

Tutela della salute in carcere, durante la pandemia Covid-19

The protection of health in prison during the Covid-19 pandemic

Fulvio Carabellese • Giulia Petroni • Stefano Ferracuti • Davide Ferorelli • Biagio Solarino • Simona Vernaglione • Margherita Pallocci • Felice Carabellese • Luigi Tonino Marsella • Gabriele Mandarelli

Abstract

Being detained in jail is an acknowledged risk factor for physical and psychiatric morbidity. The impact of COVID-19 pandemic on the penitentiary system, already characterized by criticalities in terms of healthcare, including high infectious risk, has been considered a source of further danger within the prison and for the community. This problem has been raised by several observers, in the absence of a shared approach between states. The Italian Government enacted a series of measures aimed at penitentiary structures, to contain and manage health and safety risks. General precautions for infections prevention have been used, including frequent hands washing and environmental cleaning and disinfection procedures. Physical distancing in jail is extremely challenging, and we deem that it was still impossible to apply it, despite the release of almost 8000 detainees, among those at greater health risk. Measures have been also ordered to limit external contacts with detainees, including a substantial or absolute suspension of visits from relatives, operators and lawyers, replaced by video meetings. Quarantine and isolation of suspect cases has also been ordered, including new prisoners. Despite unfavorable premises the analysis we did on available data indicates lower infection rate and lethality rate in prison than in general population. In this paper a synthetic framework of the sanitary problems in detention will be provided, then the data will be analyzed, providing possible interpretations potentially useful for the management of the pandemic at the community level. Infectious surveillance, compliance with sanitation standards, early treatment of suspected cases, lower mean age, efficacious isolation and quarantine strategies may explain the better outcomes in Italian penitentiary system, also in the impossibility to systematically apply physical distancing.

Key words: prison, COVID-19, health risk, prevention

Riassunto

La restrizione in ambiente intramurario è un noto fattore di rischio in termini di morbilità per patologie fisiche e psichiche. L'impatto di una pandemia quale la COVID-19 sul sistema penitenziario, caratterizzato da plurime criticità in termini di gestione sanitaria, rischia potenzialmente di determinare gravi effetti sulla salute di detenuti e operatori. A livello internazionale tale problematica è stata sollevata e descritta, in assenza di un approccio condiviso tra gli stati dell'Unione Europea. In Italia, uno dei paesi maggiormente colpiti in termini di contagi e mortalità, si è assistito all'applicazione di una serie di misure dirette alle strutture penitenziarie, atte al contenimento ed alla gestione dei rischi per la salute e la sicurezza. L'ambiente carcerario, tuttavia, notoriamente caratterizzato da sovraffollamento e gravato da fattori di rischio specifici, rende problematico adottare una serie di misure che sono state invece previste per la popolazione generale. Il distanziamento fisico in carcere è estremamente problematico, e riteniamo che sia stato impossibile applicarlo, nonostante il rilascio di quasi 8000 detenuti, tra quelli a maggior rischio per la salute. Sono state inoltre disposte misure per limitare i contatti esterni con i detenuti, compresa una sospensione sostanziale o assoluta delle visite di parenti, operatori e avvocati, sostituita da videoconferenze. Sono stati ordinati anche la quarantena e l'isolamento dei casi sospetti, compresi i nuovi detenuti. Nonostante tali sfavorevoli premesse, l'analisi dei dati da noi effettuata circa i contagi ed i decessi in carcere, sino al 1° maggio 2020, indicano un tasso di infezione paragonabile alla popolazione generale, ed un tasso di letalità significativamente inferiore. Nel presente lavoro, dopo aver fornito un inquadramento sintetico delle problematiche sanitarie in ambito detentivo, si discuteranno i dati fornendo possibili interpretazioni di potenziale utilità per la gestione a livello comunitario.

