

La promozione della salute negli istituti di reclusione: dalla cura della malattia all'*empowerment* del paziente

Rocco PALUMBO

Dottorando di ricerca in Economia e Direzione delle Aziende Pubbliche

Dipartimento di Studi e Ricerche Aziendali

Università degli Studi di Salerno

84084

Via Ponte don Melillo, Fisciano (SA)

e-mail: rpalumbo@unisa.it

Abstract. Le risorse destinate alla tutela della salute trovano impiego prevalente in attività di “medicalizzazione”, ossia nel mero trattamento sanitario delle patologie, in assenza di un incisivo intervento sui determinanti della salute. Considerazione analoga vale in ambito penitenziario, malgrado l’impatto esercitato dalle recenti riforme legislative. Il mutamento nella composizione demografica della popolazione detenuta, d’altro canto, “spiazza” il modello di cura tradizionalmente sedimentatosi negli istituti penitenziari, ispirato ad un approccio di tipo reattivo e “bio-medico”. Attraverso rielaborazioni dei dati pubblicati dall’ISTAT e dal Ministero della Giustizia, il presente articolo evidenzia il progressivo invecchiamento riscontrabile nella popolazione detenuta, alla base di un radicale cambiamento nelle esigenze assistenziali dei ristretti; sulla base del confronto tra i bisogni di salute, la domanda di assistenza e l’offerta di servizi sanitari all’interno degli istituti di pena emerge un’evidente inadeguatezza del sistema sanitario penitenziario nel far fronte ai problemi di salute dei reclusi in età avanzata. Sulla scorta delle principali riflessioni proposte dalla dottrina, si perviene alla formulazione di linee guida per la rivisitazione della medicina penitenziaria, identificando la promozione dell’auto-cura come un intervento essenziale sia per il recupero di efficacia che di appropriatezza nella prestazione dei servizi di cura ai detenuti.

Keywords. Sanità penitenziaria, auto-cura, *self-care*, invecchiamento, bisogni sanitari.

1. Il mutamento dei bisogni assistenziali in ambito penitenziario

Due aspetti caratterizzano le attività svolte oggi giorno in seno al sistema sanitario: da un lato, la maggior parte delle risorse destinate alla tutela e alla promozione della salute trova impiego in interventi protesi a fornire un rimedio alle conseguenze di comportamenti rischiosi per il benessere psico-fisico (Bandura, 2005); dall'altro lato, il concetto medesimo di assistenza è sottoposto a un continuo, seppur lento, mutamento sotto il profilo epistemologico, che trova espressione nella transizione da un modello di cura centrato sulla malattia a un approccio proteso alla promozione della salute, nella prospettiva di un'evoluzione verso l'intento di "prendersi cura" della persona, prima ancora che "curarla" (De Valck, *et al.*, 2001).

D'altro canto, l'attuale composizione della domanda di salute incoraggia una tale evoluzione (Cervia, 2011; European Commission, 2010): il progressivo invecchiamento della popolazione e il maggior peso assunto dalle malattie croniche determinano l'inadeguatezza del tradizionale approccio "bio-medico", che individua nel mero trattamento della patologia il suo principale oggetto di interesse (Niero & Bertin, 2012). L'adozione di un'impostazione di tipo "bio-psico-sociale", volta a restituire centralità al paziente inteso quale persona, prima ancora che come "corpo malato" da sottoporre a un intervento sanitario, rappresenta una delle risposte più efficaci per far fronte ai nuovi bisogni di salute espressi dalla collettività (Engel, 2004).

Concentrando lo sguardo sul sistema sanitario penitenziario, segnato di recente da un radicale riassetto sotto il profilo istituzionale e organizzativo per quanto concerne l'assistenza sanitaria a favore dei ristretti¹, è possibile trovare conferma di quanto fino a questo punto argomentato. L'età della popolazione reclusa, infatti, manifesta un'evidente tensione alla crescita su scala internazionale (Human Right Watch, 2012; Maschi, *et al.*, 2012; Baidawi, *et al.*, 2011; Finkel, 2011; Harris, *et al.*, 2007; Hill, *et al.*, 2006; Gal, 2002; Aday, 1994), esito della congiunta influenza di numerosi fattori, tra cui la maggiore longevità dei reclusi (in linea con le più lunghe aspettative di vita della popolazione generale), la crescente severità delle autorità giudiziarie nell'emanazione delle sentenze, il correlato aumento del numero di condanne a lungo termine, il più alto tasso di recidiva e la maggiore propensione alla commissione di crimini delle fasce della popolazione in età avanzata, fenomeno in parte alimentato dalla crisi tuttora attraversata dalle principali economie mondiali (Loeb & Steffensmeier, 2011; Beckett, *et al.*, 2003).

L'Ufficio delle Nazioni Unite per il Controllo della Droga e la Prevenzione del Crimine considera gli "anziani" sottoposti a una pena detentiva una popolazione ad elevato rischio di salute: essi esprimono esigenze sanitarie peculiari e, sotto alcuni aspetti, non paragonabili né a quelle dei loro coetanei in stato di libertà, né a quelle dei ristretti di più giovane età (UNODC, 2009). I detenuti in età avanzata, inoltre, non sono inclini a partecipare alle iniziative di prevenzione e promozione del benessere psico-fisico (Loeb, *et al.*, 2008; Loeb & Steffensmeier, 2006), vivendo in un contesto che altera le loro percezioni sullo stato di salute: la condizione di reclusione crea un senso di disperazione e di debolezza, che, a sua volta, si traduce in una sensazione di incapacità di provvedere al miglioramento delle proprie condizioni di vita in assenza di un sostegno esterno (Bishop & Merten, 2011).

La dottrina annovera l'età, accanto all'appartenenza etnica e al genere, tra le variabili che si correlano con un maggiore grado di significatività allo stato di salute dei reclusi (Loeb & AbuDagga, 2006). I ristretti "anziani" lamentano la presenza di patologie croniche multiple con una frequenza più elevata rispetto ai coetanei in stato di libertà e, per ragioni di natura socio-culturale, spesso non fanno ricorso in maniera appropriata ai servizi di assistenza sanitaria disponibili nell'istituto penitenziario (Lemieux, *et al.*, 2002); in aggiunta, il loro stato di salute è precario, in ragione dell'elevata propensione alla conduzione di stili di vita rischiosi e delle asperità tipicamente riscontrabili nell'ambiente di vita detentivo (Loeb, *et al.*, 2008).

Secondo parte della letteratura, i detenuti anziani spesso manifestano una percezione erronea del loro stato di salute (Fazel, *et al.*, 2001)², con la conseguente elevata diffusione di condizioni patologiche non esplicitate o non comunicate chiaramente ai professionisti sanitari: se non trattate in maniera tempestiva, esse potrebbero scaturire in fattori di rischio sia per la sopravvivenza dei ristretti che per il loro ritorno nella collettività di appartenenza. Difatti, la percezione di uno stato di salute non corrispondente alle reali condizioni fisiche e mentali, in congiunzione all'inadeguata propensione a rivolgersi ai medici penitenziari una richiesta di assistenza appropriata, determina un forte rischio di rientro nella società di persone affette da patologie gravi, con inevitabili conseguenze di natura economica e sociale (Mitka, 2004).

Tale fenomeno, in particolare, potrebbe implicare un aggravio degli oneri che il sistema sanitario deve assumere per la realizzazione delle proprie attività istituzionali, con effetti di ampia portata sia sulla sua efficacia che sulla sua sostenibilità (Formby & Abel, 1997). I detenuti che conseguono nuovamente il diritto alla libertà in assenza di un adeguato trattamento clinico durante la permanenza negli istituti penitenziari, da un lato, potrebbero rivelarsi vettori di patologie trasmissibili in seno alla collettività di appartenenza e, dall'altro, esprimere bisogni sanitari non facilmente af-

¹ Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del primo aprile 2008 sancisce il trasferimento di tutte le funzioni sanitarie realizzate negli istituti di reclusione al Ministero della Salute e alle Aziende Sanitarie Locali.

