difensori di diritti. È fondamentale che sentano di

svolgere una missione eticamente importante, simile a quella di portare la sanità in luoghi remoti o in missioni internazionali. Considerare il carcere come un luogo dove la medicina può garantire i diritti, oltre a garantire cure, è essenziale. La mancanza di questa consapevolezza porta a referti incompleti o reticenti, alla volontà di non approfondire e a trascurare palesi violazioni di diritto. Non intendo generalizzare o puntare il dito, ma c'è un evidente problema di cultura e riconoscimento professionale che va affrontato. E i servizi sanitari in carcere devono essere considerati parte del mandato normativo e deontologico delle aziende sanitarie, e non un'attività volontaristica o un fastidio da sopportare. ▲



---

**La domanda da porsi è se esistono strumenti che possano rendere il lavoro in carcere più attraente sia economicamente che professionalmente**

---

Foto di Jan van der Wolf / CC BY



# Garantire il diritto alla salute in carcere: un dovere etico e giuridico

Monica Cristina Gallo

*Garante dei detenuti di Torino*

La città di Torino, tra le prime in Italia, si è dotata nel 2004 della figura del Garante Cittadino dei diritti delle persone private della libertà personale. A tale iniziativa ha fatto seguito negli anni una costante attività di presidio e divulgazione sui temi della privazione della libertà che ha consentito di fare emergere sempre più la problematica esigibilità dei diritti e la complessità delle condizioni delle persone in stato di detenzione. Tutto ciò è stato possibile mediante una frequente presenza nei luoghi cittadini nei quali si concentrano i dispositivi di reclusione, in primo luogo la Casa circondariale Lorusso e Cutugno, l'Istituto penale per minorenni Ferrante Aporti, le Camere di sicurezza, il Reparto ospedaliero delle Molinette e ultimo, ma non ultimo, il Centro di permanenza per il rimpatrio. Sono tutti luoghi che, ciascuno con specifiche peculiarità, interrogano in ordine a un efficiente ed efficace funzionamento della macchina pubblica. Da questo punto di vista siamo sempre più convinti che si dovrebbe aprire un dibattito pubblico, non tanto su quali correttivi apportare a un modello detentivo che si presume teoricamente adeguato, bensì su come metterlo in discussione, evidenziandone gli innumerevoli limiti, le incongruità, l'inefficienza e inadeguatezza in rapporto al mandato ideale e ai costi da sostenere per il

funzionamento della macchina carceraria. In ragione di questa profonda convinzione, maturata, come detto, in un percorso pluriennale, può tornare utile proporre alcune brevi riflessioni relative alla precaria praticabilità del diritto alla cura da parte delle persone detenute presso la Casa circondariale di Torino.

La prima considerazione riguarda l'estrema, annosa, difficoltà nel costruire positive interlocuzioni con le strutture apicali che sovrintendono alla dimensione sanitaria nel carcere e nella struttura vocata alla detenzione amministrativa di corso Brunelleschi. La costante assenza di dialogo testimonia di una postura istituzionale e di una cultura professionale autoreferenziali che non hanno certo giovato in questi anni di suicidi reiterati e di bisogni di cura frequentemente inevasi. Un atteggiamento, peraltro, prodromico per la dinamica di oggettivizzazione del paziente detenuto (di cui si dirà a breve) e in aperto contrasto col principio di leale collaborazione e col criterio di trasparenza che devono connotare le attività delle istituzioni. Ma su quali temi ci sarebbe quindi piaciuto misurarci? Certamente sul tema del carcere come struttura cristallizzata nella propria incongruità, che mina la salute della persona in ragione degli spazi esigui, fatiscenti, privi di luce naturale, sovraffollati e con coabitazioni determinate più da necessità logistico-organizzative che da criteri rispettosi della sfera soggettiva del detenuto; un contesto rumoroso, fumoso (nel quale i divieti al riguardo vengono quotidianamente bypassati da detenuti e personale di Polizia penitenziaria), ozioso



(in cui gli organismi detenuti sono chiamati a processi adattivi dagli esiti prevedibili), avvilente per la precaria cura della dignità umana. Abbiamo cercato, inutilmente, un confronto per comprendere la lettura del proprio incarico da parte degli operatori della salute, per approfondire la logica e le modalità con cui viene esercitata la medicina nei confronti di pazienti necessitati ad abitare una condizione esplicitamente patogena.

Una seconda considerazione riguarda quella che pare una palese mancata realizzazione di quanto previsto dai deliberati della Regione Piemonte in tema di servizi sanitari penitenziari, basti pensare al disposto della Dgr n. 8-3123 del 23 aprile 2021 “Modifica della Dgr n. 26-3383 del 30 maggio 2016 di istituzione della Rete dei servizi sanitari penitenziari nella realtà piemontese”. In essa si puntualizza che “*il principio guida è l’adeguamento della rete dei servizi sanitari penitenziari al modello di assistenza sanitaria territoriale previsto per i cittadini liberi*”, con l’intento di “*modulare l’erogazione di prestazione di assistenza sulla base delle specifiche esigenze dei ristretti, attraverso un modello di risposta fondato su una maggiore flessibilità quali-quantitativa degli interventi*”. È del tutto evidente che, ammesso e non concesso che si sia tentato realmente di conseguire tali obiettivi, la missione è fallita. Tralasciando le valutazioni, in verità estremamente urgenti e attuali, in ordine allo stato di salute dell’assistenza per i cittadini liberi, corre l’obbligo di segnalare l’incommensurabile diversità che caratterizza la presa in carico all’interno dei contesti detentivi. I tempi di attesa per le visite specialistiche sono incompatibili con una qualsivoglia pretesa di prevenzione o di diagnosi e cura.

Non spetta certo a una Garante segnalare come la risorsa tempo giochi un ruolo di estrema importanza nel campo della salute: tempi di attesa incerti, lunghi o indefiniti e una comunicazione opaca nei confronti dei pazienti complicano la già complessa attività di cura esasperando, anche sotto il mero profilo relazionale, la dina-



### Si dovrebbe aprire un dibattito pubblico non tanto su quali correttivi apportare a un modello detentivo teoricamente adeguato, bensì su come metterlo in discussione

mica paziente-sanitario. Giova inoltre sottolineare come gli spazi dedicati ai colloqui con i pazienti rimandino a scenari del secolo scorso, in un contesto da minimo sindacale che trasmette un chiaro messaggio svalutante sia per l’operatore sanitario che per la persona sofferente.

Un ulteriore profilo che interroga prepotentemente riguarda il massiccio ricorso a terapie farmacologiche basate sulla somministrazione di psicofarmaci. Una recente inchiesta giornalistica di denuncia dal titolo “Fine pillola mai”, realizzata in 15 strutture penitenziarie fra cui il Lorusso e Cutugno, pubblicata dalla rivista Altreconomia, riferisce di una spesa annua per tali presidi pari a due milioni di euro e segnala un utilizzo cinque volte superiore rispetto alla popolazione generale. Tale trend pare confermarsi, in un registro di consumi anomali, anche per quanto ri-

L’inchiesta  
“Fine pillola mai”  
su Altreconomia





## La medicina prenda parola e si esprima con urgenza e in termini chiari in ordine all'esigibilità del diritto alla salute da parte dei pazienti reclusi

guarda il contesto degli istituti penali minori, compreso il Ferrante Aporti. Il silenzio assordante che ne è seguito, privo di interventi che confutassero autorevolmente le tesi intorno a cui è stato costruito l'approfondimento giornalistico, testimonia di una criticità che meriterebbe altresì di essere analizzata con grande attenzione. Estremizzando per amor di chiarezza: occorre precisare se la gran parte della popolazione detenuta accede alle strutture già affetta da severe fragilità psichiche, psichiatriche o neurologiche o viceversa se qualcosa, e che cosa, si determina con l'avvio del periodo di detenzione. Per essere diretti, al limite della sfrontatezza: muovendo dalla mancata interlocuzione, sopra richiamata, occorre chiarire se le terapie somministrate e gli effetti che ne derivano rispondono a puntuali e documentate esigenze di cura o se, si sottolinea

Il Giuramento professionale in conformità agli indirizzi applicativi dell'articolo 17 del Codice di deontologia medica



il se, assolvono a esigenze altre in cui l'oggettivizzazione della persona reclusa può definirsi come un esito, se non programmato, implicitamente previsto e accettato. Un'ultima questione di natura dubitativa mi sta particolarmente a cuore e si sostanzia in una serie di semplici domande che vorrei porre a ciascun operatore della salute in ambito penitenziario: quella che sta praticando è la medicina per la quale ha studiato e si è formato? A parti invertite, e quindi nelle vesti di una persona detenuta, riterrebbe soddisfacente il livello quali-quantitativo delle prestazioni erogate? Nel caso ritenga di dare una risposta negativa alle domande che precedono, a chi ritiene si debba attribuire la responsabilità di tale situazione? In qualità di operatore della salute ritiene soddisfacente individuare nella mancanza di risorse la causa principale delle criticità che l'hanno portata a esprimere un giudizio negativo sul servizio erogato in carcere?

Tutti temi e questioni che per la loro complessità non prevedono punti di vista e letture aprioristicamente superiori ad altre. Certamente chi fosse interessato a misurarsi con esse dovrebbe assumere una postura aperta, dialogica, disponibile al confronto. Dovrebbe soprattutto ripercorrere il Giuramento di Ippocrate. Proprio in ragione dell'impegno a promuovere *“l'eliminazione di ogni forma di disegualianza nella tutela della salute”*, ritengo che sia ormai giunto il tempo che la medicina prenda parola e si esprima con urgenza e in termini chiari in ordine all'esigibilità del diritto alla salute da parte dei pazienti reclusi. Lo richiedono esplicitamente il Giuramento di Ippocrate e la vigente Costituzione. ▲

Il diritto alla salute dei cittadini è uno dei fondamenti ben espressi dall'Organizzazione mondiale della sanità sin dalla sua costituzione. Questo principio ha risentito di profondi rimaneggiamenti migliorativi nel corso degli anni, sempre alla ricerca di una visione più ampia possibile (*global health*) che consideri tutte le possibili aree che possano determinare uno stato di buona o cattiva salute. Quindi, lo “stato di buona salute”, da una iniziale visione di assenza di malattia<sup>1</sup> e dopo essere stato approvato dagli Stati facenti parte delle Nazioni Unite,<sup>2</sup> è diventato lo “stato di benessere” dove numerosi sono i fattori che lo definiscono. Il termine “benessere” deve essere interpretato nelle sue accezioni oggettive (*stare bene*), soggettive (*sentirsi bene*) e psicologiche (*sapere ed essere convinti di stare bene*).