Parole chiave: carcere, COVID-19, rischio sanitario, prevenzione

Correspondence prof. Gabriele Mandarelli, Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Piazza Giulio Cesare 11, 70124, Bari, Italia. Tel. (0039) 080 5586502, e-mail: gabriele.mandarelli@uniba.it

Fulvio CARABELLESE, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgia e Neuroscienze, Università degli Studi di Siena
Giulia PETRONI, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
Stefano FERRACUTI, Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma
Davide FERORELLI, Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"
Biagio SOLARINO, Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"
Simona VERNAGLIONE, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ministero della Giustizia, Bari
Margherita PALLOCCI, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
Felice CARABELLESE, Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"
Luigi Tonino MARSELLA, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
Gabriele MANDARELLI, Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

1. Introduzione

La recente pandemia COVID-19 ha visto l'Italia caratterizzarsi per un elevato tasso di casi e mortalità, tra i più alti a livello mondiale, pur con una diversa distribuzione tra diverse realtà regionali e locali (Distante, Piscitelli, & Miani, 2020; Khafaie & Rahim, 2020; Onder, Rezza, & Brusaferro, 2020). Le ragioni di tali maggiori tassi sono ancora da chiarire, tuttavia sono stati ipotizzati diversi fattori causali, in particolare l'elevata percentuale di cittadini ultrasessantacinquenni italiani (Onder et al., 2020), sebbene tale dato non paia, di per sé, sufficientemente esplicativo (Barone-Adesi, Ragazzoni, & Schmid, 2020).

È stato inoltre ipotizzato che il virus possa essere trasmesso da portatori asintomatici (Bai et al., 2020), rendendo difficoltoso il controllo della diffusione del SARS-CoV-2 in assenza di rilevazioni a livello di popolazione che consentano di individuare tali soggetti ed isolarli. Per quanto concerne le modalità di trasmissione, oltre alla classica via aerea, favorita da contatti stretti tra individui, è stata indicata la possibilità di contagio attraverso superfici contaminate, suggerendo la possibilità di una via indiretta (Dietz et al., 2020).

Stanti tali caratteristiche, una corretta pianificazione delle misure atte al contenimento della trasmissione del SARS-CoV-2 nelle carceri risulta essere essenziale per garantire una risposta sanitaria adeguata, non solo a livello carcerario, ma anche comunitario. Eventuali focolai infettivi in ambiente penitenziario potrebbero difatti rivelarsi, da un lato, difficilmente controllabili, dall'altro il personale potrebbe costituire un canale di trasmissione tra carcere e comunità. Per tali motivi i penitenziari debbono costituire parte integrante della risposta alla pandemia COVID-19, in termini di sanità pubblica (Kinner et al., 2020).

Gli istituti penitenziari sono, infatti, notoriamente gravati da un maggiore rischio infettivologico, a causa della elevata morbilità della popolazione detenuta, del sovraffollamento e delle talvolta scarse condizioni igienico-sanitarie, richiedendo pertanto particolari cautele.

1.1 Detenzione e salute

Diversi studi hanno dimostrato che la popolazione detenuta presenta una maggiore prevalenza di malattie croniche rispetto alla popolazione non confinata (Voller et al., 2016; Wolff et al., 2011). Sui circa 10 milioni di detenuti a livello mondiale, i disturbi mentali e le malattie infettive sono significativamente più frequenti rispetto alla popolazione generale (Fazel & Baillargeon, 2011) richiedendo, anche in

condizioni ordinarie, un significativo dispiegamento di risorse economico-sanitarie.

I dati relativi a detenuti italiani sono in linea con quelli a livello internazionale, considerando che le patologie di più frequente riscontro sono risultate essere quelle psichiatriche (41,3%), seguite da quelle dell'apparato digerente (14,5%), infettive (11,5%), cardiovascolari (11,4%), endocrine, metaboliche e immunitarie (8,6%) e respiratorie (5,4%) (Voller et al., 2016).