² La letteratura non è pervenuta a conclusioni unanimi in merito all'effettiva percezione dello stato di salute da parte dei detenuti: sebbene le condizioni di reclusione siano state tradizionalmente associate al peggioramento dello stato di salute individuale (Marquart, *et al.*, 2000; Koenig, *et al.*, 1995), alcuni Autori, contrapponendosi alla letteratura *mainstream*, hanno rilevato l'espressione di un adeguato stato di salute da parte dei ristretti (Colsher, *et al.*, 1992; Gallagher, 1990).

frontabili ricorrendo alle risorse disponibili sul territorio: ciò causerebbe sia l'incremento delle richieste di accesso all'assistenza istituzionalizzata che la lievitazione incontrollata dei costi sanitari.

A dispetto della rilevanza della questione, non vi è condivisione nella definizione dei criteri in base ai quali pervenire all'individuazione dei reclusi in "stato di età avanzata" (Aday, 2003). La letteratura considera l'età anagrafica un criterio non adeguato per discriminare in classi di anzianità gli ospiti delle strutture detentive (Maschi, *et al.*, 2012; Williams, *et al.*, 2012). Se confrontati agli individui liberi, infatti, i ristretti rivelano una condizione psico-fisica corrispondente a un'età di circa 10-15 anni superiore rispetto a quanto presumibile in relazione ai loro anni effettivi di vita, sia alle luce delle peculiari condizioni socio-economiche della maggior parte degli individui sottoposti a una misura restrittiva che della peculiare natura del carcere quale ambiente di vita insalubre. In questi termini, già i ristretti con più di 50 anni e, in alcuni casi, coloro la cui età supera i 45 anni potrebbero essere annoverati tra gli individui in avanzato stato di età (Merten, *et al.*, 2012): i loro problemi di salute sono critici e meritevoli di una speciale attenzione da parte del sistema sanitario nazionale (Wahidin & Aday, 2005), visto il riconoscimento della competenza di quest'ultimo anche in merito alla tutela e alla promozione del benessere degli individui *in vinculis*.

La dottrina italiana, sino ad ora, ha dedicato poca attenzione al problema del graduale invecchiamento della popolazione detenuta e alla correlata evoluzione dei suoi bisogni sanitari; nondimeno, l'età media dei ristretti in Italia manifesta un tendenziale orientamento alla crescita. I soli interventi istituzionali, finalizzati a garantire il diritto alla salute dei detenuti, non sono sufficienti in assenza di un'appropriate valutazione degli specifici bisogni di assistenza dei ristretti: occorrerebbe procedere, piuttosto, in tal senso, prendendo in considerazione i diversi fattori, primi tra tutti l'età, che incidono in maniera significativa sullo stato di salute dei ristretti. Predisporre un sistema di assistenza appropriato, in grado di rispondere ai peculiari bisogni di salute dei detenuti (in special modo, alle richieste provenienti da coloro che hanno un'età superiore ai 45 anni) rappresenta una responsabilità da cui lo Stato e, in sua vece, gli istituti di reclusione e le organizzazioni sanitarie non possono sottrarsi, giacché essi rappresentano una delle fasce più deboli della popolazione.

2. La presenza di detenuti "anziani" in Italia

I dati impiegati nel presente paragrafo per la formulazione di un quadro di sintesi sulla composizione demografica della popolazione detenuta in Italia sono tratti da due fonti³: il rapporto dell'Istituto Nazionale di Statistica sulla popolazione reclusa nell'anno 2011 (ISTAT, 2012)⁴ e le statistiche relative al periodo 2000-2012 predisposte dal Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia⁵.

Il tasso di detenzione in Italia è inferiore alla media comunitaria: per ogni 100.000 abitanti, infatti, 112,6 individui sono sottoposti a un regime detentivo, dato sensibilmente più basso rispetto al valore riscontrabile in media negli altri Paesi dell'Unione Europea, pari a 127,7 individui su 100.000 abitanti (Fig. 1). Nondimeno, considerando le informazioni disponibili fino al 2010⁶, ultimo anno per cui si dispone di dati puntuali, l'indicatore relativo alla situazione italiana presenta una tendenza alla crescita più rapida rispetto alla maggior parte dei paesi europei, fenomeno che induce a presumere un aumento della popolazione detenuta nella Penisola.

I dati riportati in Tabella 1 confermano quanto sopra argomentato: la popolazione *in vinculis* cresce nel periodo 2005-2010, con la sola eccezione dell'anno 2006, caratterizzato da una netta flessione nel numero dei reclusi da ricondurre alla concessione di indulto da parte del Parlamento Italiano a favore di alcune categorie di detenuti (Legge 31 luglio 2006, n. 241). Sebbene negli ultimi due anni si assista a un lieve declino nel numero complessivo di individui sottoposti a una pena restrittiva, a livello aggregato l'intero periodo considerato (2005-2012) si caratterizza per una sensibile crescita della popolazione detenuta, corrispondente a un valore percentuale pari a circa 10,38 punti rispetto al primo anno della serie storica.

La medesima Tabella 1 offre altre informazioni di estremo interesse ai fini della ricerca. In primo luogo, è evidente l'asimmetria tra la sezione sinistra e la sezione destra della matrice di dati: da un lato, le prime cinque colonne, le quali riportano per ciascun anno compreso nell'indagine l'indicazione del numero totale di detenuti per le classi di età "relativamente" giovani (dai 18 ai 39 anni), presentano valori decrescenti nel tempo, in particolare dal 2010 a oggi; dall'altro lato, le cinque colonne che riepilogano i dati quantitativi con riferimento ai ristretti "più anziani" (dai 40 anni in poi) mostrano un andamento crescente per l'intero periodo considerato, con la solita eccezione dell'anno 2006.

³ I grafici e le tabelle che seguono sono frutto di una rielaborazione da parte dell'Autore, finalizzata sia all'aggregazione dei dati estrapolati dalle fonti citate che al confronto intertemporale tra le dimensioni di interesse ai fini dell'analisi: lo sguardo sarà concentrato sul mutamento nel tempo della composizione demografica della popolazione detenuta, formulando una sommaria descrizione dei determinanti che concorrono a spiegare il progressivo invecchiamento che sta interessando quest'ultima.

⁴ Il testo integrale della pubblicazione, di libero accesso, può essere reperito presso il seguente sito web: <http://www.istat.it/it/archivio/77789>; l'ultimo accesso da parte dell'Autore risale al 19 febbraio 2013.

⁵ I dati statistici forniti dal Ministero della Giustizia e impiegati ai fini del presente lavoro sono desunti dal sito web istituzionale del Dicastero (http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14.wp?selectedNode=0_2): l'ultimo accesso alle fonti risale al 7 febbraio 2013.

⁶ Dai dati grezzi relativi al tasso di detenzione in Italia per gli anni 2011 e 2012 si desume un rallentamento nella crescita della popolazione detenuta, la quale è passata dalle 67.961 unità del 2010 alle 65.701 unità del 2012.

In termini generali, la variazione percentuale nel numero di detenuti in età avanzata presenta valori costantemente positivi a partire dal 2006 ad oggi, malgrado, come anticipato, la popolazione detenuta abbia subito una riduzione negli ultimi due anni rispetto al 2010. Tali dinamiche inducono a ritenere in atto una transizione demografica all'interno degli istituti di pena: i ristretti "anziani" (vale a dire gli individui con più di 45/50 anni di età) sono aumentati del 37,77% rispetto all'anno 2005, con una variazione più consistente per gli individui con più di 70 anni di età e per coloro che presentano un'età compresa tra i 60 e i 69 anni, cresciuti, rispettivamente, del 67,71% e del 59,52%; le classi di età 45-49 anni e 50-59 anni vantano, a loro volta, un incremento percentuale pari al 31,04% e al 35,96%.

La Figura 2 riporta un dettaglio grafico sul ritmo di crescita nel periodo considerato per ciascuna delle quattro classi di detenuti in età avanzata sopra considerate: i valori sono sempre positivi a partire dal 2007 in poi, sebbene il relativo ritmo di crescita abbia subito una flessione negli ultimi anni, da ricollegare, quanto meno in parte, alla riduzione della popolazione detenuta complessiva.