Con la Carta di Ottawa,<sup>3</sup> in cui fu adottato il concetto di “promozione (attiva) della salute”, il benessere fisico, psichico e sociale avrebbe dovuto essere caratterizzato da un armonico equilibrio funzionale dell'organismo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale per assicurare un maggior controllo sul livello di salute individuale e migliorarlo. I progressi per mantenere un buono stato di salute dovranno essere fortemente adesi a risorse irrinunciabili e condizioni preliminari. Esse sono: l’abitazione, la pace, l’istruzione, l’alimentazione, l’economia, la stabilità dell’ecosistema, la giustizia e l’equità sociale. Tutti questi fattori, quando positivamente presenti, realizzano uno stato di benessere globale della persona e sono inclusi in quattro aree: le condizioni generali socioeconomiche, culturali e ambientali, le reti sociali e di comunità, gli stili di vita individuali e i fattori immo-  
dificabili.<sup>4</sup> Più recentemente sono stati identificati i cosiddetti “determinanti commerciali di salute che sono un fattore chiave che si riferisce alle condizioni, azioni e omissioni degli attori commerciali” che influiscono sulla salute. Essi emergono nel contesto della fornitura di beni o servizi a pagamento e comprendono le at-

# La tutela della salute in ambito penitenziario. Una “nuova disciplina”

Sandro Libianchi

*Medico  
Presidente del  
Coordinamento  
nazionale operatori per  
la salute nelle carceri  
italiane - Centro studi  
penitenziari*

tività commerciali, nonché l’ambiente in cui si svolge il commercio. Possono avere effetti benefici o dannosi sulla salute e influiscono sullo stato di salute e benessere attraverso azioni imprenditoriali e impegni sociali, come, ad esempio, catene di fornitura, condizioni di lavoro, progettazione e confezionamento dei prodotti, finanziamenti alla ricerca, lobbying, formazione e induzione delle preferenze degli acquirenti e altri.<sup>4</sup>

Da questa breve rassegna delle condizioni che determinano uno stato di salute, più o meno buono, una preconditione determinante per operare le giuste scelte è rappresentata dalla libertà personale dell’individuo che potrà scegliere le condizioni migliori per sé stesso, anche se entro certi limiti. La limitazione o l’assenza delle libertà personali e la carcerazione creano una situazione del tutto particolare in cui tutte o quasi le precedenti condizioni pos-

---

**Semberebbero prevalere un concetto di punizione sociale, in luogo di quello di rieducazione, nonché una scarsa attenzione alle istanze di salute che ne conseguono**

---



sono essere considerate infungibili; ciò avviene quando c'è un bene dotato di una sua specifica individualità economico-sociale che non consente la sua sostituzione con un altro bene. Si crea così un ambito, il carcere, che per le sue proprie caratteristiche, previste addirittura per legge, isola quel contesto dal resto della società e del mondo circostante e ne crea un altro “parallelo” che per le sue peculiarità poco risente di quello esterno. Sembrerebbero così prevalere un concetto di punizione sociale, in luogo di quello di rieducazione, nonché una scarsa attenzione alle istanze di salute che ne conseguono. Benché l'Organizzazione mondiale della sanità abbia nel tempo dedicato numerose pubblicazioni a questo argomento,<sup>6-8</sup> limitando la possibilità di creare un terreno “orfano”, il carcere continua a rimanere ai margini dell'interesse della sanità pubblica. Anche la ricerca sanitaria su questo tema presenta un numero abbastanza ridotto di studi, revisioni sistematiche e metanalisi. Nonostante un aumento nel tempo del numero totale di lavori scientifici in questi

spesso mancano i dettagli sulle progettazioni e si dispone di scarse prove sperimentali necessarie per rispondere ai bisogni sanitari di questa popolazione emarginata<sup>9</sup> che può passare in carcere anche periodi molto lunghi se non tutta la vita.

### **Il cambiamento di rotta**

Il riconoscimento del diritto ad avere un medico interno al carcere, seppur per un ridotto numero di ore, risale al 1970 quando fu normata la figura del “medico incaricato” e quella dell’“infermiere incaricato”. Pochissime le figure professionali di ruolo presenti fino al 2008 tra i quali i medici direttori di ospedali psichiatrici giudiziari (chiamati “manicomi criminali” aboliti definitivamente nel 2014), infermieri e psicologi. Il resto del personale era in servizio con un contratto a tempo determinato o a convenzione. La totalità di questo personale fu poi trasferita ai sensi del Dpcm 1° aprile 2008<sup>10</sup> alle Regioni e quindi alle aziende sanitarie locali corrispondenti per territorio del carcere di competenza, sia per il circuito adulti, che per quello minorile.

A questo provvedimento ne seguirono numerosi altri, come gli accordi e le Intese in Conferenza unificata e in Conferenza Stato-Regioni, che delineavano i dettagli applicativi dello stesso Dpcm. Alcuni di questi sono stati ad alta valenza strategico-operativa, come quello del 2015<sup>11</sup>. Purtroppo, dopo tale data l'emanazione di questi provvedimenti è stata quasi interrotta e ciò è sembrato mostrare una incomprensibile caduta di interesse istituzionale. Oggi resta una grande esigenza di indicazioni operative per realizzare un'assistenza attraverso requisiti minimi omogenei sul territorio nazionale.

L'attuale organizzazione del servizio di tutela della salute in carcere, nell'ambito penitenziario (misure alternative, prevenzione recidiva tossicomana, comunità terapeutiche, ecc.), nei 189 istituti per adulti e nelle 56 strutture per minori, non ha ancora risentito di rilevanti differenze dallo stato precedente alla riforma. Sembra che il Servizio sanitario nazionale ne abbia passivamente riconfermato la strutturazione precedente con modifiche minime. Ciò spiega perché ancora oggi, a 16 anni di distanza dal trasferimento delle competenze, il settore risenta della necessità di un radicale investimento organizzativo e di attenzioni. A tale proposito ricordiamo che le spese per queste competenze sono interamente coperte ogni anno dal trasferimento del precedente capitolo di spesa attribuito al Ministero della Giustizia che per il 2022 è stato pari a 226.979.256 euro<sup>12</sup>.

Per ciò che attiene ai volumi delle prestazioni, i principi ispiratori della riforma hanno riguardato l'uguaglianza di assistenza tra cittadini liberi e detenuti, la continuità terapeutica dall'ingresso all'uscita e una assistenza sociosanitaria integrata per un totale di 60.924 detenuti di cui 2.611 donne e 19.035 stranieri al 29 febbraio 2024.<sup>13</sup> Ma il dato più importante, che ben esprime il carico di lavoro degli operatori sanitari e del personale penitenziario, non è tanto il numero dei presenti ad una certa data, bensì il turnover delle persone

che entrano in carcere durante tutto l'anno che si vanno a sommare ai presenti e a quelli che rientrano allo stato libero. Le persone entrate in carcere durante il 2023 sono state 40.661. Ognuno di questi avrebbe dovuto essere preso in carico con programmi personalizzati e integrati in entrata e, soprattutto, in uscita.<sup>13</sup>

L'assistenza sanitaria in ambito penitenziario prevede un servizio di medicina di base simile a quello all'esterno, un servizio di medicina specialistica (varie branche), una medicina d'urgenza interna e rari reparti ospedalieri dedicati e dotati di sistemi di sicurezza. Accanto a questi servizi operano infermieri e psicologi. I Ser.D (servizi pubblici per le dipendenze patologiche del Sistema sanitario nazionale) hanno una presenza rilevante in quasi tutti gli istituti anche con assistenti sociali. L'unico studio di vasta portata eseguito in Italia<sup>14</sup> sulle patologie diagnostiche in carcere mostra che quelle di più frequente riscontro sono da disturbi psichici (6504 soggetti pari al 41,3 per cento) e tra queste soprattutto le patologie da dipendenza (4.616 soggetti pari al 70,9 per cento); seguono le patologie dell'apparato digerente (14,4 per cento) e le patologie infettive (11,5 per cento).<sup>14</sup>

## Anche le persone detenute vivono in una condizione sanitaria del tutto particolare e affatto sovrapponibile a quella delle persone libere

### La specificità di un contesto

Come il contesto fisico del carcere è del tutto diverso rispetto alle altre strutture sul territorio, anche le persone detenute vivono in una condizione sanitaria del tutto particolare e affatto sovrapponibile a quella delle persone libere. È per questo che non si può realizzare una uguaglianza con il cittadino libero. Basti pensare per esempio al basso grado di autodeterminazione nei confronti delle stesse prestazioni

sanitarie. Infatti, le persone detenute non possono scegliere il personale sanitario curante in un libero rapporto fiduciario, né tanto meno il luogo di cura che viene prestabilito anche dalle autorità penitenziarie o giudiziarie. Lo stesso vale per la scelta del luogo di vita che resta obbligato, promiscuo e generalmente sovraffollato, limitando fortemente ogni tipo di privacy. L'unico diritto che sopravvive è quello di scegliere di non essere curato per protesta o scelta personale, ma rischiando sanzioni disciplinari. Attraverso meccanismi tipicamente penitenziari, talvolta alcune problematiche comportamentali sono trasformate in questioni sanitarie – e questo spiega il frequente caso dell'“abbondante” impiego di farmaci psicotropi. Queste scelte farmacologiche, oltre le specifiche indicazioni terapeutiche, sono indotte anche nel tentativo di compensare l'ansia della detenzione e della lontananza degli affetti o per altri frequenti conflitti interni che tardano a essere risolti o non lo sono affatto. In tali situazioni non è infrequente anche il riscontro o il sospetto di sindromi da simulazione finalizzate all'ottenimento di benefici negati.

### Verso una nuova definizione della “medicina penitenziaria”

È necessaria una ridefinizione di questa specifica area medica con l'obiettivo di fissare alcuni concetti cardine su cui poter adattare e integrare le modificazioni della peculiare realtà sociale carceraria e le esigenze che via via si paleseranno. Per ottenere il traguardo del riconoscimento di una disciplina specifica è necessario stimolare e avviare un confronto ampio con gli operatori di settore al fine di arrivare ad una proficua condivisione di nuove strategie di intervento. L'esercizio della medicina per l'assistenza alle persone detenute presenta significative peculiarità in quanto il compito di prevenzione, diagnosi, cura deve essere svolto in condizioni particolari dovute alla situazione limitativa imposta al paziente e in una maniera compatibile, sia per la sicurezza del

## La medicina in carcere rappresenta un tipico modello di “medicina della complessità”, sia per il peculiare contesto che per la numerosità e varietà delle istanze presenti

paziente detenuto e sia per quella della struttura. Il rapporto tra medicina e detenzione è quindi particolarmente complesso e delicato. Per giungere ad un risultato così articolato e ambizioso sono necessarie alcune ulteriori considerazioni. Il carcere deve essere parte costituente di un sistema pubblico equo e universalistico che incrementi un welfare di prossimità anche nell'ambito di una riproporzione delle risorse tra ospedali e territori.<sup>15</sup> Unitamente ad una maggiore attivazione organizzativo-gestionale delle Regioni e delle aziende sanitarie, appare irrinunciabile una presa in carico precoce da parte del territorio con progetti speciali finalizzati

### PER APPROFONDIRE

#### I tre concetti cardine per un nuova definizione di medicina penitenziaria

1. La tutela della salute in ambito penitenziario (ex medicina penitenziaria) è il complesso di funzioni sanitarie svolte all'interno degli istituti di detenzione per adulti e minori, presso le Rems e di una parte dell'area penale esterna relativa ad alcuni settori specifici (tossicodipendenza, incompatibilità con il regime carcerario, differimento della pena, arresti domiciliari presso strutture sanitarie, ecc.) che, alla luce dell'attuale normativa, ha integrato funzioni cliniche, di prevenzione, sociosanitarie delle aziende sanitarie locali e buone prassi cliniche, in ragione di specifici vincoli ordinamentali.
2. La specificità di tale sistema di assistenza è costituita sia dalle strutture fisiche di esecuzione penale (interna ed esterna) sia dagli utenti che sono anche portatori di specifiche problematiche giudiziarie oltre che fisiche, dal sistema giudiziario e da quello penitenziario.
3. La tutela della salute in ambito penitenziario mette in atto speciali interventi sanitari rispetto allo specifico contesto, coniugando finalità istituzionali di garanzia di salute e di sicurezza.

Fonte: Libianchi S, Cospito A, Mancinelli R. Rapporti ISTISAM 19/2, pp. 18-20.

alla prevenzione della recidiva. A tale proposito basti pensare al tema delle alcol- e tossico-dipendenze. Prioritaria deve essere anche un'opera di informazione per tutti gli operatori del settore e per gli utenti con una "costruttiva interazione interistituzionale", quale preconditione non derogabile.

Lo sviluppo di una progettazione unitaria e validata implica specificare e realizzare attività trattamentali (territoriali) e terapeutiche che determinino un cambiamento misurabile dello stato di salute della popolazione detenuta. La medicina in carcere rappresenta quindi un tipico modello di "medicina della complessità", sia per il peculiare contesto che per la numerosità e varietà delle istanze presenti. La persona con limitazione della libertà personale è portatrice di una necessità di presa in carico globale, come individuo e non come singola malattia o come somma di esse, e i modelli organizzativi del Servizio sanitario nazionale devono fornire una risposta nuova, efficace e rispettosa delle diverse identità socioculturali, etniche e di genere.<sup>16</sup>

### Le azioni concrete da realizzare

▼ Come per il cittadino libero, deve essere attivato un sistema di efficace informatizzazione dei dati sanitari, necessari anche per una specifica programmazione di settore. Ciò presuppone che sia realizzata una formazione congiunta e bidirezionale degli operatori sanitari e di giustizia con una specifica dotazione organica dedicata per ogni struttura.