Sotto il profilo infettivologico, le carceri costituiscono potenziali serbatoi per malattie infettive a causa della maggiore prevalenza di base delle infezioni e dei maggiori fattori di rischio per la contrazione di agenti patogeni, *in primis*, a causa degli inevitabili stretti contatti in strutture spesso sovraffollate (Kinner et al., 2020). Le infezioni possono essere trasmesse tra detenuti, operatori e visitatori, creandosi così una promiscuità tra carcere ed ambiente comunitario, tale da rendere gli istituti penitenziari parte integrante della gestione della salute pubblica, specialmente in epoca di pandemia (Kinner et al., 2020). In quest'ottica, le misure introdotte per il controllo della pandemia nella comunità, potrebbero rivelarsi solo parzialmente efficaci in assenza di un adeguato meccanismo di prevenzione e controllo anche in carcere.

Quello sinteticamente rappresentato, dunque, lo scenario da cui siamo partiti nella nostra disamina sugli effetti della pandemia COVID-19 nelle carceri italiane e sull'efficacia, in termini di contenimento dei contagi, delle misure adottate.

1.2 COVID-19 in carcere

A livello europeo, non sono state emanate direttive omogenee per la gestione dell'emergenza sanitaria in ambito carcerario, lasciando ad ogni paese piena autonomia decisionale rispetto alle misure da adottare. In tale contesto, tuttavia, l'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel marzo 2020, ha pubblicato delle linee guida ("*Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention*"), finalizzate a fornire una cornice operativa finalizzata ad assistere i diversi paesi nello sviluppo di piani specifici e/o consolidando ulteriori azioni per le carceri e altri luoghi di detenzione in risposta alla pandemia COVID-19 (World Health Organization Regional Office for Europe, 2020). Le linee guida forniscono piani di preparazione, strategie di prevenzione, controllo e contingenza, proponendosi di interfacciarsi con il più ampio sistema di pianificazione sanitaria e di emergenza (World Health Organization Regional Office for Europe, 2020). Le racco-

mandazioni indicate circa le precauzioni da adottare in ambiente carcerario sono rappresentate dall'adesione a misure di prevenzione a livello personale (lavaggio delle mani, distanziamento fisico, ecc.), l'uso di dispositivi di protezione, misure ambientali (sanificazione), quarantena/isolamento di casi sospetti compresi nuovi ingressi sotto stretta osservazione medica, limitazione di accessi e visite non strettamente necessarie da parte dello staff e visitatori e specifiche disposizioni per il personale che rientra a lavoro dopo potenziale esposizione. Si tratta, come si vedrà a breve, delle misure adottate in Italia.

2. Sistema carcerario italiano: criticità e misure adottate

Il D.L. 17.3.2020 n.18 “*Cura Italia*”, convertito nella Legge 27 del 24.4.2020, ha previsto, tra le altre misure straordinarie, specifiche disposizioni per la popolazione carceraria con finalità di tutela della loro salute e di quella del personale penitenziario e di contenimento della diffusione della pandemia. La misura più restrittiva è all'art. 83, al comma 16, che sancisce la sospensione dei colloqui con i congiunti o con altre persone cui hanno diritto i condannati, gli internati e gli imputati, di fatto già sospesi nei giorni precedenti (D.L. 8 marzo 2020, 11, art. 2 (commi 7 e 8) vicariati da strumenti di comunicazione a distanza.

A tal fine l'amministrazione penitenziaria aveva stipulato specifici accordi con una compagnia telefonica per poter garantire un accesso più rapido e frequente dei detenuti con i propri familiari, al fine di alleviare la contrazione di un diritto, invitando a riguardo i direttori delle carceri a rappresentare queste possibilità alle persone detenute. Ciononostante, fra il sette e nove marzo, si sono verificate violente rivolte in diverse carceri italiane¹.

Fra le altre misure adottate, oltre alla disponibilità a tutto il personale penitenziario di mezzi di protezione personale, con difficoltà nel reperimento degli stessi nei primi giorni di *lockdown*, l'individuazione di spazi per l'isolamento e l'osservazione dei casi sospetti, l'adozione dei tamponi, la sospensione dei colloqui con i difensori, la sospensione delle udienze, salvo garantire quelle urgenti da svolgersi per via telematica, il blocco dei trasferimenti e degli spostamenti dei detenuti, l'isolamento del personale di polizia penitenziaria in situazioni sospette e/o risultate positive ai tamponi.