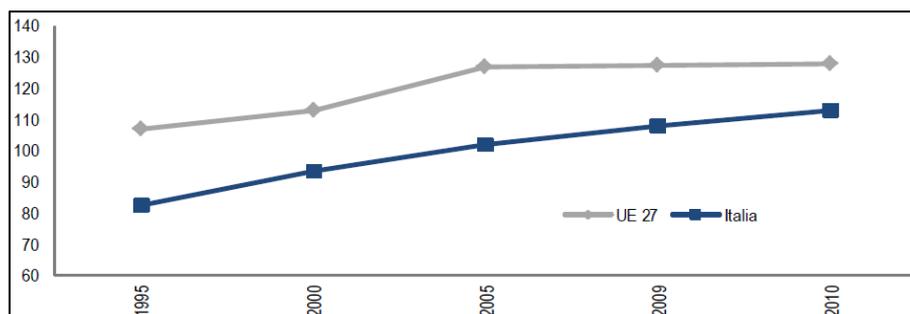


Figura 1. Tasso di Detenzione in Italia e nell'Unione Europea

Fonte: ISTAT (2012)

Tabella 1. Composizione Demografica e Variazione Percentuale Totale della Popolazione Detenuta - Anni 2005-2012

Anno	Da 18 a 20 anni	Da 21 a 24 anni	Da 25 a 29 anni	Da 30 a 34 anni	Da 35 a 39 anni	Da 40 a 44 anni	Da 45 a 49 anni	Da 50 a 59 anni	Da 60 a 69 anni	70 anni e oltre	Non rilevato	Totale	Variazione percentuale
2005	1.370	4.920	9.482	11.205	10.506	8.017	5.671	6.154	1.786	350	62	59.523	
2006	1.168	3.249	5.969	6.815	6.564	5.264	3.922	4.297	1.397	291	69	39.005	-34,47%
2007	1.584	4.550	8.052	8.567	7.981	6.366	4.589	5.065	1.557	308	74	48.693	24,84%
2008	1.537	5.434	9.517	10.165	9.553	7.973	5.524	6.126	1.857	380	61	58.127	19,37%
2009	1.494	5.817	10.445	11.477	10.599	8.907	6.355	6.986	2.203	463	45	64.791	11,46%
2010	1.302	5.788	10.580	11.981	10.977	9.573	7.011	7.713	2.489	517	30	67.961	4,89%
2011	1.158	5.525	9.945	11.506	10.837	9.516	7.035	8.116	2.668	571	20	66.897	-1,57%
2012	1.058	4.984	9.300	10.842	10.691	9.557	7.431	8.367	2.849	587	35	65.701	-1,79%
													10,38%

Fonte: Rielaborazione dell'Autore su dati del Ministero della Giustizia

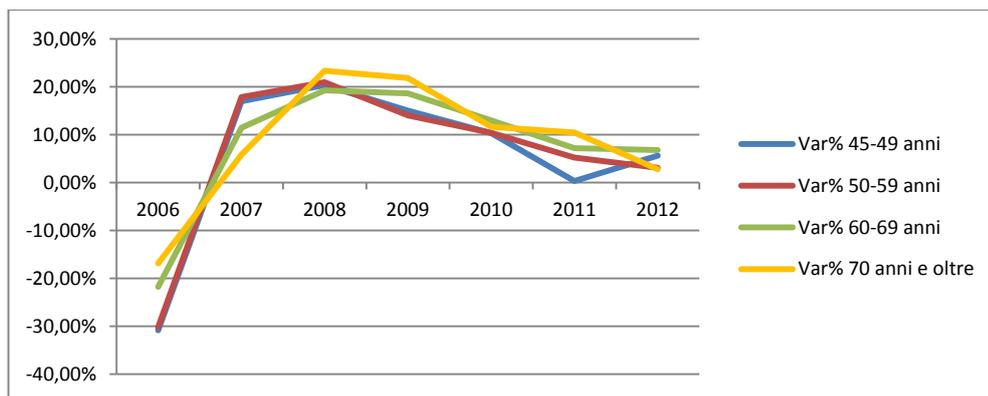


Figura 2. Variazione Percentuale Annuale delle Classi Anziane della Popolazione Detenuta

Fonte: Rielaborazione dell'Autore su dati del Ministero della Giustizia

Dai dati esposti, si evince un progressivo invecchiamento della popolazione detenuta, fenomeno che potrebbe generare forti ripercussioni sulle dinamiche di gestione degli istituti di reclusione, in particolar modo per quanto concerne la prestazione di servizi di assistenza. I ristretti “anziani sono portatori di bisogni sanitari specifici, non paragonabili a quelli degli altri detenuti: di fronte a una realtà che è sottoposta a una fase di radicale, per quanto lento, cambiamento, non si può presumere di riutilizzare con efficacia i tradizionali approcci sanitari, rendendosi indispensabile la predisposizione di modelli di cura innovativi.

Vari fattori contribuiscono a spiegare l'incremento dell'età media della popolazione reclusa. In primo luogo, è bene fare riferimento a un fenomeno di respiro globale, quale l'invecchiamento della popolazione generale che, ovviamente, procede di pari passo alle dinamiche demografiche riscontrabili nelle strutture detentive: aumenta sia il numero di coloro che sono destinatari per la prima volta di una condanna restrittiva della libertà personale a un'età superiore ai 40 anni sia il numero dei ristretti che invecchiano in carcere, in quanto destinatari di una pena di lunga durata.

Gli istituti di pena italiani, inoltre, scontano uno scarso ricorso alle misure alternative alla reclusione, fenomeno che alimenta la lievitazione nel numero dei ristretti in età avanzata all'interno delle carceri: a discapito dell'intento della maggior parte delle disposizioni normative adottate negli ultimi anni di limitare la reclusione agli individui effettivamente pericolosi, solo 37,5 individui per ogni 100.000 abitanti in Italia hanno la possibilità di usufruire di una misura alternativa al carcere, valore molto più basso rispetto alla media europea, che ammonta a circa 200 individui per ogni 100.000 abitanti (ISTAT, 2012).

Infine, è opportuno menzionare la maggiore severità espressa negli ultimi anni dalle autorità giudiziarie italiane nell'emanazione delle sentenze di restrizione della libertà personale a carico dei rei; mentre le pene di durata inferiore a un anno, pur superando di gran lunga le altre tipologie di sentenze in termini assoluti, presentano un andamento declinante con riferimento al periodo 2000-2006⁷, le condanne più severe, relative all'espiazione di pene che vanno dai due anni di detenzione all'ergastolo, sono aumentate in misura sensibile, esprimendo un ulteriore stimolo al processo di invecchiamento della popolazione detenuta (Fig. 3).

In particolare, le sentenze che prevedono un periodo di reclusione di almeno 2 anni presentano un aumento del 54,7% nell'anno 2006 rispetto al dato registrato nel 2000; considerando il medesimo intervallo temporale, le condanne di almeno 3 anni e di almeno 5 anni di reclusione sono, rispettivamente, raddoppiate e più che raddoppiate. Per quanto concerne i reati più gravi, le pene restrittive a più di 5 anni sono cresciute in numero del 41,7%, mentre le sentenze che prevedono più di 10 anni di reclusione manifestano un incremento del 64,3%; in ultimo, benché poco significativi in termini assoluti, anche gli ergastoli sono aumentati, con una variazione percentuale del 146,7% nel 2006 rispetto all'anno 2000. Il maggior peso assunto nel tempo dalle condanne più durature si riflette, con un certo ritardo, sulla composizione demografica della popolazione reclusa, contribuendo a rinfoltire la schiera degli “anziani” in carcere.

⁷ I dati relativi al periodo 2000-2006 rappresentano l'informazione aggregata più recente cui è possibile risalire; tale intervallo temporale, d'altronde, è coerente rispetto ai dati sulla composizione della popolazione detenuta, relativi al periodo 2005-2012: le condanne emanate fino al 2006, infatti, esprimono i propri effetti principalmente sul quinquennio successivo.