▼ Urgente e irrinunciabile, a fronte del costante e regolare incremento della presenza di soggetti stranieri, appare la necessità di una mediazione culturale sistematica, specie nella auspicata prospettiva

va di scarcerazioni "accompagnate" verso una presa in carico territoriale efficace che possa anche ridurre le recidive.

▼ Modelli operativi più omogenei e un'attenzione particolare al settore minorile e alla medicina di genere (incluse le persone transgender) appaiono, anch'esse, non differibili. ▲

### Bibliografia

- 1 Who. Constitution of the world health organization. Pubblicato: 22 luglio 1946.
- 2 D. Lgs. Del Capo Provvisorio dello Stato del 4 marzo 1947, n. 1068: "Approvazione del Protocollo concernente la costituzione dell'organizzazione mondiale della sanità stipulato a New York il 22 luglio 1946".
- 3 Who. Ottawa charter for health promotion. Pubblicato: novembre 1986.
- 4 Libianchi S. La salute in ambiti confinati: la persona detenuta. Da dove ripartire per migliorare globalmente le condizioni di salute. *Recenti Prog Med* 2022; Suppl Forward 27; S22-S23.
- 5 Khajuria A. Profit over people: the injustice of commercial determinants of health. *Lancet* 2024; 403: 141-2.
- 6 The Who prison health framework a framework for assessment of prison health system performance. 12 January 2023. World health organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on social determinants of health draft. Geneva: Who, 2010.
- 7 Who Europe: "Prison and health".
- 8 Who. Status report on prison health in the WHO European Region 2022,15 February 2023.
- 9 Karystianis G, Lukmanjaya W, Buchan I, et al. An analysis of published study designs in PubMed prisoner health abstracts from 1963 to 2023: a text mining study. *BMC Med Res Methodol* 2024 17; 24: 68.
- 10 DPCM 1° aprile 2008: Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. *Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 126 del 30 maggio 2008.*
- 11 Presidenza del Consiglio dei ministri. Conferenza Unificata. Accordo 22 gennaio 2015: Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali» (Rep. n. 3/CU).
- 12 Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile. Delibera 3 novembre 2021: Fondo sanitario nazionale 2021 - Riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale. (Delibera n. 70/2021). *Gazzetta Ufficiale, n. 25 del 31 gennaio 2022.*
- 13 Ministero della giustizia: Ingressi dalla libertà - anno 2023. Pubblicato: 31 dicembre 2023.
- 14 Agenzia regionale di sanità della Toscana. La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico. Collana dei Documenti ARS, numero 83, anno 2015.
- 15 Testo del decreto-legge 14 giugno 1993, n. 187 coordinato con la legge di conversione 12 agosto 1993, n. 296, recante: Nuove misure in materia di trattamento penitenziario, nonché sull'espulsione dei cittadini stranieri". *Gazzetta Ufficiale, Serie generale, n. 188 del 12-08-1993.*
- 16 Mancinelli R, Chiarotti M, Libianchi S (a cura di). La salute nella POLIS carceraria. Evoluzione della medicina penitenziaria e nuovi modelli operativi. Rapporti ISTISAN, numero 22, anno 2019.

# Suicidi e salute mentale in carcere, una prospettiva bioetica

Grazia Zuffa  
Psicologa  
Comitato nazionale di  
bioetica

Introduco un tema così complesso e scottante proponendo due diversi punti di osservazione, dal basso e dall'alto. Come osservatorio "dal basso", scelgo la voce di operatori/operatrici del carcere, di diversa funzione, provenienti da un istituto penitenziario del centro Italia (con i quali ho avuto un incontro di recente). Gli operatori/rici e i volontari/e mi comunicano l'allarme per il repentino aumento dei suicidi (già oltre 20 dall'inizio del 2024 a livello nazionale).<sup>1</sup> La loro idea è che i suicidi siano strettamente collegati alla (difficile) gestione della salute mentale in carcere, che peraltro si ripercuote negativamente sulla gestione generale della quotidianità nell'istituto. "Ora che non c'è più l'Opg, siamo noi in prima linea", mi dice – con una nota di rassegnazione – una giovane agente di polizia penitenziaria. Da notare: c'è anche chi (spesso i giornalisti ma non solo) invoca le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) e chiede come mai non siano trasferiti lì i detenuti con sopravvenute e identificate patologie psichiatriche (i cosiddetti "rei folli"). Ognuno sa – o dovrebbe sapere – che le Rems sono destinate alla cura delle sole persone dichiarate "incapaci di intendere e volere al momento del fatto" e perciò prosciolte dal giudizio (i cosiddetti

"folli rei"): colpite da misura di sicurezza, da "scontare" appunto nelle Rems.<sup>2</sup> L'invocazione e la confusione sono però significative e vi torneremo tra poco.

Come osservatorio "dall'alto", scelgo di precisare la cornice bioetica della sospensione del diritto alla libertà di movimento (conseguente alla pena carceraria) in relazione agli altri diritti, di cui il detenuto mantiene la titolarità. Sulla carcerazione, il Comitato nazionale per la bioetica (Cnb) si è espresso con tre pareri: *Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici* (2010), *La salute dentro le mura* (2013), *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere* (2019). Nel parere del 2013, che tratta del diritto alla salute della persona detenuta, segnalò il giudizio circa "la prigione come luogo di contraddizioni: fra il principio della parità dei diritti dentro e fuori le mura (eccetto la libertà di movimento), e le esigenze di sicurezza che tendono a limitarli; fra le norme secondo cui le istituzioni devono garantire la salubrità degli ambienti di vita e gli standard igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente, e le reali condizioni di vita nelle celle sovraffollate; fra il significato della pena, basato sulla responsabilità individuale, e la concentrazione in carcere di un numero crescente di persone che appartengono agli strati più deprivati della popolazione; fra il deficit di salute di chi entra negli istituti penitenziari e un carcere che produce sofferenza e malattia".

Queste contraddizioni danno conto della difficoltà ad affermare il principio costituzionale della parità di diritti altri dalla libertà di movimento fra liberi e reclusi. Se ne ha riprova guardando alla recente sentenza della Corte Costituzionale (10/2024), che ha riconosciuto il diritto alla affettività e sessualità in carcere dopo una battaglia di decenni. Già il citato parere del Cnb del 2013 aveva auspicato una maggiore attenzione alla dimensione affettiva/sexuale delle persone ristrette e aveva sottolineato l'importanza che la persona detenuta potesse mantenere relazioni significative, in specie con i familiari. E

ciò per tutelare la salute mentale, oltre che per favorire il reinserimento della condannata/o. Eppure, ci sono voluti altri dieci anni perché il diritto si concretizzasse: per di più non per iniziativa del legislatore ma per intervento della Suprema Corte, chiamata a pronunciarsi sulla violazione di un diritto costituzionalmente garantito.

### **Tutela della salute, al centro del conflitto**

Precisata la cornice bioetica, è opportuno dipanare alcuni nodi cruciali. Le persone che entrano in carcere hanno maggiori problematiche psicologiche e psichiatriche rispetto alla popolazione generale: rappresentano perciò un gruppo ad alta vulnerabilità psicosociale. E insieme, sono costrette in un ambiente, la prigione, che come scrive il Cnb “produce sofferenza e malattia”. Dunque, in nessun altro luogo vale la raccomandazione di *considerare l’assistenza psichiatrica come una parte dell’azione più vasta di tutela della salute mentale*. Accanto a validi servizi psichiatrici, è necessario predisporre una robusta strategia in chiave preventiva, di intervento sul contesto, che cerchi di contenere la “produzione di sofferenza e malattia” del carcere. Sarebbero cioè necessari piani di azione per la salute mentale (a diversi livelli fino ai singoli istituti), che affrontino le condizioni ambientali – materiali e relazionali – della quotidianità carceraria avendo l’occhio alla tenuta psicologica dei ristretti (ma anche degli operatori che vi lavorano). Non a caso l’Oms, nelle linee guida per la salute mentale in carcere, identifica come primo fattore protettivo la percezione da parte del detenuto di essere trattato “con rispetto”.

Non mi risulta che vi sia grande impegno dell’istituzione sanitaria in questa direzione e per diverse ragioni. In primis, perché la prevenzione primaria è in generale terreno poco praticato dal Servizio sanitario nazionale, orientato sostanzialmente alla cura e alla prevenzione secondaria. In carcere, poi, parlare di prevenzione ambientale non avrebbe vita facile con l’am-

ministrazione penitenziaria, che considera sua prerogativa organizzare la vita carceraria con particolare attenzione alla sicurezza. Ciò non toglie che l’istituzione sanitaria abbia come sua precipua missione quella di garantire il diritto alla salute dei detenuti, recuperando voce anche sulle condizioni di detenzione: spazi adeguati, igiene dei locali, tempi di socialità, eccetera. Al fondo, la grande novità dell’ingresso del Servizio sanitario nazionale dentro il carcere consiste proprio in questo: affidare a una istituzione autonoma dall’amministrazione penitenziaria la gestione di un bene così importante come la salute. Con la consapevolezza che proprio in virtù di questa autonomia l’istituzione sanitaria si troverà a operare nel pieno del conflitto bioetico del “carcere delle contraddizioni”, fra diritto alla salute e sicurezza. Un conflitto che certo non può essere governato solo nel chiuso del carcere: occorre il coinvolgimento del tessuto sociale e delle istituzioni civili e politiche del territorio. In questo coinvolgimento, l’istituzione che tutela la salute ha un ruolo importante: affinché le mura del carcere diventino trasparenti, come si usa dire.

Quanto ai servizi di cura psichiatrica, l’altro terreno di impegno della sanità “dentro le mura”, i problemi non mancano. L’offerta di servizi psichiatrici in carcere è storicamente debole perché esisteva l’Opg come valvola di “scarico” dei detenuti con disturbo mentale (i già citati “rei folli”): che confluivano nell’Opg insieme ai “folli rei”. Oggi l’Opg non esiste più e le Rems sono destinate ai soli “folli rei”, come detto. Quando (a sproposito) si citano le Rems,

---

**Sarebbero necessari piani di azione per la salute mentale, che affrontino le condizioni ambientali – materiali e relazionali – della quotidianità carceraria avendo l’occhio alla tenuta psicologica dei ristretti (ma anche degli operatori che vi lavorano)**

---



Foto di @akb.ph / CC BY

in realtà si evoca un “luogo altro” dal carcere dove gestire i disturbi psichiatrici. Il che sarebbe oggi possibile: la sentenza della Corte Costituzionale 99/2019 ha aperto la strada alla detenzione domiciliare “umanitaria” per i casi di grave infermità psichica, in strutture terapeutiche. Tuttavia, questa possibilità viene raramente utilizzata e c’è da chiedersi perché. Forse si pensa ancora a un contenitore di “scarico” di miserie indistinte, di natura mentale e sociale? Come il vecchio manicomio giudiziario, insomma, magari più

decentemente riverniciato, ma sempre finalizzato alla segregazione di un’umanità scomoda. Ho appena usato la parola “gestire” a proposito dei disturbi mentali in carcere. Sottolineo il termine, nella sua ambiguità, e cerco di spiegarlo. Un tempo in Opg finivano anche i soggetti senza problematiche psichiatriche gravi, ma che il carcere non voleva/riusciva a gestire. Oggi il problema ritorna, in termini differenti. Spesso infatti si manifesta un conflitto fra l’amministrazione carceraria e la istituzione sanitaria. La prima tende a etichettare gli “ingestibili” come “psichiatrici”,<sup>3</sup> da destinare quindi alle articolazioni salute mentale (Atsm) sotto la stretta competenza e responsabilità del Dipartimento salute mentale. Ma la sanità rivendica la sua autonomia e in genere prende in carico nella Atsm solo i soggetti con le diagnosi più gravi, restituendo “gli ingestibili” alla competenza dell’amministrazione.<sup>4</sup>

### Suicidi, al cuore del “carcere dei poveracci”

Vengo al dramma, a oggi inarrestabile, dei suicidi in carcere. Il rapporto dell’ex Garante nazionale delle persone private della libertà, Mauro Palma, contiene dati aggiornati all’aprile 2023, più uno studio, dal 2012 al 2022, sulle caratteristiche delle persone suicidatesi e dei contesti in cui è avvenuto l’evento.