Accanto a misure protettive, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) adottò anche misure tese a contenere il rischio di infezione individuale in soggetti affetti da altre patologie che potevano in qualche modo favorire la trasmissione del virus, allargando in un certo senso

1 Fra il 7 e 9 marzo in 27 istituti carcerari italiani insorsero rivolte dei detenuti, in alcuni casi anche molto violente, anche motivate dalla richiesta di maggiori garanzie a tutela della salute. Nel corso delle stesse rivolte vi furono alcuni decessi tra i detenuti, sette nel solo carcere di Modena, mentre nel carcere di Foggia diversi detenuti riuscirono a varcare i muri di cinta.

le maglie previste per l'applicazione di misure alternative alla detenzione in carcere. Da sottolineare che nelle settimane precedenti il *lockdown* generalizzato del 17 marzo 2020 e nei mesi in cui divenne attuativo il D.L. 17 marzo 2020, vi è stato un susseguirsi di circolari dal DAP a tutte le strutture regionali², dettagliate e – in direzione opposta – una serie di report altrettanto dettagliati sulla situazione dei contagi nelle carceri italiane riguardanti sia le persone detenute che il personale di polizia penitenziaria di modo che il DAP era informato quotidianamente sulla situazione dei contagi nelle carceri.

Di grande interesse poi, ai fini del nostro ragionamento, l'art.123, la cui rubrica recita “*Disposizioni in materia di detenzione domiciliare*”, che ha disciplinato le ipotesi di concessione in deroga del regime di detenzione domiciliare per coloro i quali dovevano scontare un residuo di pena ricompreso tra i 6 ed i 18 mesi vincolato all'obbligo di controllo mediante mezzi elettronici o altri strumenti tecnici resi disponibili per i singoli istituti penitenziari, tranne che per i detenuti con pene residue inferiori ai 6 mesi ed i condannati minorenni.

Quanto all'art.124 “*Licenze premio straordinarie per i detenuti in regime di semilibertà*”, questo prevedeva licenze straordinarie per i detenuti che già usufruivano del regime di semilibertà.

Particolare ricorso a misure extra-carcerarie fu adottato inoltre per i minori detenuti negli istituti penitenziari per minori, come è noto, numero esiguo di persone, delle quali fu favorita la detenzione domiciliare presso il domicilio della famiglia di origine – per lo più – o presso comunità convenzionate.

In conseguenza di tali misure, tese primariamente alla tutela della salute delle persone detenute ed internate, dai complessivi 61.230 detenuti al 28.02.2020 (dati del Ministero della Giustizia), numero cresciuto progressivamente nei due anni precedenti e certamente in sovrappiù rispetto alla capienza regolamentare (50692), si passa ad un numero decrescente di detenuti: 57.846 al 31.03.2020³, 53.904 al 30.04.2020⁴, 53.387 al 31.05.2020⁵, 53.579 al 30.06.2020⁶.

2 Tra le altre, per la loro maggiore specificità: Circolare D.A.P. 22 febbraio 2020: “*Raccomandazioni organizzative per la prevenzione del contagio del coronavirus*”; Circolare D.A.P. 25 febbraio 2020: “*Ulteriori indicazioni per la prevenzione del contagio da coronavirus*”; Circolare D.A.P. 26 febbraio 2020: “*Indicazioni per la prevenzione della diffusione del contagio da Coronavirus (Covid 19) presso le sedi del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria*”; Circolare D.A.P. 10 marzo 2020: “*Prevenzione della diffusione del contagio da coronavirus. Ulteriori indicazioni per il personale di Polizia Penitenziaria*”; Circolare D.A.P. 20 marzo 2020: “*Indicazioni per la prevenzione della diffusione del contagio da coronavirus. Seguito a circolare 13 marzo 2020*”; Circolare D.A.P. 21 marzo 2020: “*Colloqui detenuti con i propri familiari*”, tutte a firma del Direttore del DAP.