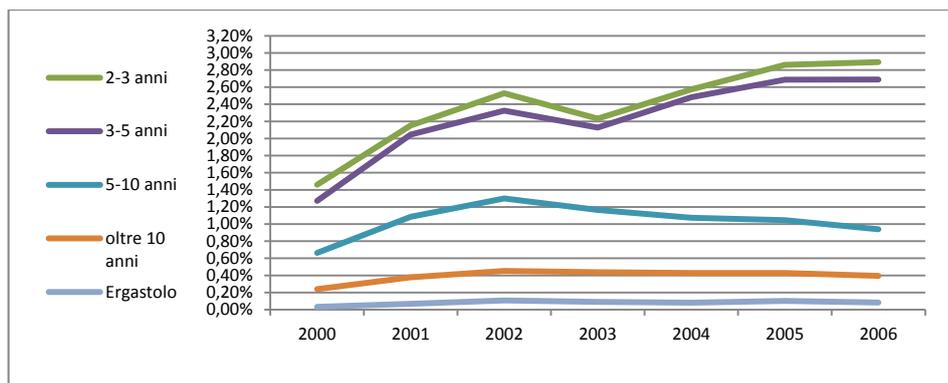


Figura 3. Condanne Comminate sul Totale di Sentenze per Anni di Reclusione

Fonte: Rielaborazione dell'Autore su dati del Ministero della Giustizia

3. L'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari

Numerosi fattori, di natura istituzionale, organizzativa e gestionale, influiscono sulla possibilità di pervenire alla prestazione di servizi di cura appropriati in seno alle strutture penitenziarie. In primo luogo, sebbene le recenti riforme legislative di rilievo nazionale, ispirate da quanto verificatosi su scala globale (Lines, 2008), abbiano tentato di garantire il riconoscimento a favore dei ristretti del loro pieno diritto alla salute, gli istituti penitenziari tendono nondimeno a conservare una preminente impostazione custodialistica, protesa all'incapacitazione dell'individuo, piuttosto che alla predisposizione delle condizioni necessarie al suo reintegro nella comunità di appartenenza (Pelissero, 2008).

Tale approccio "inibitorio" (Brown, 2009) implica la riduzione della propensione all'autocura e al miglioramento del proprio benessere psico-fisico da parte dei detenuti (Willmott, 1997), inducendoli, talora, a disdegnare la consultazione dei professionisti sanitari e, in talaltri casi, a formulare richieste di assistenza anche per i problemi di salute che presentano criticità bassa o nulla (Marquart, *et al.*, 1997). Un tale atteggiamento determina sia maggiori costi per l'erogazione delle prestazioni che un sovraccarico lavorativo per i medici sanitari, costretti ad affrontare una domanda di assistenza sanitaria il più delle volte impropria.

Se, da un lato, i recenti interventi normativi hanno sottratto agli istituti di pena le competenze in materia di tutela e promozione della salute dei ristretti, attribuendole al Ministero della Salute sotto il profilo istituzionale e alle aziende sanitarie sotto il profilo gestionale, dall'altro lato, il preminente obiettivo di garantire la sicurezza collettiva, tradizionalmente conferito alle strutture di reclusione, ha ostacolato l'appropriato svolgimento delle prestazioni di cura da parte dei professionisti sanitari chiamati a operare al loro interno (Walsh & Freshwater, 2009; Norman, 1999). L'attività svolta da questi ultimi risulta ancora più ardua da gestire, qualora i detenuti concepiscano le *facility* sanitarie come un "rifugio", richiedendo servizi di cui non necessitano solo per sottrarsi temporaneamente al regime detentivo (Marshall, *et al.*, 2000).

In considerazione delle conseguenze espresse dalla condizione di reclusione sullo stato di salute individuale e alla luce dell'evoluzione demografica che, come testimoniato dai dati esposti, è possibile riscontrare nella popolazione detenuta, l'implementazione negli istituti penitenziari di servizi di cura mirati al mero mantenimento o al recupero della salute dei ristretti non è più ritenuta sufficiente. È indispensabile, piuttosto, adottare un approccio di prevenzione e promozione della salute, nella consapevolezza che il regime detentivo coinvolge tutti gli aspetti di vita dei ristretti, dall'abbigliamento alla dieta quotidiana, dall'esercizio fisico all'attività lavorativa (American Public Health Association, 2003). Dal momento che l'istituto di reclusione detiene il controllo sui principali determinanti del benessere dei ristretti, esso dovrebbe predisporre le condizioni necessarie al miglioramento delle condizioni di salute individuali (Whitehead, 2006), riconoscendo che i detenuti rappresentano naturalmente una popolazione ad elevato rischio di salute (Coyle, *et al.*, 2008).

Lo stato di reclusione contribuisce al deterioramento della condizione fisica e psichica dell'individuo: l'obbligo di vivere in un contesto densamente abitato (e, nella maggior parte dei casi, sovraffollato), l'estraniamento dalle quotidiane circostanze di vita, la diffusione di malattie trasmissibili e l'occupazione di spazi insalubri (Wener, 2012; Casey & MacNamara, 2011) rendono particolarmente critico lo stato di salute dei ristretti; inoltre, alcuni detenuti potrebbero essere soggetti a gravi vessazioni da parte degli altri ospiti dell'istituto, nella forma di abusi sessuali, bullismo o altre formule di vittimizzazione, che si ripercuotono negativamente sul loro benessere fisico e mentale.

Invero, il ricorso ai servizi di cura informali e all'autocura nelle prigioni non è diffuso, mentre, in raffronto al dato relativo alla popolazione in stato di libertà, la spesa individuale per la prestazione di servizi di assistenza formale è consistente (Awofeso, 2005). Alcuni Autori hanno osservato che i ristretti, su base annuale, consultano i professionisti sanitari per un numero di volte di gran lunga superiore a quanto accade tra gli individui liberi: essi si rivolgono ai medici circa tre volte più frequentemente e consultano gli altri professionisti sanitari, primi tra tutti gli infermieri, tra le ot-

tanta e le duecento volte di più, sintomo di un utilizzo potenzialmente eccessivo delle strutture sanitarie penitenziarie, con il conseguente alto rischio di inappropriately (Marshall, *et al.*, 2001)⁸.

Sino ad oggi, inoltre, inadeguata attenzione è stata tributata alle peculiari esigenze di salute dei detenuti, in particolar modo per quanto concerne coloro che presentano un'età più avanzata; i servizi di assistenza istituiti all'interno delle strutture penitenziarie si sono spesso rivelati insufficienti rispetto alle concrete esigenze di cura dei reclusi. Un'appropriatezza ricognizione dei bisogni assistenziali degli ospiti degli istituti di pena è indispensabile ai fini della maggiore efficacia dei servizi di cura erogati (De Viggiani, *et al.*, 2005); ad essa dovrebbe accompagnarsi un continuo sforzo proteso ad accrescere le competenze sanitarie dei ristretti e la loro propensione al *self-care*, nell'intento di ridurre quanto più possibile il ricorso improprio all'assistenza istituzionalizzata in carcere (Heathcote-Elliot & Tomlinson, 2011; Condon, *et al.*, 2008).

Tradizionalmente, ai fini dell'organizzazione dei servizi sanitari penitenziari, si è adottato un approccio "universale": in base a esso, tutti gli ospiti dovrebbero essere trattati alla stessa stregua, senza differenziazioni parametrizzate ai peculiari bisogni assistenziali delle diverse tipologie di ristretti. Non è frequente, difatti, il ricorso a una coerente classificazione degli ospiti degli istituti di pena in gruppi omogenei ai fini della rilevazione dei loro specifici bisogni di salute (Esposito, 2010), in particolar modo con riferimento alla loro età anagrafica. Tale situazione ha implicato l'impossibilità di pervenire alla programmazione e alla predisposizione di interventi sanitari *ad-hoc* a favore di coloro che necessitano in misura più consistente di assistenza sanitaria all'interno degli istituti di pena, con ripercussioni negative sia sull'efficacia delle prestazioni erogate che sulla sostenibilità del sistema sanitario penitenziario.