Fra i dati più interessanti:

- ▼ la prevalenza della cosiddetta “detenzione sociale” (nel 2022, il 23 per cento dei suicidi è rappresentato da persone senza fissa dimora) – è insomma il ben noto “carcere dei poveracci”: che dunque andrebbe indagato a fondo, oltre la retorica;
- ▼ la sovra-rappresentazione degli stranieri suicidi (degli 85 deceduti nel 2022, 49 sono italiani e 36 stranieri, il 42,3 per cento). Si noti che gli stranieri, oltre a costituire buona parte della detenzione sociale, sono i più penalizzati (per precarietà di domicilio e mancanza di lavoro o per sfruttamento) nel sistema premiale dei permessi di uscita dal carcere e di misure alternative. Spesso non hanno un suppor-

to di famiglia e di affetti e hanno maggiori difficoltà di comunicazione con la famiglia quando è lontana;

▼ le pene residue basse: delle 42 persone condannate, 38 avevano una pena residua inferiore a tre anni e 5 avrebbero terminato la pena entro l'anno in corso.

Se, come si è visto, la detenzione sociale è l'area più vulnerabile, anche le condizioni di detenzione hanno il loro impatto: i regimi "a custodia aperta" (con celle aperte fino a 14 ore e accesso a tutte le attività formative, ricreative, sportive anche fuori dalla sezione) sembrano avere una funzione protettiva, mentre sono a più alto rischio i regimi "a custodia chiusa" (con celle aperte per un minore numero di ore e partecipazione più limitata ad attività). In ultimo, ma non meno importante, l'isolamento carcerario costituisce una condizione a rischio. Eppure, sappiamo che i soggetti identificati come "a rischio di suicidio" sono di frequente isolati per essere meglio sorvegliati: ancora una volta la logica della sicurezza si rivela non in sintonia con la logica di salute.

In conclusione: spesso si punta il dito sul disagio mentale di chi si suicida e, peraltro, buona parte della prevenzione è indirizzata a individuare i "soggetti a rischio". La ricerca del Garante non conferma la "psichiatrizzazione" del problema.<sup>5</sup>

Che fare allora? Da un lato, sono insufficienti e probabilmente male indirizzati gli sforzi concentrati sui deficit individuali, quando sarebbe preferibile un approccio dinamico "ecologico" (di attenzione ai fattori traumatici dell'esperienza carceraria nell'impatto sul fattore di vulnerabilità individuale). Dall'altro, il fenomeno appare strettamente intrecciato a una vera e propria crisi di significato e funzione della pena. Perciò difficilmente può essere contrastato solo all'interno delle mura del carcere.

Nell'introduzione al documento sui suicidi, il Garante si appella "ad un diverso discorso pubblico sulla pena". Ed è ancora valida, anzi a maggior ragione preziosa, la

riflessione del Cnb nel 2010: "Problematiche così gravi come il suicidio e l'autoleSIONISMO sollecitano bensì a riconsiderare il problema delle condizioni oggettive delle carceri; ma prima ancora a mettere in luce l'insostenibilità di una politica penale che sia essa stessa causa del sovraffollamento. Una politica penale che produce un sovraffollamento delle carceri e, conseguentemente, condizioni di invivibilità tali da far aumentare in modo significativo il numero dei suicidi si pone come direttamente contraria al principio di umanità delle pene".<sup>6</sup> ▲

## Ancora una volta la logica della sicurezza si rivela non in sintonia con la logica di salute

### Note bibliografiche

1 Dopo il parere del Cnb del 2010 sui suicidi in carcere, il Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - DAP varò un "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti", nonché piani regionali e locali. Più di recente, la circolare DAP dell'agosto 2022 ha predisposto "linee guida per un intervento continuo di prevenzione", che prevede un training di formazione per gli operatori. È evidente che gli operatori/operatrici con cui mi confronto sono stati formati sulla questione suicidi.

2 Si noti il virgolettato per il termine "scontare", che segnala imbarazzo. Le REMS sono luoghi con una mission terapeutica, per cui la parola sarebbe impropria. Tuttavia, il "folle reo" è lì in stato di privazione della libertà.

3 Perlopiù si tratta di casi nello spettro ampio e indefinito dei disturbi di personalità e/o da uso di sostanze psicoattive

4 È quanto emerge da due ricerche sulla salute mentale in carcere condotte di recente in Toscana. Cfr. <https://www.societadellaragione.it/campagne/carcere-campagne/salute-mentale-in-carcere/>; [https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-DETENUTI-TOSCANA/eventi/programma\\_320.pdf](https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-DETENUTI-TOSCANA/eventi/programma_320.pdf)

5 Nel 2022, delle 85 persone che si sono tolte la vita 11 erano state certificate come affette da patologia di tipo psichico e solo in 3 casi i suicidi si sono verificati in sezioni dedicate a patologie (infermerie, ATSM).

6 Presidenza del Consiglio dei ministri, CNB Pareri 2009-2010, p.208.

# Carcere e maternità, sfide e opportunità nel sistema carcerario italiano

Paolo Siani

*Direttore Uoc Pediatria delle malattie croniche e multifattoriali  
Ospedale Santobono, Napoli*

Aslan ha circa un mese e da alcuni giorni sta vivendo nel carcere Lorusso e Cutugno di Torino insieme con la mamma che aveva commesso dei reati contro il patrimonio e nei cui confronti era stata emessa una misura cautelare dal Giudice per le indagini preliminari di Pistoia – non ancora eseguita – per due furti e due tentati furti con strappo avvenuti a marzo 2023. Poiché molto probabilmente non sapeva a chi lasciare il figlio così piccolo, la mamma lo ha portato con sé in carcere, secondo una procedura consentita dalla legge. Una legge molto avanzata del nostro Paese, che non ha per esempio il Belgio dove la figlia di 18 mesi della ex vicepresidente del Parlamento europeo Eva Kaili, avendo sia la mamma sia il papà in carcere, è stata costretta a vivere con i nonni per tutto il tempo della detenzione dei genitori, che non è stata di giorni, ma di mesi.

## Il contesto italiano e il quadro normativo

Il rapporto delle madri detenute con i loro figli minori è un grande problema del sistema carcerario. Una recente raccomandazione della Commissione europea riguardo le madri detenute specifica la necessità di salvaguardare il più possibile il legame madre-figlio e, quando i bambini, nel loro interesse, vivono in carcere, devono essere in ogni modo tutelati con misure che garantiscano la loro salute e il loro benessere. Tutte le mamme devono poter vivere il concepimento, la gravidanza, il parto, la cura e l'accudimento dei figli, soprattutto nelle prime epoche della vita, anche quelle che hanno commesso un reato e che quindi sono detenute. La

giustizia, infatti, non si limita a punire gli autori di un reato ma soprattutto vuole puntare alla rieducazione e, nel caso di madri detenute, deve garantire il legame tra madre e figlio senza privare i bambini dell'affetto e delle cure materne e d'altra parte senza neppure limitare la vita di questi bambini.

La legge attualmente in vigore prevede per le mamme recluse la detenzione negli Istituti a custodia attenuata per detenute madri (Icam) o nelle sezioni Nido delle carceri o in case famiglie protette: le sezioni Nido sono 24, gli Icam 5 e le case famiglie protette 2. Negli ultimi 30 anni, fino al 2019, la media di detenute madri è stata di circa 50 donne all'anno, poi dal 2020 si è ridotta della metà raggiungendo una media di 22 mamme e 27 bambini.

Nel 2024, a febbraio, le donne detenute con figli erano 20, con 21 bambini al seguito, di queste 5 si trovavano nell'Icam di Laurino, in provincia di Avellino.<sup>1</sup> Nel giugno 2023 le sezioni nido ospitavano 16 donne e 17 bambini, più 6 donne in gravidanza.<sup>1</sup> Le sezioni Nido sono solitamente ambienti separati dal resto dell'istituto, con stanze più ampie e curate, con mura colorate e attrezzatura per la cura dei bambini (culla, fasciatoio, ecc.). In alcune di queste sezioni ci sono spazi interni ed esterni per il gioco, biblioteche con libri per bambini e piccoli ambulatori.

## Le difficoltà della detenzione per madri e bambini

Tutti gli studi sociologici, psicologici, nonché le ricerche empiriche, come afferma la Professoressa Colamussi nel libro *Detenzione e maternità*,<sup>2</sup> segnalano in modo inequivocabile che l'ambiente carcerario, tra cui sezioni Nido e Icam, è assolutamente inconciliabile con la crescita e lo sviluppo sano e naturale di un bambino, costretto a vivere i primi anni della sua vita in un contesto di quasi totale privazione affettiva, relazionale, e sensoriale. Gli psicologi hanno dimostrato che esiste la "sindrome da prigionia": i bambini detenuti possono sviluppare difficoltà nel gestire le emozioni e senso di inadeguatezza, di sfiducia, di inferiorità, che si accompagnano a un tardivo progresso linguistico e motorio, causato dalla ripetitività dei gesti, dalla ristrettezza degli spazi di gioco e dalla mancanza di stimoli.<sup>3,4</sup>

Appare inoltre inevitabile, secondo l'esperienza degli operatori, che la detenuta trasmetta il proprio disagio sul figlio che è con lei. È anche vero che è difficile non credere che la condizione di detenzione non abbia degli effetti diretti ed indiretti sul bambino, anche al di là di quanto egli possa risentire attraverso la condizione di detenzione della madre.

Nei primi mille giorni di vita l'ambiente in cui il bambino vive svolge un ruolo decisivo per lo sviluppo del suo cervello. Come afferma Mihaela Ionescu,<sup>5</sup> direttrice dei programmi della International step by step adoption, la maggiore rete internazionale sui temi dell'educazione e dello sviluppo sui primi anni di vita, "ogni cosa intorno ai bambini influenza il loro sviluppo e il loro apprendimento. Tutto quello che avviene in un carcere quindi viene assorbito dai bambini influenzandone negativamente la crescita".

Inoltre recenti studi di neuroimaging dimostrano come l'assenza materna precoce e una privazione affettiva nelle prime fasi della vita possano determinare effetti negativi a lungo termine, in maniera massiccia, costante e globale, coinvolgendo la



totalità degli apparati psico-fisici necessari allo sviluppo del bambino. Uno studio pubblicato da *Neuropsychopharmacology* ha fatto emergere come esperienze di discriminazione vissute da una gestante possano avere conseguenze sul neonato a livello di circuiti cerebrali, determinando in particolare una più debole connettività tra l'amigdala e la corteccia prefrontale; e vivere la gravidanza in un carcere rappresenta senza dubbio una esperienza discriminante.<sup>6</sup>

Per questo motivo l'ordinamento prevede la sospensione della pena o gli arresti domiciliari per le donne in stato di gravidanza o con un bambino fino a 1 anno di età. Ma anche il distacco del bambino della madre detenuta rappresenta un evento traumatico sia per il bambino sia per la mamma. Tale separazione procura inevitabilmente al bambino un senso di abbandono e solitudine che si trasformerà in rabbia e ribellione che potrebbero indurlo, un domani, a commettere reati.

Il paradosso è che, mentre sta provando a riabilitare e recuperare una donna, lo Sta-

to condanna il figlio a una vita marginale. La detenzione di un genitore, come afferma Biondi in *Figli di detenuti*, rappresenta un forte fattore di rischio di devianza minorile.<sup>7</sup>

La maternità in carcere rappresenta per la donna un grave trauma, costretta a vivere in un luogo ristretto, con regole rigide che le impediscono di fare una qualsiasi scelta nei riguardi del figlio. È descritto, e non stupisce il fatto, che la detenuta madre viva il carcere come una pena estesa anche al figlio innocente, aumentando così il suo senso di inadeguatezza e di colpa che in alcuni casi può portarla a compiere gesti estremi.

Ed è quello che è accaduto a Roma nella sezione Nido del carcere di Rebibbia dove una donna ha scaraventato giù dalle scale i suoi due bambini di 6 e 18 mesi uccidendoli.