3 https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facetNode_1=0_2&contentId=SST264737

4 https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facetNode_1=0_2&contentId=SST271278

5 https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facetNode_1=0_2&contentId=SST276680

6 https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?contentId=SST281553

Si è detto peraltro di come questa sia stata una scelta precisa delle autorità sanitarie e del governo e del DAP naturalmente, che altrettanto evidentemente ha sortito come effetto quello di limitare il rischio di diffusione della pandemia all'interno delle carceri.

3. Interpretazione dei dati

Gli unici dati ufficiali relativi all'andamento di contagi e decessi in ambiente penitenziario italiano che gli autori hanno rinvenuto al momento della stesura del presente lavoro, sono quelli pubblicati online dal Garante nazionale per i diritti delle persone detenute o private della libertà personale. Il bollettino 29 del 1° maggio 2020 riportava un numero di casi tra la popolazione detenuta pari a 159 (Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, 2020b). Considerando che la popolazione detenuta effettivamente presente a tale data, secondo il Garante, era pari a 53.187 detenuti, il tasso di infezione COVID-19 in carcere era pari allo 0,29%. A livello di popolazione italiana, considerando i dati messi a disposizione online dalla *World Health Organization* (WHO), il tasso di infezione COVID-19 al 1.5.2020 era pari allo 0,34% (casi totali al 1.5.2020, n = 205.500, popolazione 60.359.546⁷).

Per quanto riguarda il tasso di letalità, quello nella popolazione generale calcolato in base ai dati WHO dall'inizio della pandemia è pari al 13,6% (28.000 decessi su 205.500 casi).

Non sono stati rinvenuti dati ufficiali relativi ai decessi attribuibili a COVID-19 in carcere, fatta eccezione per il bollettino 29 del 1.5.2020 pubblicato dal Garante (Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, 2020b) laddove è riportato il decesso di una persona di cinquantaquattro anni, già detenuta in custodia cautelare nella Casa circondariale "San Vittore" fino al 12 aprile, quindi trasferito al manifestarsi dei sintomi dell'infezione e di altri due casi. Stante l'assenza di ulteriori dati ufficiali, abbiamo effettuato una ricerca attraverso il motore di ricerca *Google*, dalla quale abbiamo rinvenuto informazioni a mezzo stampa che consentono, con gli ovvi limiti, di confermare complessivamente tre decessi da COVID-19 nelle carceri italiane, fra la popolazione detenuta, al momento della stesura del presente lavoro. Un primo decesso del 3.4.2020 di un detenuto nel carcere Dozza di Bologna settantaseienne⁸, una seconda vittima cinquantanovenne del 9.4.2020 detenuto nel carcere di Voghera^{9 10}.

7 Elaborazione da dati WHO al 1.5.2020, <https://covid19.who.int/explorer>; accesso effettuato il 7.5.2020

8 <https://www.romasette.it/covid-19-primi-decessi-in-carcere/>

9 <http://www.osservatoriorepressione.info/detenuto-morto-coronavirus-al-carcere-voghera-familiari-chiedono-chiarzza/>

10 https://www.adnkronos.com/fatti/cronaca/2020/04/10/coronavirus-morto-detenuto-del-carcere-voghera-seconda-vittima-per-covid_z8NvWrXyqqxPTmgyO84fdP.html

Ammettendo che tali dati siano affidabili, il tasso di letalità mostrato in ambiente penitenziario sarebbe pari al 1,9%, quindi di un ordine di grandezza inferiore alla popolazione generale.

Per quanto attiene poi il personale di polizia penitenziaria, la stessa fonte citata (Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, 2020b) al 1° maggio 2020 riportava 209 contagiati e due decessi.

Vale la pena di sottolineare che nei paesi europei colpiti dalla pandemia (EPSU, 2020) sono state adottate medesime misure di protezione e si è assistito alla medesima tendenza a favorire misure tese a ridurre il numero di ristretti nelle carceri.