4. La ricognizione dei bisogni di salute dei ristretti: una rappresentazione dei percorsi di assistenza in carcere

La dottrina ha evidenziato l'importanza che la ricognizione dei bisogni di salute assume ai fini della predisposizione di un sistema di assistenza che risponda in pieno alle esigenze sanitarie dei ristretti (Marshall, *et al.*, 2001). Le attività protese alla rilevazione dei fabbisogni sanitari in carcere, nondimeno, presentano una scarsa diffusione: attenzione quasi esclusiva è stata attribuita alle caratteristiche dell'offerta delle prestazioni di assistenza, con uno scarso spirito critico sull'appropriatezza dei servizi disponibili rispetto alle specifiche istanze dei pazienti soggetti a una misura restrittiva della libertà personale.

La domanda di prestazioni di assistenza è influenzata da fattori eterogenei, che condizionano il suo livello di appropriatezza. La percezione "distorta" dei disturbi di natura psichica e fisica da parte dei ristretti, l'impossibilità di ricorrere a soluzioni alternative rispetto ai servizi istituzionalizzati (come l'assistenza da parte di *caregiver* informali o le attività di autocura), le visite mediche obbligatorie da erogare in occasione di particolari eventi che intercorrono durante la detenzione (l'ingresso in carcere, la traduzione in altri luoghi per esigenze di salute o di sicurezza, il rientro nella comunità di appartenenza), la richiesta di assistenza indotta da altri detenuti e, infine, la concezione delle strutture sanitarie come una sorta di "asilo" per sottrarsi temporaneamente alle rigide regole del regime detentivo concorrono a spiegare la composizione della domanda di cura in carcere e a motivarne la frequente inappropriately.

La richiesta esplicita di assistenza sanitaria da parte dei ristretti, dunque, non rispecchia in pieno i loro effettivi bisogni di cura; questi ultimi sono determinati dall'incidenza e dalla prevalenza dei problemi di salute all'interno del contesto penitenziario, nonché dall'efficacia dei servizi di assistenza erogati in seno agli istituti di reclusione. Dal momento che l'offerta di servizi sanitari risulta spesso incoerente rispetto ai reali, per lo più inespressi, bisogni di cura di ristretti, bisognerebbe pervenire a una riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario alla luce di questi ultimi, nell'intento di massimizzare sia l'appropriatezza che l'efficacia delle prestazioni erogate.

È possibile ricorrere a diversi approcci per pervenire a un'identificazione più o meno puntuale delle esigenze sanitarie dei ristretti; la dottrina ha formulato tre modelli per la ricognizione dei bisogni di cura in carcere, che si differenziano l'un l'altro sia per l'impostazione adottata che per il relativo contenuto (Marshall, *et al.*, 1999). L'approccio "integrativo" prevede il coinvolgimento degli *stakeholder* che potrebbero fornire un contributo all'identificazione dei più rilevanti fabbisogni sanitari nutriti dagli ospiti degli istituti di pena: tra gli attori che possono essere contattati a tal fine si annoverano, a titolo meramente esemplificativo, i ristretti (i quali, allo stesso tempo, indossano la veste dei pazienti), i professionisti sanitari, gli operatori socio-assistenziali, i rappresentanti istituzionali delle strutture detentive e gli esponenti politici di rilievo nazionale e locale. In alternativa, è possibile ricorrere a un approccio "comparativo", fondato sul semplice confronto tra lo specifico ambito d'interesse, nel caso di specie l'istituto di pena, e un generico contesto di cura di riferimento, nell'intento di agevolare la rilevazione dei bisogni di cura dei ristretti sulla base delle similarità e delle divergenze tra i due. Infine, l'approccio "epidemiologico" guarda ai dati di natura clinica rilevabili tra gli ospiti

⁸ Con riferimento a quest'ultimo aspetto, occorre considerare che le stesse norme che disciplinano il regime detentivo alimentano il ricorso a prestazioni di assistenza formale all'interno degli istituti penitenziari: i controlli medici da espletare *routinariamente* in occasione dell'accoglienza, delle traduzioni e del rientro nella collettività di appartenenza di ciascun ristretto generano una lievitazione negli episodi di cura formali intrattenuti dai ristretti, che giocano un ruolo significativo nelle statistiche citate.

dell'istituto di pena, traendo inferenze sulle esigenze assistenziali dei detenuti dai tassi di incidenza e prevalenza delle patologie e dalle informazioni sull'efficacia dei servizi in esso disponibili.

Le strutture sanitarie penitenziarie, d'altro canto, non potrebbero essere facilmente riorganizzate o riqualificate alla luce delle peculiari esigenze avvertite dai ristretti, qualsiasi siano le modalità attraverso cui si perviene alla loro identificazione. Come evidenziato dalla Figura 4, la quale offre una visione sistemica di quanto esposto sino a questo punto, sia l'inerzia strutturale degli istituti di pena che la loro propensione culturale a privilegiare lo scopo istituzionale del concorso alla creazione di sicurezza pubblica ostacolano l'adattamento dei servizi di medicina penitenziaria ai concreti bisogni di salute dei ristretti, specialmente per quanto concerne la condizione dei detenuti anziani. Allo stesso modo, l'inadeguata interazione tra gli istituti di pena e le organizzazioni sanitarie che operano a livello territoriale non favorisce il rinnovamento del sistema sanitario penitenziario (Palumbo, 2013): l'incapacità di realizzare rapporti di collaborazione reciproca si traduce, nella maggior parte dei casi, in una organizzazione dei servizi di cura non appropriata, con negative ripercussioni sullo stato di salute degli ospiti degli istituti di pena.

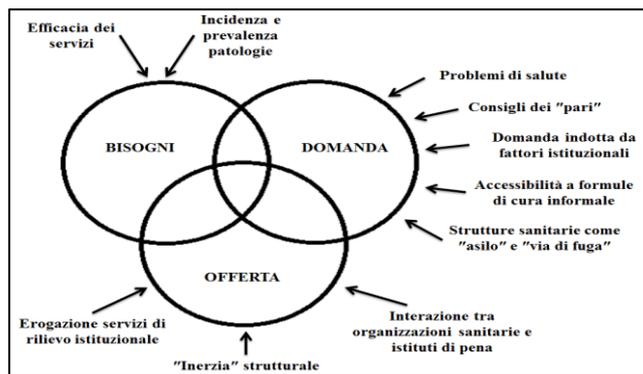


Figura 4. Determinanti di Bisogni Assistenziali, Domanda e Offerta di Servizi Sanitari e Interazioni Sistemiche

Fonte: Adattamento dell'Autore da Singleton, et al., 1998

Il progressivo invecchiamento della popolazione detenuta impatta sui bisogni di salute dei ristretti e, di conseguenza, sulle caratteristiche della loro domanda di assistenza; gli istituti di reclusione e le organizzazioni sanitarie, le quali hanno ormai acquisito la piena competenza in materia di medicina penitenziaria, dovrebbero promuovere un profondo cambiamento sotto il profilo strutturale e operativo ai fini del recupero di appropriatezza ed efficacia nell'erogazione dei servizi di cura. Le conseguenze associabili al numero crescente di ristretti in età avanzata, dunque, dovrebbero essere tenute in seria considerazione ai fini della ricognizione dei bisogni sanitari della popolazione detenuta: i ristretti anziani, infatti, esprimono esigenze peculiari, non affrontabili in maniera adeguata facendo leva sulle risorse e sulle competenze attualmente disponibili presso gli istituti di pena. È necessario intervenire sugli approcci di cura, promuovendo un più intenso ricorso alle cure informali e al *self management* dello stato di salute, la cui rilevanza è tanto maggiore quanto più diffuse sono le patologie croniche.