Le parole del cappellano di Rebibbia furono una vera invettiva contro la politica: “sui bambini purtroppo ricadono le vite logorate degli adulti. Come voi, ci sono altri 66 piccoli detenuti. Si dice basta bimbi in carcere, ma poi niente cambia. Spero che il Ministro della Giustizia adesso faccia qualcosa in tal senso. Sarete per sempre gli angeli custodi di Rebibbia”.<sup>8</sup> Queste parole per me, neodeputato, risultarono mortificanti e da quel giorno iniziai a occuparmi di questi bambini e delle loro madri detenute visitando la sezione Nido di Rebibbia, l'Icam di Lauro e la casa famiglia protetta Leda Colombini a Roma. Durante la visita all'Icam di Lauro il direttore ha spiegato che i bambini detenuti possono naturalmente uscire dal carcere per andare al nido, a scuola, a fare una passeggiata con i volontari, ma si chiedono perché non possano mai uscire con la

mamma e questo crea nel bambino un sentimento di particolare difficoltà e nella mamma dei sensi di colpa.

L'Icam è un modello che propone sedi esterne agli istituti penitenziari e le dotazioni di sistemi di sicurezza non sono invasivi o comunque non riconoscibili dai bambini.

Sono arredati e strutturati per assomigliare il meno possibile a un carcere: gli spazi sono colorati, il personale di sorveglianza lavora solitamente senza uniforme e senza armi, e ci sono educatori specializzati che aiutano le madri nella cura dei propri figli.

Ma sono pur sempre delle carceri, con le sbarre alle finestre, le luci sempre accese, le mura di cinta e i tempi di un carcere.

Proprio una mamma dell'Icam di Lauro ha raccontato che la prima parola che ha detto il suo bambino all'età di un anno e mezzo non è stata “mamma”, come per qualsiasi bambino, bensì “apri”, perché è la parola che sentiva più spesso pronunciare in carcere.

Le case famiglie protette invece sono delle vere e proprie abitazioni, anche molto accoglienti, e certamente più adatte alla vita di un bambino, in cui nulla fa pensare a un carcere.

### **Il contesto legislativo: come sono tutelati i diritti dei bambini in carcere**

Nella legge di bilancio del 2020 era stato previsto un fondo con una dotazione pari a 1,5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, destinato a contribuire all'accoglienza di genitori detenuti con bambini al seguito in case famiglia protette e in case alloggio per l'accoglienza residenziale dei nuclei mamma-bambino. Ma ad oggi, nessuna regione ha provveduto a utilizzare questo finanziamento.

L'11 dicembre 2019 è stata presentata una proposta di legge basata sull'idea di fondo che, senza fare sconti di pena, nessun bambino innocente debba varcare la soglia di un carcere, anche se attenuato. Perché è comunque un carcere. E non si può

**Il paradosso è che, mentre sta provando a riabilitare e recuperare una donna, lo Stato condanna il figlio a una vita marginale**

condannare nessun bambino a una vita ristretta, in un momento decisivo per la sua crescita.

La proposta prevedeva l'istituzione delle case famiglia protette come la prima scelta per far scontare la pena a una donna in stato di gravidanza o con un bambino fino a 6 anni di età, se non erano presenti esigenze cautelari di particolare rilevanza. Era previsto, infatti, l'obbligo per il Ministero della Giustizia di stipulare con gli enti locali convenzioni volte a individuare le strutture idonee ad ospitare case famiglia protette, alternative agli Icam, ai quali si continuerà a fare ricorso soltanto laddove esistano esigenze cautelari di particolare rilevanza. Inoltre si stabilizzava il fondo costituito dall'art. 1, comma 322, della legge n. 178 del 2020, al fine di contribuire all'accoglienza di genitori detenuti con bambini al seguito in case famiglia protette, prevedendo che i criteri individuati per il riparto delle risorse del fondo fra le regioni possano essere aggiornati con cadenza triennale.

La proposta di legge voleva così superare le criticità emerse in sede di applicazione della legge n. 62 del 2011, che prevedeva già la realizzazione delle case famiglia protette ma senza oneri per lo Stato. La custodia negli Icam avrebbe dovuto essere quindi una soluzione residuale, da adottare solo nei casi di sussistenza di esigenze cautelari di particolare rilevanza. La proposta di legge inoltre equipara alla condizione dell'ultrasettantenne – per il quale la custodia cautelare in carcere è consentita solo in presenza di esigenze cautelari di eccezionale rilevanza – quella dell'imputato unico genitore di una persona con disabilità grave, e interviene sull'istituto del rinvio dell'esecuzione della pena, che veniva esteso anche al padre di un bambino che abbia meno di un anno (quando la madre sia deceduta o comunque impossibilitata a dare assistenza ai figli) e alla madre (o al padre) di un figlio con disabilità grave che abbia meno di 3 anni.<sup>9</sup> Benché approvata all'unanimità alla Camera la proposta non è riuscita ad arrivare anche

## Il nostro Paese sembra ignorare del tutto il principio cardine della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del superiore interesse del minorenne

al Senato per la caduta del governo Draghi, e benché ripresentata nell'attuale legislatura, come prevede il regolamento della Camera, è stata snaturata in Commissione giustizia dai partiti del centro destra e quindi ritirata.

Inoltre il governo ha recentemente varato una norma che abolisce uno dei punti fermi del nostro ordinamento: il divieto del-

Foto di Markus Spiske / CC BY



la detenzione delle donne in stato di gravidanza e delle mamme con bimbi di età inferiore ad un anno. Se la norma verrà poi approvata in Parlamento avremo di nuovo più donne in gravidanza e bambini innocenti negli Icam, un carcere a misura attenuata, ma che è pur sempre un carcere, con le sue regole e i suoi tempi, per nulla adatti alla vita di un bambino. Come ha affermato la presidente del Tribunale di sorveglianza di Salerno: “dopo 15 anni di lavoro nel settore della sorveglianza, prima di cancellare la vecchia norma, avrei realizzato un numero sufficiente di case protette per le detenute madri, già previste nella legge 62 del 2011, ma realizzate solo in parte a Milano e a Roma”.<sup>10</sup>

Così il nostro Paese sembra ignorare del tutto il principio cardine della Convenzione sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza del superiore interesse del minore.<sup>11</sup>

### L’importanza di un approccio integrato

La domanda che ci si dovrebbe porre al termine di questa riflessione è: chi si prenderà cura di queste bambine e di questi bambini che hanno avuto un inizio di vita così sfavorevole? Perché, se nessuno si prenderà cura di loro una volta usciti dal carcere, è molto difficile che non seguiranno le orme delle madri e dei padri. E ce ne occuperemo invece quando, più grandi, incapperanno nelle maglie della giustizia minorile.

La vera sfida per la società è farli crescere in un ambiente quanto più consono alla vita di un bambino e sottrarli a un destino che per loro sembra già segnato alla nascita.

Per un Paese che ha a cuore la crescita dei bambini queste due azioni hanno un carattere prioritario – e non solo per il loro futuro, bensì anche per il loro presente.

Infine il Consiglio regionale della Campania con il sostegno e la spinta del garante dei detenuti ha approvato all’unanimità la proposta di legge già approvata in Parlamento nel 2022 e, se altri consigli regionali lo faranno, la proposta tornerà alle

Camere per essere sottoposta al voto del Parlamento.

Noi ce lo auguriamo perché la maternità potrebbe essere un’occasione utile per la detenuta per rivedere le proprie scelte sbagliate e proiettarsi verso un futuro migliore per sé stessa e per i suoi figli.

Pensare a spazi, luoghi, tempi e modi di detenzione a misura di madri detenute, utilizzando la sorveglianza dinamica, ormai possibile grazie alle nuove tecnologie, e le case famiglie protette risponde in pieno a questi requisiti: vuol dire offrire un’opportunità di recupero alla donna senza danneggiare il bambino. ▲

### Bibliografia

- 1 I dati aggiornati “Detenute madri con figli al seguito” e “Detenute madri e asili nido” del Dipartimento dell’amministrazione penitenziaria sono disponibile online nella sezione “Strumenti - Statistica” del sito del Ministero della giustizia.
- 2 Colamussi M. Detenzione e maternità. Bari: Cacucci editore, 2023.
- 3 Benelli E. Dimenticati, invisibili e negletti: i bambini nelle carceri. Scienza in rete, 22 gennaio 2024.
- 4 Biondi G. Lo sviluppo del bambino in carcere. Milano: Franco Angeli, 1995.
- 5 Tamburini G. I bambini in testa. Prendersi cura dell’infanzia a partire dalle famiglie. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2023.
- 6 Spann MN, Alleyne K, Holland CM, et. al. The effects of experience of discrimination and acculturation during pregnancy on the developing offspring brain. *Neuropsychopharmacology* 2024; 49:476-85.
- 7 Biondi G, Daga L. Il problema dei figli con genitori detenuti. In: Caffo E. Il rischio familiare e la tutela dei bambini. Milano: Guerini, 1988.
- 8 Salvatori C. Roma, detenuta uccide figli a Rebibbia: i funerali dei due bambini. *Il Corriere della Sera*, 27 settembre 2018.
- 9 Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e alla legge 21 aprile 2011, n. 62, in materia di tutela del rapporto tra detenute madri e figli minori (2298).
- 10 Milella L. L’intervista alla presidente del Tribunale di sorveglianza di Salerno: “Le donne incinte o le madri in carcere? Sono norme contro i minori”. *Repubblica*, 17 novembre 2023.
- 11 Siani P. Il supremo interesse del minore, sembra dimenticato. *Quaderni Acp* 1, 2024.
- 12 Siani P. Bambini innocenti in carcere con le loro mamme: tra libertà e legame materno. In Chieffi L. Salute e dignità in carcere, orientamenti bioetici. Milano: Mimesis editore, 2023.
- 13 Siani P. Senza colpe. Bambini in carcere. Napoli: Guida editore, 2023.



# Disuguaglianze di salute e transgender. Quali le priorità in Italia?

Marina Pierdominici

*Centro di riferimento per la medicina di genere  
Istituto superiore di sanità*

Transgender è un termine che include tutte le persone la cui identità di genere e/o espressione di genere non sono quelle tipicamente attribuite al sesso assegnato alla nascita. Sulla base di recenti report internazionali, le persone transgender tuttora incontrano barriere nell'accesso all'assistenza sanitaria e a risorse considerate determinanti di salute come l'istruzione, l'occupazione e l'alloggio con effetti negativi sulla salute mentale e fisica. Per affrontare queste disparità, sono necessarie politiche sanitarie mirate che garantiscano un accesso equo alle cure per tutte le persone.

Il Centro di riferimento per la medicina di genere dell'Istituto superiore di sanità (Iss), dalla sua attivazione nel 2017, è impegnato in attività di ricerca, formazione e comunicazione che tengono conto dei differenti bisogni di salute della popolazione dovuti a differenze legate al sesso e al genere. In tale ambito si inseriscono anche le progettualità dedicate alla salute della popolazione transgender. Queste

progettualità sono rese possibili grazie a una rete di collaborazioni, che si è consolidata nel corso del tempo, con altre istituzioni e organizzazioni, tra cui l'Ufficio nazionale antidiscriminazioni razziali (Unar), la Presidenza del Consiglio dei ministri, Iress, aziende ospedaliere universitarie, società scientifiche e associazioni di categoria.

### **Una panoramica sulle lacune**

Facendo una panoramica delle sfide da affrontare riguardo alla salute transgender, il potenziamento dell'attività di ricerca rappresenta una priorità, almeno per quanto di nostra competenza. Nonostante un significativo aumento nel numero di pubblicazioni relative alla salute transgender negli ultimi anni, permangono importanti lacune informative. La maggior parte delle pubblicazioni ad oggi disponibili si concentra sulla salute mentale, sulle infezioni sessualmente trasmesse, come l'hiv, sull'uso di sostanze, sulla violenza e sulla discriminazione. Tuttavia, altre aree cruciali, come l'accesso ai servizi sanitari, gli stili di vita e la prevalenza di malattie croniche, sono ancora scarsamente indagate.