Non sembra aver sortito il risultato di contenimento osservato nelle carceri italiane ciò che è avvenuto, ad esempio nel carcere di Contea di New York (Foellmi, 2020), laddove, nonostante la medesima tendenza a concedere ai detenuti, specie quelli in attesa di giudizio, ristretti in USA nelle prigioni di Contea, misure alternative alla carcerazione, hanno registrato tassi di mortalità nella popolazione detenuta più alti rispetto a quelli della popolazione generale, specie – in proporzione rispetto a tutta la popolazione detenuta – dei detenuti afro-americani (Foellmi, 2020).

Riguardo tali dati, sia quelli relativi alla popolazione generale sia a quella carceraria, va adoperata una necessaria cautela nella loro analisi, ad esempio è stata ipotizzata la non attendibilità di quelli relativi al tasso di letalità, considerando che il metodo utilizzato per definire le morti da COVID-19, è stato quello di considerare l'infezione quale causa di morte in tutti i decessi avvenuti in soggetti positivi a *Reverse transcriptase-polymerase chain reaction* (RT-PCR) (Onder et al., 2020). Tale metodo potrebbe avere condotto erroneamente ad una sovrastima del tasso di letalità, poiché non sono state considerate comorbidità (Onder et al., 2020). Tuttavia, è altresì possibile ipotizzare una generale inattendibilità dei dati relativi al numero dei casi, poiché la mancata effettuazione di indagini infettivologiche su larga scala potrebbe avere verosimilmente comportato una sottostima dei soggetti infetti.

Tutto ciò premesso, focalizzandosi sul dato oggetto della trattazione, ossia l'apparente bassa contagiosità e letalità in ambito carcerario italiano, è doveroso porre una serie di considerazioni. Se il dato in ambito penitenziario fosse confermato, esso costituirebbe un'interessante tematica di riflessione, evidenziando una controtendenza rispetto a quanto pur ipotizzato, alla luce dei numerosi rischi in ambito penitenziario (Burki, 2020; Kinner et al., 2020; Yang & Thompson, 2020). Si consideri che, per quanto i casi positivi in carcere siano numericamente limitati, applicando il tasso di letalità della popolazione generale a quella positiva detenuta il numero di decessi attesi sarebbe comunque di circa 20, eventualità non configuratasi.

Considerando che è stato evidenziato un netto aumento del tasso di letalità da COVID-19 nei soggetti con più di 70 anni (Onder et al., 2020), una prima ipotesi che possa spiegare l'apparente bassa letalità nei detenuti, riguarda la specifica distribuzione di età. Dai dati del Ministero della Giustizia del 2019, emerge che solamente l'8,5% dei dete-

nuti presenti era ultrasessantenne¹¹, dato stabile al giugno 2020¹². Un'ulteriore ipotesi risiede nella possibilità che il sistema penitenziario, essendo diffusamente sanitarizzato, aduso a pratiche di isolamento ed alla stretta osservanza dei regolamenti, abbia consentito di individuare e trattare i casi di COVID-19 in una fase più precoce rispetto a quanto avvenuto nella popolazione generale, specie nella fase di picco. Ciò potrebbe avere garantito una maggiore tempestività delle cure, notoriamente meno efficaci in pazienti che giungono all'attenzione medica in una fase di grave distress respiratorio.

4. Conclusioni

Nonostante le condivisibili preoccupazioni sollevate rispetto al potenziale impatto della pandemia COVID-19 in ambiente carcerario, il sistema penitenziario italiano ha mostrato sinora una capacità di risposta connotata da parametri migliori rispetto a quanto osservato nella popolazione generale, come pure rispetto ad altri paesi altrettanto colpiti.

Sebbene la consistente riduzione del numero totale di ristretti in carcere durante i mesi del *lockdown*, potrebbe avere rappresentato una strategia rilevata cruciale nel contenimento di contagi e decessi in carcere, la persistente impossibilità di applicare un adeguato distanziamento fisico suggerisce come ulteriori fattori, ancora non pienamente chiariti, possano avere controbilanciato detta impossibilità.