5. Le formule di assistenza sanitaria in carcere

In qualsiasi contesto di cura, è possibile raggruppare i servizi assistenziali in tre ampie categorie (Marshall, et al., 2001): una di esse corrisponde alle cure di tipo informale, non inquadrabili in un modello di assistenza istituzionalizzato, tra cui le attività di *self-management* dello stato di salute e l'assistenza prestata da *caregiver* informali, quali familiari o membri di organizzazioni di volontariato. Per poter ricorrere efficacemente a esse, è necessario che l'individuo abbia acquisito adeguate competenze sanitarie ai fini del reperimento delle informazioni relative al trattamento più appropriato per fornire risposta al disagio psico-fisico lamentato: la dottrina ha identificato con il concetto di *health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) la capacità di reperire, selezionare e comprendere correttamente le informazioni in materia di salute (Palumbo, 2012), facendo leva su un *set* di competenze tecniche, sociali e critiche (Nutbeam, 2000). Accanto ad essa, fondamentale è l'attività di supporto esercitata dai *caregiver* informali, così come la funzione consulenziale adempiuta dai professionisti e dagli operatori sanitari, con cui l'individuo interagisce attraverso canali alternativi rispetto a quelli utilizzati per accedere alle ordinarie formule di assistenza.

La seconda categoria in cui si articolano i servizi di assistenza corrisponde, per grandi linee, al sistema di cure primarie: al suo interno rientrano i servizi prestati dai medici di medicina generale e dagli altri professionisti sanitari che, autonomamente o in *partnership*, erogano prestazioni di assistenza di base; a essi si assimilano gli altri servizi sanitari ad accesso diretto o volontario, come le prestazioni di urgenza ed emergenza e alcune formule di assistenza specialistica, erogate da professionisti sanitari in accordo o al di fuori delle regole di convenzionamento pubblico (e.g. oftalmologi e dentisti).

Dai precedenti esulano i servizi sanitari “secondari”, vale a dire le prestazioni ad elevata specializzazione, le quali costituiscono la terza e ultima categoria in cui possono essere classificati i servizi sanitari; nella maggior parte dei casi, il ricorso a essi è subordinato ad una prescrizione formulata dai professionisti sanitari cui compete l'erogazione delle prestazioni di assistenza primaria, sebbene non sia del tutto escluso lo spontaneo ricorso del paziente ad essi.

Il lato sinistro della Figura 5 mostra, attraverso una rappresentazione grafica, le opportunità di accesso degli individui liberi ai servizi sanitari che rientrano in ciascuna delle categorie sopra descritte; questi ultimi vantano la piena facoltà di ricorrere sia alle prestazioni di natura informale che ai servizi di assistenza primaria o specialistica, in assenza di vincoli che si oppongano alle loro richieste di cura. Discorso diverso deve essere condotto per quanto concerne i ristretti, come evidenziato nella parte destra della Figura 5, in cui le linee tratteggiate indicano un ridotto accesso ad alcune tipologie di servizi sanitari. Sebbene, quanto meno sotto il profilo normativo o istituzionale, ai ristretti sia garantita la possibilità di beneficiare delle medesime formule di assistenza sanitaria a disposizione degli individui liberi, l'accessibilità alle prestazioni di cura negli istituti di reclusione non è piena, sia in ragione delle caratteristiche sociali e culturali della popolazione detenuta che delle stringenti regole che disciplinano la vita in carcere.

Richiamando le considerazioni argomentate nei due paragrafi precedenti, i ristretti non ricorrono frequentemente alle formule di assistenza informale, in primo luogo perché, per esigenze di sicurezza, è impedito loro un contatto continuativo con gli individui che potrebbero fungere da *caregiver* informali nei loro confronti; inoltre, nella maggior parte dei casi, i medesimi detenuti appartengono alle fasce “svantaggiate” della popolazione, presentando un basso livello di alfabetizzazione sanitaria e un'inadeguata propensione al *self-management* dello stato di salute, contingenze che non favoriscono il ricorso all'autocura. Tali aspetti si riverberano negativamente sia sulla concreta possibilità di implementare iniziative di prevenzione e promozione del benessere tra i detenuti che sulla loro efficacia, fattispecie che dovrebbero essere attentamente considerate ai fini della riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario.

In primo luogo, per quanto concerne il ricorso ai servizi “istituzionalizzati”, i detenuti sono privati della possibilità di scegliere liberamente il medico cui rivolgersi per usufruire dei servizi di assistenza primaria: essi possono beneficiare, in via gratuita, solo dei servizi disponibili all'interno delle strutture di detenzione, mentre dovrebbero accollarsi personalmente di tutti i costi di assistenza qualora richiedano di essere visitati da un medico di fiducia, non inserito nel sistema di offerta sanitaria dell'istituto. Nondimeno, il ricorso alle cure primarie è particolarmente elevato tra i ristretti: da una parte, essi percepiscono di non disporre di alternative rispetto a questo tipo di assistenza e, dall'altra, concepiscono le strutture sanitarie come una possibile via di fuga alla stringente disciplina della detenzione. La consultazione dei medici all'interno degli istituti di pena, sia per gli uomini che per le donne, supera di circa tre volte quella riscontrabile nella popolazione libera (Marshall, *et al.*, 2001); l'eccessivo ricorso alle cure primarie genera un carico di lavoro difficile da gestire per i professionisti sanitari, con effetti negativi sia sulla qualità di servizi erogati che sull'appropriatezza delle prestazioni prescritte ai singoli pazienti.

In aggiunta, ai ristretti è preclusa la possibilità di esprimere autonomamente, vale a dire in assenza di un “rinvio” formale, una richiesta di cura ai servizi specialistici; il medico penitenziario, in questi termini, assume la veste di unico decisore sanitario, una sorta di *gatekeeper* che spaccia verso le formule di assistenza ad elevata specializzazione, il più delle volte situate al di fuori delle mura carcerarie, solo i pazienti che manifestano le più critiche fattispecie sintomatiche o che non potrebbero essere assistiti in maniera adeguata ricorrendo alle risorse disponibili all'interno dell'istituto. L'accesso ai servizi sanitari in ambito penitenziario è distorto dalle specificità della condizione di reclusione e dalle peculiari caratteristiche sociali e demografiche della popolazione detenuta; il medesimo regime carcerario crea le condizioni per il continuo e inappropriato incremento della domanda di assistenza primaria tra i detenuti, la quale, d'altro canto, potrebbe essere soddisfatta ricorrendo a percorsi alternativi, prime tra tutte le attività di *self-care* o le cure informali. L'eccessiva richiesta di assistenza nei confronti dei medici di medicina generale implica un deterioramento della qualità della prestazione e genera, quale conseguenza, un'ulteriore lievitazione della domanda di cura, soprattutto nel momento in cui muta la composizione della popolazione detenuta. L'invecchiamento di quest'ultima e la crescente diffusione delle patologie croniche, difatti, generano un forte *stress* sulle strutture sanitarie penitenziarie, già normalmente interessate da un'elevata domanda di assistenza.

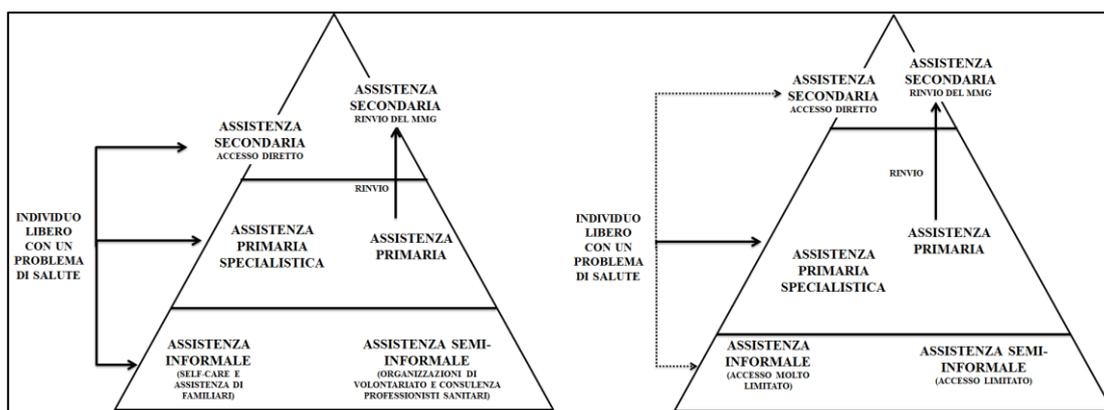


Figura 5. Accessibilità ai Servizi Sanitari di Ristretti e Individui Liberi: Confronto.