Inoltre, vi è una carenza di studi longitudinali sugli effetti a lungo termine del trattamento ormonale di affermazione di genere, così come sugli effetti dell'interazione tra questo trattamento e altre terapie assunte per eventuali comorbidità. Questa scarsità di dati si traduce in una scarsità di evidenze cliniche, che a sua volta ostacola lo sviluppo di politiche sanitarie mirate. È quindi cruciale interrompere questo cir-

---

**Nonostante un significativo aumento delle pubblicazioni relative alla salute transgender, permangono importanti lacune formative**

---

colo vizioso attraverso un impegno rinnovato nell'attività di ricerca e nella raccolta di dati affidabili. Strettamente legata alla necessità di potenziare l'attività di ricerca è l'inclusione delle informazioni sull'identità di genere nelle raccolte di dati, che vanno dalla documentazione medica agli studi di popolazione. Senza tali informazioni è difficile ottenere una stima accurata del numero delle persone transgender e valutare la loro salute in confronto a quella della popolazione cisgender.

Un ulteriore aspetto cruciale nel contesto della salute transgender è il miglioramento della formazione del personale sanitario, poiché questa tematica è stata scarsamente trattata nei programmi accademici delle facoltà sanitarie fino ad oggi. Al riguardo è importante evidenziare che, sebbene le persone transgender condividano con la popolazione cisgender molte necessità di salute, presentano anche specifiche necessità, come quelle correlate al percorso medico di affermazione di genere, che richiedono un livello di competenza e una preparazione mirata del personale sanitario. Di conseguenza, è importante fornire una formazione appropriata al personale medico e sensibilizzarlo preventivamente su questo argomento, al fine di promuovere una maggiore consapevolezza culturale e sensibilità nei confronti di questa tematica di salute pubblica.

### **Una risposta istituzionale**

Infotrans è una progettualità nata dalla collaborazione tra Iss e Unar che comprende attività di ricerca, formazione e comunicazione. Questa iniziativa rappresenta una risposta istituzionale preliminare alle criticità precedentemente citate. Nel campo della ricerca, abbiamo recentemente condotto uno studio che ha fornito una panoramica dello stato di salute della popolazione transgender adulta in Italia, una lacuna precedentemente esistente. Lo studio ha coinvolto la maggior parte dei centri clinici specializzati nella salute transgender in Italia e le principali associazioni del settore, con la partecipazione

di quasi 1000 persone transgender. Alcuni dati sono attualmente in fase di pubblicazione, mentre altri, a causa della loro complessità, sono ancora in fase di analisi.

Tra i dati attualmente in fase di pubblicazione vi è quello relativo all'aderenza agli screening oncologici, un aspetto di grande importanza per le campagne di prevenzione. I risultati mostrano che solo il 34 per cento delle persone transgender assegnate femmina alla nascita ha dichiarato di aver effettuato almeno una volta nella vita il pap test, rispetto al 78 per cento della popolazione generale. Analogamente, il 58 per cento ha affermato di aver eseguito almeno una mammografia nel corso della propria vita, rispetto all'80 per cento della popolazione generale. Questi dati evidenziano l'urgente necessità di sensibilizzare la popolazione transgender sull'importanza di tali screening oncologici, e al contempo, di rendere le strutture sanitarie più accoglienti attraverso una formazione mirata del personale sanitario. Ostacoli burocratici, come la necessità di concordanza tra sesso e genere all'interno dell'amministrazione sanitaria, contribuiscono a questi risultati. Ad esempio, le persone transgender assegnate femmina alla nascita che hanno completato la rettifica anagrafica non ricevono le lettere di invito per tali screening, che periodicamente vengono inviate alla popolazione cisgender.

---

**Il percorso verso l'equità richiede un impegno costante e congiunto, unitamente al potenziamento di una rete collaborativa**

---



### **La formazione del personale sanitario**

Per quanto riguarda la formazione del personale sanitario, la carenza di formazione nel campo della salute transgender viene considerata una criticità sia dall'utenza che dal personale sanitario stesso. I nostri dati, in linea con quelli della letteratura internazionale, indicano che fino al 47 per cento della popolazione transgender si sente discriminata nell'accesso ai servizi sanitari per ragioni correlate all'identità e/o espressione di genere; e tra le esperienze negative più frequentemente riportate c'è l'assenza di formazione del personale sanitario e l'utilizzo di una terminologia inappropriata.

In linea con questi dati, una nostra recente survey – condotta in collaborazione con la Società italiana di medicina generale e delle cure primarie (Simg) e la Fondazione The Bridge per valutare l'interesse dei medici di medicina generale nei confronti della tematica transgender e i loro livelli di conoscenza – ha evidenziato che sol-



Foto di Rosemary Ketchum / CC BY

tanto il 6 per cento dei professionisti intervistati ha dichiarato di aver conseguito una formazione specifica in tema di salute transgender. D'altra parte, una percentuale significativa degli stessi ha indicato tra le azioni più urgenti da affrontare per migliorare la presa in carico dell'utenza transgender una formazione mirata, oltre che la disponibilità di linee guida nazionali sulla presa in carico dal punto di vista sanitario di questa fascia di popolazione. Sulla base di questi riscontri abbiamo organizzato in collaborazione con EduIss, la piattaforma dell'Iss dedicata alla formazione a distanza: un corso dedicato a tutte le professioni sanitarie volto a fornire le basi dell'assistenza sanitaria alle persone transgender. Il numero di iscritti raggiunto in pochi mesi (30.000) è stata un'ulteriore conferma dell'interesse dei professionisti della salute ad essere informati su questa tematica e ha evidenziato la necessità di potenziare questo aspetto nelle future progettualità in materia.

### **Infotrans per informare bene i cittadini**

Un accenno finale riguardo alle nostre attività di comunicazione. È ben noto quanto sia difficile per la popolazione generale

reperire su Internet informazioni affidabili e aggiornate in ambito sanitario, così come in molti altri settori. Questa difficoltà è ancora più marcata per la popolazione transgender, spesso costretta a basarsi sul passaparola per ottenere informazioni relative alla propria salute. Una prima risposta a questa criticità è stata la creazione nel 2020 del portale web Infotrans.it che mette a disposizione, con un linguaggio accessibile e con facilità di consultazione, informazioni sanitarie e giuridiche dedicate alle persone transgender. Tra i contenuti del sito vi sono informazioni aggiornate sulla prevenzione, la salute generale, il percorso di affermazione di genere, compresi il supporto psicologico, il trattamento ormonale e chirurgico, nonché il diritto al cambio dei documenti e le norme da conoscere prima di affrontare eventuali interventi chirurgici di affermazione di genere, oltre ai principali falsi miti e bufale che circolano sul tema.

Infotrans include inoltre una mappa aggiornata dei servizi sanitari pubblici dedicati alle persone transgender sul territorio nazionale, fornendo dettagli utili quali gli indirizzi, la composizione dei team multidisciplinari, i costi eventualmente sostenuti e i tempi d'attesa. Infine, Infotrans rappresenta una piattaforma web predisposta anche per condividere le migliori pratiche rivolte ai professionisti di diversi settori, che spaziano dall'ambito sociosanitario a quello istituzionale, lavorativo, formativo, della comunicazione e dell'informazione.

Nonostante questi importanti risultati, le sfide che si presentano per il futuro sono ancora molte. Il percorso verso l'equità nell'assistenza sanitaria per le persone transgender richiede un impegno costante e congiunto, unitamente al potenziamento di una rete collaborativa che coinvolga tutti gli stakeholder interessati, a ogni livello, a questa tematica. ▲

### **Bibliografia**

- 1 Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health* 2022; 23: S1-S259.
- 2 Reisner SL, Poteat T, Keatley J, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* 2016; 388: 412-36.
- 3 Winter S, Diamond M, Green J, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet* 2016; 388: 390-400.
- 4 EU Agency for fundamental rights. A long way to go for LGBTI equality: technical report. Luxembourg: 2020.
- 5 Leone AG, Casolino R, Trapani D, et al. Position paper of the Italian association of medical oncology on health disparities among transgender and gender-diverse people: the Assisi recommendations. *EClinicalMedicine* 2023; 65: 102277.
- 6 Burgwal A, Gvianishvili N, Hård V, et al. The impact of training in transgender care on healthcare providers competence and confidence: a cross-sectional survey. *Healthcare (Basel)* 2021; 9: 967.
- 7 Marconi M, Pagano MT, Jiska Ristori, et al. Sociodemographic profile, health-related behaviours and experiences of healthcare access in Italian transgender and gender diverse adult population. *Journal of Endocrinological Investigation* 2024. In press.

Il benessere e la salute delle persone LGBTQ+ è una materia ancora assente tanto nei corsi universitari di laurea in medicina e chirurgia quanto nei programmi specialistici per il diploma di formazione in medicina generale. Spesso tutto quello che si impara è frutto di una ricerca personale tra le poche offerte formative su questo specifico argomento che negli ultimi anni si possono trovare su alcuni siti scientifici. Pertanto la formazione sulla salute delle persone LGBTQ+ è un percorso perlopiù ristretto a coloro che già hanno una sensibilità sul tema e che tende ad escludere la maggioranza degli aspiranti medici di medicina generale. Quando, invece, c'è un crescente bisogno di conoscenze e competenze su un ambito medico così particolare che oltre alle persone LGBTQ+ include anche il nucleo familiare. Spesso infatti le famiglie condividono lo stesso medico di medicina generale. Dunque, chi sceglie di lavorare come medico di medicina generale può rivestire un ruolo importante con un punto di osservazione privilegiato rispetto alle dinamiche familiari.

L'ultima indagine di Ipsos del 2023 rivela che il 9 per cento della popolazione italiana si identifica come LGBTQ+, e di questi il 4 per cento come transgender.<sup>1</sup> Per renderci conto dell'impegno che ci attende (almeno basandosi sui dati di Ipsos) possiamo fare alcuni calcoli. Gli elenchi dei medici di medicina generale contano circa 1500 assistiti; il 4 per cento di questo totale corrisponde a 60 persone che si moltiplicano se aggiungiamo i componenti delle famiglie nelle quali vivono le persone transgender. È importante tenere in considerazione anche la famiglia poiché può svolgere un ruolo di guida e supporto. Numerose ricerche, infatti, indicano un aumento del rischio suicidario fino a 8,5 volte quando la famiglia non accoglie il coming out.<sup>2</sup>

### La domanda di salute

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce la salute come "una condizione di

# Il medico di medicina generale e la salute delle persone transgender

Rosa Pedale

Medica di medicina generale

*Nel redigere questo testo, è stata fatta la scelta consapevole di utilizzare il maschile universale per motivi di scorrevolezza e fluidità del linguaggio. Tuttavia, dove possibile, si è cercato di adottare un linguaggio inclusivo che rispecchiasse la diversità e l'equità di genere.*

Il sondaggio Ipsos 2023 pubblicato per il Pride Month



Foto di Rdne Stock Project / CC BY

completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità". Le persone transgender comprendono molto presto cosa significa "alterazione dello stato di salute". Molti studi hanno stabilito che l'età nella quale si percepisce la propria identità sessuale è intorno ai 4-5 anni, talvolta anche prima. Questo disallineamento tra identità di genere percepita e genere assegnato alla nascita è l'inizio del prolungato disagio – chiamato *minority stress* – che accompagnerà la persona per molti anni della sua vita e che è causa di sintomi quali ansia, attacchi di panico, insonnia e tutto quel corredo sintomatologico frutto del disagio di vivere in un ambiente sociale-culturale e familiare non accogliente. In questa fase della crescita i pediatri rivestono un ruolo decisivo e possono fornire supporto sia alla famiglia attraverso colloqui con i genitori, sia al bambino costruendo un ambiente aperto e accogliente verso dubbi ed eventuali richieste. Nel

momento in cui questo sostegno non viene offerto, la sofferenza può trasformarsi in omofobia internalizzata, fino a portare a un rifiuto della propria identità, a una bassa autostima, a una repulsione per i propri sentimenti di non appartenenza al genere assegnato alla nascita. Tutto ciò molto frequentemente sfocia in episodi di autolesionismo, di sindromi psicosomatiche o in sintomi neurologici tipici del disagio sociale.