Estrapolare e valutare lo specifico effetto delle singole misure adottate risulta di particolare difficoltà, tuttavia, noi riteniamo che l'isolamento e la tempestiva diagnosi infettivologica dei casi sospetti, nonché la sorveglianza sanitaria sui dipendenti, si siano rivelate misure efficaci e di per sé protettive, in un ambiente dove il virus, pur essendo penetrato, è stato contenuto. Particolare rilievo potrebbe inoltre aver avuto l'interruzione dei contatti con l'esterno che ha di fatto reso il carcere un ambiente infettivologicamente più tutelato. Se tali dati fossero confermati, potrebbero contribuire ad una maggiore razionalizzazione degli interventi e, più in generale, delle politiche applicabili a livello comunitario.

Riferimenti bibliografici

- Bai, Y., Yao, L., Wei, T., Tian, F., Jin, D.-Y., Chen, L., Wang, M. (2020). Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2565>.
- Barone-Adesi, F., Ragazzoni, L., & Schmid, M. (2020). Investigating the determinants of high Case-Fatality Rate for COVID-19 in Italy. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1–4. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.106>.
- Burki, T. (2020). Prisons are “in no way equipped” to deal with

COVID-19. *Lancet (London, England)*, 395(10234), 1411–1412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30984-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30984-3).

Dietz, L., Horve, P. F., Coil, D. A., Fretz, M., Eisen, J. A., Van Den Wymelenberg, K. (2020). 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Built Environment Considerations To Reduce Transmission. *MSystems*, 5(2). <https://doi.org/10.1128/mSystems.00245-20>.

Distante, C., Piscitelli, P., & Miani, A. (2020). Covid-19 Outbreak Progression in Italian Regions: Approaching the Peak by the End of March in Northern Italy and First Week of April in Southern Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17093025>.

EPSU (2020). *Fighting covid19 in prisons and detention centres in Europe: Protected prison workers – protected inmates*. <https://www.epsu.org/article/fighting-covid19-prisons-and-detention-centres-europe-protected-prison-workers-protected>.

Fazel, S., Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet (London, England)*, 377(9769), 956–965. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7).

Foellmi M. (2020). Mental Health and Justice in the time of Corona: a New York City perspective on consequences of the Covid-19 Pandemic; oral presentation 3rd Session Webinar COVID-19 in Forensic Psychiatry.

Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale (2020a). Bollettino 28. Retrieved May 5, 2020, from <http://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/2d4ff6bc8fd249fdc78c66e22a43cc0de.pdf>.

Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale (2020b). Bollettino 29. Retrieved May 7, 2020, from <http://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/e8ebd0213ff67bd904366c5491cea8bb.pdf>.

Khafaie, M. A., Rahim, F. (2020). Cross-Country Comparison of Case Fatality Rates of COVID-19/SARS-COV-2. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 11(2), 74–80. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2020.11.2.03>.

Kinner, S. A., Young, J. T., Snow, K., Southalan, L., Lopez-Acuña, D., Ferreira-Borges, C., O'Moore, E. (2020). Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19. *The Lancet. Public Health*, 5(4), e188–e189. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30058-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30058-X).

Onder, G., Rezza, G., Brusaferro, S. (2020). Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4683>.

Voller, F., Silvestri, C., Martino, G., Fanti, E., Bazzlerla, G., Ferrari, E., ... Di Fiandra, T. (2016). Health conditions of inmates in Italy. *BMC Public Health*, 16(1), 1162. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3830-2>.

Wolff, H., Sebo, P., Haller, D. M., Eytan, A., Niveau, G., Bertrand, D., ... Cerutti, B. (2011). Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health*, 11, 245. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-245>.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2020). Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention. Retrieved May 4, 2020, from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/434026/Preparedness-prevention-and-control-of-COVID-19-in-prisons.pdf?dm_i=21A8,6SM73,FLWT3F,R7PLZ,1.

Yang, H., Thompson, J. R. (2020, April). Fighting covid-19 outbreaks in prisons. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. England. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1362>.

11 Elaborazione da dati Ministero della Giustizia, https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facetNode_1=0_2&contentId=SST613888&previousPage=mg_1_14

12 https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facetNode_1=0_2&contentId=SST282629&previousPage=mg_1_14