Fonte: Adattamento dell'Autore da Marshall, et al., 2000.

6. Conclusioni

La garanzia del diritto alla salute dei ristretti rappresenta un argomento di forte attualità, oltre che di indubbia complessità; le recenti riforme istituzionali hanno sancito, quanto meno sotto un profilo formale, l'impossibilità di negare agli individui sottoposti a una pena detentiva servizi di tutela e promozione della salute corrispondenti a quelli disponibili per la collettività libera. Nondimeno, si è lontani dalla predisposizione delle condizioni necessarie a promuovere l'accesso dei detenuti a formule assistenziali quanto meno paragonabili a quelle erogate dal sistema sanitario nazionale. Per pervenire a un'appropriata rivisitazione dei servizi di cura prestati negli istituti di pena, particolare attenzione deve essere tributata agli specifici bisogni di cura dei pazienti, rimodulando il sistema di offerta sanitaria alla luce di essi; contestualmente, è indispensabile implementare un approccio di "governo" della domanda, al fine di evitare che i ristretti esprimano richieste di cura non utili a rispondere ai loro problemi di salute.

In questa prospettiva, il progressivo invecchiamento della popolazione detenuta rappresenta un fenomeno da tenere in considerazione nella riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario: esso implica un tendenziale mutamento sia nella quantità che nella qualità dei bisogni sanitari espressi dai ristretti. Quale risposta all'evoluzione demografica nelle carceri italiane, è necessario che i medici penitenziari ripensino i loro approcci di cura: l'impostazione sanitaria tradizionale, di tipo bio-medico, focalizzata sul trattamento della malattia e di natura essenzialmente reattiva, difatti, non è coerente rispetto all'attuale composizione della domanda. La diffusione delle patologie croniche aumenta: esse possono essere affrontate in maniera efficace solo facendo leva sul coinvolgimento del paziente nel percorso di cura e sulle sue abilità di *self-management* dello stato di salute. D'altro canto, i ristretti anziani costituiscono una popolazione ad elevato rischio di salute: il contesto di vita cui sono costretti facilita l'insorgenza e il deterioramento della cronicità ed essi non dispongono di competenze sanitarie adeguate per poter gestire il loro stato di salute, aspetto che condiziona negativamente il ricorso alle cure informali.

La rivisitazione, sotto il profilo istituzionale e organizzativo, dei modelli di assistenza sanitaria negli istituti di reclusione, pertanto, deve essere associata alla predisposizione di un ambiente che agevoli le attività di promozione della salute: all'erogazione di prestazioni di cura occorre integrare iniziative protese all'*empowerment* del paziente e al suo coinvolgimento nel percorso di cura. Bisogna, in altri termini, rimuovere gli ostacoli strutturali e culturali che impediscono il ricorso all'assistenza informale e all'autocura, attualmente poco diffusi tra la popolazione detenuta: essi dovrebbero essere concepiti quali strumenti chiave per il recupero di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Grazie alla valorizzazione delle cure informali, difatti, è possibile intervenire in maniera incisiva sul numero delle richieste di assistenza espresse dai detenuti, minimizzando gli accessi impropri e accrescendo il tempo che i professionisti sanitari possono dedicare agli individui che manifestano le più critiche condizioni di salute.

In questa prospettiva, l'alfabetizzazione sanitaria dei ristretti diventa un passaggio chiave nel processo di riconfigurazione del sistema sanitario penitenziario. In ragione delle esigenze di sicurezza perseguite dagli istituti di reclusione, ai ristretti spesso è impedita la possibilità di usufruire del sostegno assistenziale di *caregiver* informali, quali genitori, coniugi o figli; l'incentivazione del *self-management* dello stato di salute e la promozione delle competenze sanitarie individuali, pertanto, rappresentano uno strumento di grande efficacia per deflazionare la sempre più ingente domanda di assistenza formale in carcere. Allo stesso tempo, di forte impatto potrebbe rivelarsi la formazione di gruppi di mutuo sostegno tra gli ospiti degli istituti di pena: essi consentirebbero l'innesto di attività di reciproca tutela e promozione della salute, contribuendo ad abbattere la richiesta impropria di cure formali.

Quanto emerge dalla presente analisi evidenzia l'indispensabilità di un nuovo modello di salute in ambito penitenziario, che, alla luce delle peculiari caratteristiche della domanda di assistenza, ricalibri l'offerta di servizi di cura in considerazione dei bisogni sanitari dei ristretti; questi ultimi dovrebbero essere opportunamente identificati sulla base di

un'approfondita attività di analisi degli aspetti epidemiologici, sociali, culturali e demografici della popolazione detenuta, senza omettere gli effetti riconducibili al suo progressivo invecchiamento. Il periodo di detenzione rappresenta un'opportunità affinché il sistema sanitario raggiunga individui che, altrimenti, non entrerebbero a contatto con le organizzazioni sanitarie, se non per usufruire di prestazioni di urgenza ed emergenza. L'erogazione di appropriati servizi di tutela e promozione della salute in carcere genera un doppio vantaggio: da un lato, essa garantisce il miglioramento dello stato di salute dei ristretti, agevolando il loro reinserimento nella comunità di appartenenza; dall'altro lato, essa impedisce che individui in cattivo stato di salute rientrino in società, generando valore sociale e abbattendo la generazione di oneri evitabili per il sistema sanitario, la cui sostenibilità, oggi più che mai, è messa in discussione.