Così quando da adolescenti le persone transgender giungono nei nostri ambulatori possiamo trovarci di fronte a due situazioni. Nella prima situazione, il coming out è già stato affrontato e vissuto serenamente anche dalle persone più care; quindi si tratta di accompagnare la persona e la sua famiglia lungo il percorso di affermazione di genere. Questo implica un arricchimento continuo del nostro bagaglio culturale di conoscenza e competenze, cercando sul territorio strutture sanitarie con specialisti endocrinologi o chirurghi, >





psichiatri e psicoterapeutici che possano affiancarci nella risoluzione dei piccoli e grandi problemi che sorgeranno. In sostanza, si tratta di individuare e creare uno spazio all'interno dell'équipe multidisciplinare necessaria per gestire il percorso di affermazione. È importante anche non trascurare le reti di supporto sociale offerte dalle associazioni del territorio come Arcigay, Famiglie Arcobaleno, Genderlens, Agedo, Rete Lenford e Genitori Rainbow. Queste realtà, a mio avviso, sono fondamentali per confrontarsi, dialogare e ascoltare, e sono quindi risorse utili da suggerire alla persona transgender e alla sua famiglia.

Diversa è la situazione in cui la persona che arriva nel nostro studio è alla ricerca e definizione della propria identità di genere. Potrebbe essere confusa e forse sta combattendo con l'omofobia interiorizzata. Non ha rivelato nulla ai suoi genitori né a nessun altro componente della famiglia; ha confidato i propri dubbi soltanto a

---

## La persona transgender entrerà nell'ambulatorio per comprendere fino a che punto arriva la nostra sensibilità e la nostra competenza

---

qualche amico. Logicamente questa è solo una semplificazione binaria e tra questi due estremi esistono molteplici situazioni intermedie. Cosa possiamo fare, però, in questo secondo caso?

### **Dall'accoglienza all'osservazione a distanza**

È auspicabile rendere la sala di attesa consona all'accoglienza delle persone LGBTQ+: un manifesto o una locandina informativa sulla salute delle persone queer, una bandierina arcobaleno, qualche rivista sui diritti umani, un attestato di partecipazione a corsi di perfezionamento su argomenti della Salute LGBTQ+. Insomma, facciamo

capire che dell'argomento ne capiamo qualcosa e che siamo lì a disposizione. Purtroppo la prima visita e la compilazione della scheda anamnestica non ci aiuterà ad orientarci, la raccolta dei dati è ancora molto spesso binaria (per quanto riguarda il sesso biologico) e non è orientata verso il tipo di sessualità che viene messa in pratica. Quindi molto è affidato alla nostra percezione ed esperienza.

La persona transgender entrerà nell'ambulatorio per comprendere fino a che punto arriva la nostra sensibilità e la nostra competenza. Potrebbe venire in ambulatorio più volte, con qualche pretesto clinico, ad esempio un certificato di idoneità sportiva, una richiesta di informazioni sul funzionamento dei servizi sanitari, o per ritirare una prescrizione che avrebbe potuto ricevere dalla segretaria. Situazioni ambigue e per le quali, alla fine della visita ti chiedi perché mai abbia fatto tutta la fila e abbia pazientemente atteso senza un motivo preciso.

Spesso i giovani che si rivolgono a noi desiderano prendersi del tempo per valutare la nostra affidabilità e se siamo in grado di aiutarli ad accettarsi, nonché se possiamo accogliere i loro dubbi e segreti. È difficile definire la durata di questa fase iniziale di conoscenza, poiché dipende dalla disposizione della persona a confidarsi e rivelarsi.

### **La fase del dubbio e il dialogo empatico**

Durante questo periodo, le competenze comunicative e la capacità empatica giocano un ruolo fondamentale, insieme all'esperienza e all'intuito, portandoci alla stimolante e intrigante condizione del "dubbio". Il dubbio è il motore principale della conoscenza; prestare attenzione alla persona e alla sua famiglia nel tempo porterà alle risposte. L'abilità nel condurre un colloquio efficace è l'elemento centrale per diventare ed essere dei validi alleati.

Il medico di famiglia, incontrando ripetutamente la persona e coloro che gli sono vicini, può raccogliere frammenti di informazioni utili per sciogliere i dubbi e

---

## **Avviato il dialogo e instaurata una relazione empatica, gran parte del lavoro è compiuto**

---

incoraggiare la persona a confidarsi. Per un colloquio efficace è fondamentale utilizzare le parole giuste per comunicare. E quando l'identità di genere della persona è chiara, è fondamentale chiedere quali sono i pronomi che desidera vengano utilizzati. Avviato il dialogo e instaurata una relazione empatica, gran parte del lavoro è compiuto.

I passaggi successivi nella prevenzione e nella cura non sono molto diversi da quelli di altre persone iscritte nei nostri registri: familiari, stili di vita, sessualità e rischi di malattie sessualmente trasmissibili. È importante considerare il sesso biologico per gli screening tumorali, e anche la terapia ormonale che inizieranno e li accompagnerà per tutta la vita, insieme ai possibili effetti sulla salute.

Sono convinta che sia fondamentale introdurre nelle cartelle cliniche anamnestiche (territoriali e residenziali) un modulo orientato non solo al sesso biologico ma anche all'identità di genere e all'orientamento sessuale. Quando la domanda anamnestica sarà corretta e la risposta completa, la necessità di formazione sarà consequenziale. Mi auspico quanto prima che ciò avvenga perché quando mi sono laureata e abilitata, e ho giurato sul Codice deontologico medico non era prevista alcuna discriminazione. ▲

### **Bibliografia**

- 1 LGBT+ Pride. A 30-Country Ipsos global advisory survey. Ipsos, 2023.
- 2 Ryan C, Russell ST, Huebner D, et al. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2010; 23: 205-13.

# Responsabilità

La responsabilità è la capacità di rispondere, rendere ragione delle proprie e altrui azioni. Agire responsabilmente implica compiere i propri doveri, rispettare i diritti degli altri, nonché preservare e promuovere il bene nella consapevolezza delle conseguenze derivanti dalla propria condotta. Attribuire una responsabilità a qualcuno non corrisponde unicamente a limitarsi a considerare la relazione tra una persona e lo stato di cose che ha causato. Vengono messi in gioco motivi, intenzioni e conseguenze. A seconda delle situazioni e dei modi in cui si è operato, la nozione di responsabilità può variare. A volte, infatti, saranno più le conseguenze a essere evidenziate, talora le motivazioni alla base dell'atto commesso. Con accezione e uso particolare, la frase "assumersi le proprie responsabilità" viene pronunciata con sfumature diverse e variamente articolata soprattutto quando, all'interno di un gruppo, s'intende scindere la responsabilità dei singoli componenti da quella solidale dell'intero gruppo. Questo avviene quando la situazione è estremamente difficile o grave e impone che ciascuno si assuma le proprie responsabilità. Il concetto gioca un ruolo specifico in base ai diversi approcci della riflessione morale contemporanea ma, anche non considerando i vari significati che può assumere nelle svariate prospettive etiche, un'importante distinzione è quella tra la responsabilità verso l'altro, dove l'accento cade sull'alterità, e la responsabilità per il futuro, in cui si dà maggiore importanza al tempo. Il mettere in discussione la dimensione futura è al centro della

riflessione di Hans Jonas, in un continuo confronto con i temi principali della bioetica.

Nelle opere di Jonas le riflessioni bioetiche si intrecciano con una particolare considerazione della scienza e della tecnica moderne, che hanno come referente il pensiero di Heidegger e la sua visione della tecnica come destino della civiltà occidentale. Secondo Jonas la tecnica nel corso dei secoli subisce uno sviluppo evolutivo in base al quale passa da strumento orientato a soddisfare necessità primarie, a mezzo capace di creare nuovi desideri e bisogni, assimilando in sé l'idea di progresso. Prima del Novecento la portata dell'azione umana poteva essere circoscritta; l'odierno potere tecnologico invece, producendo effetti a più ampio raggio, è capace di coinvolgere la dimensione futura, quindi si è costretti a tenere conto delle condizioni globali della vita umana, del futuro più lontano, della sopravvivenza della specie.

Anche l'etica, prendendo atto di questa novità, deve adeguarsi e lo fa inglobando in sé una nuova dimensione, prima inesistente, quella della responsabilità.

Il principio di responsabilità ha le sue radici nel potere e nella libertà di cui l'uomo è dotato; nell'uomo, secondo Jonas, l'evoluzione cessa di essere un processo meccanico e autogestito per diventare obiettivo consapevole e problema di scelte per il futuro. L'evoluzione della specie umana e della natura, attraverso un incremento del potere distruttivo e la possibilità di accedere ai meccanismi originari della vita grazie all'ingegneria genetica, diventa il risultato delle scelte

dell'uomo, per questo è fondamentale che tali scelte siano consapevoli e responsabili.

Il principio di responsabilità secondo Jonas è un dovere assoluto della qualità e della sacralità della vita e le conseguenze delle azioni umane non si valutano in base al potersi procurare un certo benessere. L'oggetto ultimo dell'etica della responsabilità non è la prosperità o la felicità, ma la sopravvivenza delle generazioni future, un bene che non è quantificabile. La strategia che adotta non è quella di scegliere, dopo vari calcoli probabilistici in base ai risultati dannosi o non dannosi che le nostre azioni potrebbero produrre in un futuro non necessariamente lontano, ma quella di attribuire in ogni caso un peso maggiore alla minaccia piuttosto che alla promessa di esiti positivi.

**Maria Teresa Busca**

*Gruppo di ricerca bioetica, Università degli studi di Torino  
Scuola superiore di bioetica della  
Consulta di bioetica onlus*

I lemmi sono tratti dal libro *Le parole della bioetica*, a cura di Maria Teresa Busca e Elena Nave (Roma: Il Pensiero Scientifico Editore). Per gentile concessione dell'editore.

# L'inchiesta dal basso per una medicina sociale

Il "sociale" dall'Unità d'Italia a oggi, in *Quante storie* raccontante da Goffredo Fofi

In tempi di Pnrr coi suoi bandi milionari gestiti dall'Unione europea e dai ministeri, cosa può significare ricostruire oggi una vicenda del secondo dopoguerra, seguendo la quale si capirebbe che il primo sviluppo del sociale in Italia è avvenuto "dappertutto e dal basso"? Lo spiega l'ultimo libro di **Goffredo Fofi**, *Quante storie* (Altreconomia Edizioni, Milano 2024), affidandosi a un paradosso: i cinque capitoli del testo sono infatti dedicati alle vite e all'opera di un manipolo di italiani che, in quegli anni, si dedicò a innovativi progetti educativi e di sviluppo di comunità.

La parola "comunità" è centrale nella storia del riformismo del dopoguerra: ricostruire comunità, riattivare forti sistemi sociali comunitari è stato un compito cruciale assuntosi dalla migliore intellettualità dopo la Liberazione. L'autore passa rapidamente in rassegna le storie e gli apporti al sociale di uomini e donne noti e meno noti, come Sibilla Aleramo, Aldo Capitini, Danilo Dolci, don Zeno Saltini e don Lorenzo Milani, Umberto Zanotti Bianco, Margherita Zoebeli, David Turoldo e tanti altri, oltre ovviamente Adriano Olivetti.

Come scrive Giuseppe De Rita nella "Prefazione", leggendo Fofi si ricava una mappa dell'espansione del sociale, così come dello sviluppo economico, cresciuti in Italia un po' dappertutto e con logiche le più diverse, sia pure sotto l'impulso di certi personaggi chiave, alcuni dei quali – come don Milani e Adriano Olivetti, protagonista del quarto capitolo del libro – quasi leggendari.

D'altra parte la Olivetti di Ivrea per un periodo è stata la seconda industria elettronica al mondo, dopo quella degli Stati Uniti, e forse avrebbe potuto mantenere quel livello se – stante l'analisi di Fofi – non fosse stata oggetto di una sorta di complotto orchestrato a livello della Fiat, della Confindustria e dei ministeri italiani.