7. Bibliografia

- [1] Aday, R. H. (2003). *Aging prisoners: crisis in American corrections*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- [2] Aday, R. J. (1994). Aging in prison: a case study of new elderly inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38(1), 79-91.
- [3] American Public Health Association. (2003). *Standards for health care in correctional institutions*. Washington, DC: USA: United Book Press.
- [4] Awofeso, N. (2005). Making prison health care more efficient: inmates need more organised and more preventive health care in emptier prisons. *British Medical Journal*, 331(7511), 248-249.
- [5] Baidawi, S., Turner, S., Trotter, C., Browning, C., Collier, P., O'Connor, D., et al. (2011). Older prisoners - A challenge for Australian corrections. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, 426, 421-440.
- [6] Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology: An International Review*, 54(2), 245-254.
- [7] Beckett, J., Peternelj-Taylor, C., & Johnson, R. L. (2003). Growing old in the correctional system. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41(9), 12-19.
- [8] Bishop, A. J., & Merten, M. J. (2011). Risk of comorbid health impairment among older male inmates. *Journal of Correctional Health Care*, 17(1), 17-34.
- [9] Brown, M., 2009. *The Culture of Punishment. Prison, Society and Spectacle*. New York University Press, New York
- [10] Casey, C., & MacNamara, P. M. (2011). Health and well being of Irish prisoners: the complexity of health promotion in Irish prisons. *The Prison Journal*, 91(1), 136-156.
- [11] Cervia, S. (2011). Governare la salute. Una riflessione sul modello di network toscano. *Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione*, 4, 101-121.
- [12] Colsher, P. L., Wallace, R. B., Loeffelholz, P. L., & Sales, M. (1992). Health status of older male prisoners: a comprehensive survey. *American Journal of Public Health*, 82, 881-884.
- [13] Condon, L., Hek, G., & Harris, F. (2008). Choosing health in prison: prisoners' views on making healthy choices in English prisons. *Health Education Journal*, 67(3), 155-166.
- [14] Coyle, A., Shelupanov, A., & Walcher, G. (2008). Populations at special health risk: incarcerated. In K. Heggenhougen, *International encyclopedia of public health* (p. 206-215). Oxford: UK: Academic Press.
- [15] De Valck, C., Bensing, J., Bruynooghe, R., & Batenburg, V. (2001). Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine. *Patient Education and Counseling*, 45(2), p. 119-126.
- [16] De Viggiani, N., Orme, J., Powell, J., & Salmon, D. (2005). New arrangements for prison health care: provide an opportunity and a challenge for primary care trusts. *British Medical Journal*, 330(7497), 918.
- [17] Engel, G. L. (2004). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. In L. A. Caplan, J. J. McCartney, & A. D. Sisti, *Health, disease, and illness: concepts in medicine* (p. 51-64). Washington, DC: Georgetown University Press.
- [18] Esposito, M. (2010). The health of Italian prison inmates today: a critical approach. *Journal of Correctional Health Care*, 16(3), 230-238.
- [19] European Commission. (2010). *Joint report on health systems*. Brussels: European Commission - Directorate-General for Economic and Financial Affairs.
- [20] Fazel, S., Hope, T., O'Donnell, I., Piper, M., & Jacoby, R. (2001). Health of elderly prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners. *Age and Ageing*, 30, 403-407.
- [21] Finkel, M. L. (2011). Prison health care. In M. L. Finkel, *Public Health in the 21st Century*: (p. 222-234). Santa Barbara, CA: Praeger.
- [22] Formby, W. A., & Abel, C. F. (1997). Elderly men in prison. In J. I. Kosberg, & L. W. Kaye, *Older inmates: perspectives in criminology and criminal justice* (p. 98-112). New York: US: Praeger.
- [23] Gal, M. (2002). The physical and mental health of older inmates. *Mountain Institute, Correctional Service of Canada Forum*, 14(2), 1-6.
- [24] Gallagher, E. (1990). Emotional, social and physical health characteristics of older men in prison. *International Journal of Aging and Human Development*, 31, 251-265.
- [25] Harris, F., Hek, G., & Condon, L. (2007). Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity. *Health and Social Care in the Community*, 15(1), 56-66.
- [26] Heathcote-Elliott, C., & Tomlinson, J. (2011). *HMP and YOI Parc Health Needs Assessment*. Baglan, Wales: ABM University Health Board.
- [27] Hill, T., Williams, B., Cobe, G., & Lindquist, K. (2006). *Aging inmates: challenges for healthcare and inmates*. San Francisco, CA: Lumetra.
- [28] Human Right Watch. (2012). *Old behind bars: The Aging Prison Population in the United States*. Washington, DC: USA: Human Right Watch.
- [29] ISTAT. (2012). *I detenuti nelle carceri italiane*. Roma: Centro Elaborazione Dati ISTAT.
- [30] Koenig, H. G., Johnson, S., Bellard, J., Denker, M., & Fenlon, R. (1995). Depression and anxiety disorder among older male inmates at a federal correctional facility. *Psychiatric Services*, 46, 399-401.
- [31] Lemieux, C. M., Dyeson, T. B., & Castiglione, B. (2002). The Prison Journal. *Revisiting the literature on prisoners who are older: are we wiser*, 82, 440-458.
- [32] Lines, R. (2008). The right to health of prisoners in international human rights law. *International Journal of Prisoner Health*, 4(1), 3-53.
- [33] Loeb, S. J., & AbuDagga, A. (2006). Health-related research on older inmates: an integrative review. *Research in Nursing & Health*, 29, 556-565.
- [34] Loeb, S. J., & Steffensmeier, D. (2006). Older male prisoners: health status, self-efficacy beliefs, and health promoting-behaviors. *Journal of Correctional Health Care*, 12, 269-278.
- [35] Loeb, S. J., & Steffensmeier, D. (2011). Older male prisoners: health status, self-efficacy beliefs, and health promoting behaviors. *Journal of Correctional Health Care*, 12(4), 269-278.

- [36] Loeb, S. J., Steffensmeier, D., & Lawrence, F. (2008). Comparing incarcerated and community-dwelling older men's health. *Western Journal of Nursing*, 30, 234-249.
- [37] Loeb, S. J., Steffensmeier, D., & Lawrence, F. (2008). Comparing incarcerated and community-dwelling older men's. *Western Journal of Nursing Research*, 30(2), 234-249.
- [38] Marquart, J. W., Merianos, D. E., & Doucet, G. (2000). The health-related concerns of older prisoners: implications for policy. *Ageing and Society*, 20, 79-96.
- [39] Marquart, J. W., Marianos, D. E., Hebert, J. L., & Carroll, L. (1997). Health conditions and prisoners: a review of research and emerging areas of enquiry. *The Prison Journal*, 77(2), 184-208.
- [40] Marshall, T., Simpson, S., & Stevens, A. (1999). *Health care in prisons: a health care needs assessment*. London: UK: Department of Health.
- [41] Marshall, T., Simpson, S., & Stevens, A. (2000). *Health care in prisons: a health care needs assessment*. Edgbaston: Birmingham: Department of Public Health & Epidemiology - University of Birmingham.
- [42] Marshall, T., Simpson, S., & Stevens, A. (2001). Use of health services by prison inmates: comparisons with the community. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 364-365.
- [43] Maschi, T., Viola, D., & Sun, F. (2012). The high cost of the international aging prisoner crisis: well-being as the common denominator for action. *The Gerontologist*, doi:10.1093/geront/gns125.
- [44] Merten, M., Bishop, A. J., & Williams, A. L. (2012). Prisoner health and valuation of life, loneliness, and depressed mood. *American Journal of Health Behavior*, 36(2), 275-288.
- [45] Mitka, M. (2004). Aging prisoners stressing health care system. *Journal of the American Medical Association*, 292, 423-424.
- [46] Niero, M., & Bertin, G. (2012). *Vulnerabilità e fragilità sociale. Una teoria delle disuguaglianze di salute*. Milano: Franco Angeli.
- [47] Norman, A. (1999). Prison health care: what is it that makes prison nursing unique? *British Journal of Nursing*, 8(15), 1032-1033.
- [48] Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- [49] Palumbo, R. (2013). New approaches to penitentiary health care. The outcomes of the legislative reforms in Italy. Paper presented at the XVII IRSPM Conference "Public Sector Responses to global crisis", Prague, 10-12 April, available from: <http://www.irspm.net/publications/viewdownload/150-51-open-panel/1181-new-approaches-to-penitentiary-health-care-the-outcomes-of-the-legislative-reforms-in-italy.html>.
- [50] Palumbo, R. (2012). Health literacy: una review della dottrina internazionale. *Mecosan*, 84 (4), pp. 27-50.
- [51] Pelissero, M. (2008). *Pericolosità sociale e doppio binario: vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*. Torino: Giappichelli.
- [52] Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J., & Deasy, D. (1998). *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales: the report of a survey carried out in 1997 by the Social Survey Division of the Office for National Statistics on behalf of the Department of Health*. London: UK: The Stationery Office.
- [53] Smith, C. (2000). "Healthy prisons": a contradiction in terms. *The Howard Journal*, 39(4), 339-353.
- [54] United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). *Handbook for prisoners with special needs*. Vienna: Austria: United Nations Publications.
- [55] Wahidin, A., & Aday, R. (2005). The needs of older men and women in the criminal justice system: an international perspective. *Prison Service Journal*, 160, 13-22.
- [56] Walsh, E., & Freshwater, D. (2009). The mental well-being of prison nurses in England and Wales. *Journal of Research in Nursing*, 14(6), 553-564.
- [57] Wener, R. E. (2012). Correctional environments. In S. D. Clayton, *The Oxford handbook of environmental and conservation psychology* (p. 316-331). Oxford, New York: USA: Oxford University Press.
- [58] Whitehead, D. (2006). The health promoting prison (HPP) and its imperative for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 43(1), 123-131.
- [59] Williams, B. A., Stern, M. F., Mellow, J., Safer, M., & Greifinger, R. B. (2012). Aging in correctional custody: setting a policy agenda for older prisoner health care. *American Journal of Public Health*, 102(8), 1475-1481.
- [60] Willmott, Y. (1997). Prison nursing: the tension between custody and care. *British Journal of Nursing*, 6(6), 333-336.