De Rita insiste molto su questa tessitura dalla base, quasi di popolo, della trama sociale della nazione dopo il fascismo, ipotizzando si sia trattato di un processo complesso e a tante voci, che non veniva dall'alto: non frutto quindi di un programma di sistema, ma nato piuttosto dallo spontaneo svolgersi di ambizioni, speranze, responsabilità di ogni tipo e radice. Tanto è vero che, nel "dappertutto e dal basso" della crescita del sociale in Italia, si ritrovano non a caso giovani di cultura cattolica o protestante come di culture laiche, azioniste e socialcomuniste; giovani intellettuali di area liberale; fautori della responsabilità pubblica e del welfare, ma anche paladini di un'albescente voglia di privato. Tutti uniti nel segno dell'affermazione di una cultura del sociale italiana, molto rilevante anche e soprattutto ai fini della salute e della sanità pubbliche.

## Il primo impulso a una medicina sociale

Nel primo capitolo, in una sorta di prologo, Fofi si sofferma sulla scena italiana dell'anteguerra, ponendo al centro dell'attenzione tre singoli personaggi: Giovanni Cena, Sibilla Aleramo e Umberto Zanotti Bianco.

Quest'ultimo animava l'Associazione per gli interessi del Mezzogiorno d'Italia (Animi), e insieme a un giovane scrittore piemontese di nome Giovanni Cena, autore di un romanzo intitolato *Gli ammonitori* che piaceva molto a Calvino, va considerato il fondatore del moderno concetto di assistenza sociale, del quale siamo eredi.

Il piemontese Cena, trasferendosi a Roma, aveva stretto legami con un medico chiamato Angelo Celli, largamente e ingiustamente dimenticato, giacché fu il primo a studiare la malaria. Diventando deputato, impose l'utilizzo del chinino, rivoluzionando la medicina così come oggi fanno i vaccini. Si trattò infatti di un cambiamento decisivo: il mondo cambia quando il chinino inizia a esser venduto a prezzi bassi, controllati, nelle farmacie e nei tabaccaia, divenendo un monopolio di Stato, una medicina universale. La malaria è stata combattuta ed eradicata grazie al chinino, anche se resistette fino agli anni Cinquanta in molti luoghi, accanto alla pellagra e ad altre malattie causate dalla malnutrizione. Si potrebbe dire che questo sia stato il primo impulso ad una medicina sociale, nata presto in Italia e cresciuta dopo la Seconda guerra mondiale.

Cena, Celli e Aleramo, già nei primi anni del Novecento, fondarono le scuole nell'Agro Romano, inventando anche nuovi modi di insegnare nelle campagne ancora non bonificate, per esempio tenendo le lezioni nelle capanne con i tetti di canne. Aleramo scrisse *Una donna*, ancora oggi un grande libro e un manifesto del femminismo italiano famoso in tutta Europa. Nel 1899, dopo essersi trasferita a Roma, le venne assegnata la responsabilità della guida del settimanale socialista "L'Italia femminile" che ospitava una rubrica di discussione interattiva con le lettrici e cercava attivamente la collaborazione di intellettuali progressisti. In quel periodo Aleramo si legò a Cena e iniziò a insegnare nell'Agro romano,

rischiando di persona la malaria, come molti altri volontari. Ma non fu la sola donna a spendersi nel sociale, in quegli anni pionieristici: oltre a lei, Fofi ricorda Anna Kuliscioff, Matilde Serao, scrittrice napoletana, grande giornalista, autrice di denunce sulle condizioni di vita a Napoli, e soprattutto Maria Montessori che ha giocato un ruolo importante nel versante tecnico e pedagogico, con contributi significativi ed elevati noti in tutto il mondo.

Zanotti Bianco invece era soprattutto un mediatore tra molte difficili situazioni italiane e non solo (essendo nato a Creta da genitori diplomatici). La sua storia è centrale, così come quella di Cena, creando modelli che hanno lasciato un segno nell'intervento sociale pur animati da diverse idealità: Zanotti era un liberale, mentre Cena un socialista. Dopo la guerra, Zanotti divenne presidente della Croce Rossa e in seguito fu anche uno dei fondatori di Italia Nostra, associazione di salvaguardia dei beni culturali, artistici e naturali.

## La sociologia nel dopoguerra

Sotto il fascismo gli italiani non conoscevano l'Italia, anche a causa della forte censura per cui le notizie, selezionate, circolavano solo se approvate dal regime. Nel 1945, si sentì forte il bisogno di scoprire non solo da dove venivamo, ma soprattutto come vivevamo. Il vero tema era: chi siamo? Come viviamo? Chi sono i nostri vicini o i nostri lontani? Alcune risposte, ancora una volta non sistematiche, ma circostanziate e focalizzate, furono frutto di inchieste, spesso promosse da giornali e riviste, e altre volte frutto dell'intraprendenza e della vivacità della migliore intellettualità di quegli anni. Le inchieste potevano avere un largo raggio o venir centrate su gruppi ristretti o addirittura su individui-modello. L'idea dell'immaginazione sociologica permeava la cultura di quegli anni non solo nel campo della sociologia, ma anche nella letteratura. Si

trattava di raccontare la vita di individui comuni per descrivere un'intera epoca, e alcuni scrittori sapevano farlo meglio di tutti.

Fu così, per esempio, che "Comizi d'amore", docufilm di Pasolini, può esser ritenuto un documento esemplare che racconta la sessualità dell'Italia agli albori del boom economico. Dando la parola direttamente alla gente, attraverso interviste estemporanee e non preparate, Pasolini, a suo modo, è stato un grande investigatore, raccontando l'Italia a coloro che non la conoscevano attraverso una sorta di geografia dei sentimenti, partendo da un quesito di base: cosa sanno gli italiani del sesso? La conoscenza del sesso non era e non è un aspetto secondario, poiché riguarda i rapporti tra uomini e donne, tra adulti e bambini, tra borghesi che sanno e proletari che non sanno: Marx scriveva che è dalla qualità del rapporto tra uomini e donne che può misurarsi il grado di civiltà di una nazione. Dal film di Pasolini e da un'altra sua inchiesta famosa del '59, "La lunga strada di sabbia", pubblicata a puntate su "Successo", illustrata dalle foto altrettanto significative di Paolo Di Paolo, si ricava un riflesso della società italiana ancora estremamente rigida nei suoi stereotipi e bloccata, una nazione in fase di trasformazione, in via di confronto con una modernità che si stava diffondendo ed esplodendo.

Fofi insiste a ragione sul ruolo svolto dalle riviste culturali, politicizzate e non nel dar conto della nuova Italia; l'attenzione andava oltre la sociologia insinuandosi anche nel giornalismo e nella narrativa. Infatti Pasolini non restò solo: altri grandi scrittori, come Guido Piovene per la rivista *Epoca*, o Carlo Levi con il suo romanzo *Cristo si è fermato a Eboli*, hanno di fatto promosso e condotto un'attività di inchiesta preziosa per avvicinare l'Italia agli italiani. [...] Più originale appare il richiamo di Fofi all'opera di don Milani considerata in quest'ottica, grazie alle "Esperienze pastorali", un libro

che è di fatto un'inchiesta che analizza l'economia, la storia e la cultura del Mugello, rappresentando un altro filone dell'inchiesta sociale, ovvero le monografie sulle situazioni cittadine o gli ambienti specifici. Questo è un aspetto tanto antico quanto trascurato, poiché sono davvero pochi i libri che hanno raccontato dei piccoli centri in modo simile.

## Alla ricerca di un approccio ecologico

Secondo Goffredo Fofi, questo modo approfondito e di punta di concepire il giornalismo d'inchiesta è ormai tramontato. Oggi, con la presenza di internet e la libertà di espressione che ne deriva, siamo testimoni di un'eccessiva libertà di chiacchiericcio, che non favorisce l'inchiesta ma alimenta la costante falsificazione della realtà e la superficialità nella sua narrazione. Sul finire del libro, l'autore si chiede dunque come fornire strumenti solidi per analizzare il mondo in cui viviamo, sia a livello locale che globale; come adottare un approccio "ecologico" o un'"igiene dello sguardo" in grado di ripulire la nostra visione da sovrapposizioni colorate, dolorose o falsificate che ci impediscono di vedere la realtà come realmente è, a occhio nudo.

Anche se, oggi, il vero vuoto che sentiamo riguarda non tanto la comprensione del mondo, ma la capacità di intervenire in qualche modo correggendone le storture. Come? A partire dall'impegno individuale, ma non da soli, sostiene Fofi in un ultimo appello: "Dobbiamo porci domande profonde: 'Qual è il mio ruolo nel mondo di oggi, in questa epoca? Cosa posso fare per rendere il mondo meno deprimente di quanto sia attualmente?' E queste domande devono essere affrontate insieme ad altri, poiché l'azione solitaria potrebbe non bastare".

Luciano De Fiore

*Il Pensiero Scientifico Editore*

# La lettura continua su **ilpunto.it**

ARTICOLI, COMMENTI E INTERVISTE

## ETICA

**L'assistenza al bambino negli hospice.**

**Ricostruzione storica**

Giancarlo Cerasoli,  
Niccolò Nicoli Aldini,  
Sara Patuzzo

## PROFESSIONE

**La crescita "umana" dello studente di medicina e del medico. Le medical humanities**

Intervista a Silvana Quadrino

## SOCIETÀ E POLITICA

**Il precariato è una nuova classe sociale**

Intervista a Guy Standing

## VIDEO

### FACCIAMO IL PUNTO 2024

**Tre parole dell'oncologia**

*L'incontro sulla "verità"*

*L'incontro sul "tempo"*

*L'incontro sul "destino"*

**Le interviste a:**

Guido Giustetto,  
Alessandro Comandone  
Massimo Aglietta,  
Massimo Di Maio,  
Elena Alma Rastello,  
Paola Varese  
Mario Airoidi,  
Vanessa Maher,  
Gaia Rayneri,  
Riccardo Torta

## RUBRICHE

### LETTI E SOTTOLINEATI

**La nuova rubrica: una panoramica settimanale sulla letteratura medica e sui media**

*Intelligenza artificiale, valori umani e costi ambientali*

**Due libri sul comodino e acronimi improbabili**

New York Times, NEJM Catalyst,  
Scholarly Kitchen, Science, Lancet

The screenshot displays the homepage of the website 'il punto', which focuses on 'contatti su medicina e sanità' (contacts on medicine and health). The site is a project of the Istituto di Medicina e Scienze di Torino. The main content area features several article cards with images and titles. The sidebar on the right contains a navigation menu with categories like 'La settimana', 'Gli incontri', 'Interviste e dibattiti', 'Lettere e commenti', 'Segni e sintomi', and 'Tutti gli argomenti'. The article cards include titles such as 'Il precariato è una nuova classe sociale', 'Suicidi e salute mentale in carcere, una prospettiva bioetica', and 'Tutelare la salute in ambito penitenziario. Come?'.

# il punto

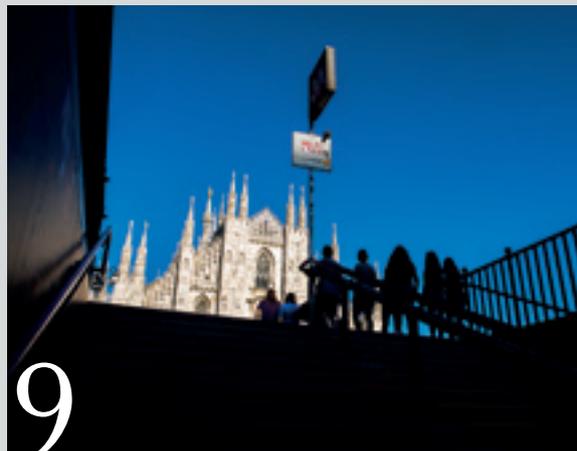
confronti su medicina e sanità



3

Il nostro impegno e dovere è informare e diffondere la consapevolezza che un comportamento etico è una scelta di rispetto per sé stessi e per gli altri.

*Guido Giustetto, Roberto Romizi*



9

La mercificazione della salute si realizza anche tramite l'egemonizzazione culturale e del linguaggio.

*Noemi Sacchi*



27

Ancora una volta la logica della sicurezza si rivela non in sintonia con la logica di salute.

*Grazia Zuffa*



40

Avviato il dialogo e instaurata una relazione empatica, gran parte del lavoro è compiuto.

*Rosa Pedale*



[www.ilpunto.it](http://www.ilpunto.it)

Il progetto culturale dell'OMCeO di Torino

Sfoggia la rivista digitale