

Università degli Studi di Bologna

Facoltà di Lettere e Filosofia

Corso di Laurea in Filosofia

CARCERE E SALUTE

La svolta della legge n. 230/1999

Tesi di Laurea in Storia della Psicologia

Relatore Prof:

Valeria Paola Babini

Presentata da:

Arianna Neri

Sessione I

Anno accademico 2009/2010

INDICE

CARCERE E SALUTE

La svolta della legge n. 230/1999

Introduzione.....	4
 Primo capitolo. Le funzioni della pena.....	5
I.1 Il carcere nella penality moderna.....	5
I.2 Le teorie della pena.....	7
I.2.1 La teoria retributiva.....	7
I.2.2 La teoria preventiva.....	8
I.2.3 La teoria rieducativa.....	10
I.2.4 La teoria della prevenzione indiretta.....	11
I.3 Lo scomodo diritto di punire e l'insolubilità del problema.....	12
• <i>Intervista al Sostituto Procuratore della Repubblica Maria Longo.....</i>	<i>14</i>
 Secondo capitolo. Le condizioni di vita della detenzione: il carcere patogeno.....	19
II.1 L'identità del detenuto.....	21
II.2 L'ambiente relazionale.....	22
II.3 La prospettiva esterna.....	24
• <i>Intervista al Garante dei diritti delle persone private della libertà personale, Desi Bruno..</i>	<i>25</i>
 Terzo capitolo. La sanità penitenziaria prima della riforma: il medico nell'Istituzione.	30
III.1 L'organizzazione della sanità penitenziaria: l'inerzia al cambiamento.....	30
III.2 La prestazione medica in carcere.....	32
III.3 La dialettica salute-sicurezza.....	33
 Quarto capitolo. Legge 230/99: la riforma. La persona detenuta nel sistema sanitario nazionale.....	35
IV.1 La riforma in divenire.....	36
IV.2 I punti di svolta e i problemi aperti del progetto di riforma.....	41
IV.2.1 L'istituzione di fronte all'istituzione: conflitto e/o alleanza.....	41
IV.2.2 Integrazione e specificità tra sanità pubblica e sanità penitenziaria.....	44

IV.2.3 La presa in carico del territorio: carcere e società.....	46
• <i>Intervista al medico psichiatra Angelo Fioritti</i>	49
Conclusioni	57
Bibliografia	59
<i>Ringraziamenti</i>	61

INTRODUZIONE

La tesi affronta il tema della salute e il problema della sua effettiva tutela in un contesto di privazione della libertà e di coercizione, quale è il carcere.

Lo snodo centrale che ha portato alla riflessione di alcune prospettive teoriche e modalità operative riguardanti l'istituzione carceraria è rappresentato dalla recente riforma 230/99, ancora in stato di attuazione, che ha segnato il passaggio da una sanità intracarceraria dipendente dall'Amministrazione Penitenziaria ad una integrata a pieno titolo nel Servizio Sanitario Nazionale. Il confronto tra un'istituzione di promozione della salute e un'istituzione di pena che si trovano a operare sui medesimi soggetti detenuti innesca molteplici punti di frizione, rendendo problematico il loro rapporto.

Per comprendere le contraddizioni che sorgono a riguardo, viene delineato nel primo capitolo un breve inquadramento storico del dispositivo carcerario, al fine di spogiarlo del suo status di ente considerato "naturale", mostrandone così i motivi specifici e determinati di origine e sviluppo. Insieme a questo quadro, vengono esposte le diverse teorie classiche della pena e della diversa, e sempre problematica, giustificazione e funzione che gli si assegna.

Al di là del panorama teorico che ha informato la concezione della pena e del carcere, nel secondo capitolo trova spazio la considerazione delle effettive condizioni di svolgimento della vita all'interno del carcere, attraverso cui sarà possibile rendersi conto come l'istituzione detentiva sembra venir meno alle sue dichiarate funzioni e come il carattere che emerge con maggior forza è, piuttosto, quello della sua intrinseca patogenicità.

Nel terzo capitolo, in conseguenza alla sottolineatura del posto che il problema della salute e della malattia occupa nel difficile contesto intramurario, si offre uno sguardo sul problematico lavoro del medico in un istituto di pena. In questo capitolo, si considererà l'articolarsi della questione nel periodo antecedente la riforma, quando il lavoro del medico in carcere si svolgeva sotto le dipendenze della stessa Amministrazione Penitenziaria.

Nel quarto capitolo, si affronterà, infine, il tema centrale della riforma sanitaria in carcere, delineandone le varie tappe nel suo insieme auspicato e avversato percorso, ancora in via di completamento ed effettiva realizzazione. Seguirà la discussione di alcuni fondamentali punti di svolta e insieme di criticità che pone in atto la riforma.

Ad arricchire la trattazione, si troveranno alcune interviste a persone operanti nel mondo del carcere, del quale forniscono una testimonianza diretta secondo le loro diverse professionalità ed esperienze personali.

I Capitolo

LE FUNZIONI DELLA PENA

In rapporto al diritto penale, il carcere svolge nella nostra società una funzione che appare *naturalmente* irrinunciabile e insostituibile. Non si vede come possa esistere un dispositivo diverso ma in grado, comunque, di rispondere alla necessità e alla certezza della pena, tanto che nell'opinione comune carcere e pena finiscono per diventare molto spesso sinonimi¹. L'«evidenza»² di cui gode il carcere, quest'istituzione insieme così ovvia eppure così concretamente lontana dalla nostra esperienza diretta, fa sì che esso appaia come «naturale»³, «come sempre esistito, oggetto dato *in rerum natura*»⁴, come se non avesse storia ma fosse co-essenziale a ogni comunità umana. Negli ultimi decenni, numerosi studi sono stati fatti sull'origine del carcere, il suo sviluppo, il suo ruolo: se pensato in questi termini *storici*, diviene già possibile scuoterlo dalle sue fondamenta e aprire una prima faglia nella «concezione sacrale del carcere»⁵.

Nell'interrogarsi su una *riforma*, come quella sanitaria con legge n. 230/99, operata all'interno di questa istituzione, diventa perciò indispensabile andare a vedere prima di tutto, seppur brevemente, quali obiettivi si ponga questa stessa istituzione, quali siano la sua origine e le funzioni attribuitele in relazione al concetto di pena, alla quale in diversi modi tenta di dare una risposta.

I.1 Il carcere nella penalità moderna

Se si guarda il carcere secondo un punto di vista storico, esso si mostra come frutto di una determinata prospettiva e intersecato ad altri processi storici. Il carcere così come lo pensiamo oggi non è sempre esistito. Da semplice luogo di posteggio e custodia del detenuto in attesa del giudizio e della sentenza penale, nell'età moderna la prigione o carcere diventa esso stesso il principale agente di esecuzione della pena⁶. La pervasività che acquista il carcere come risposta prevalente al crimine è riferibile a una serie di fattori.

¹ D. Melossi-M. Pavarini, *Carcere e fabbrica. Alle origini del sistema penitenziario*, Bologna, Il Mulino, 1977, p. 19.

² M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino: Einaudi, 1976, p. 252.

³ M. Foucault, *ivi*, p. 253.

⁴ D. Melossi-M. Pavarini, *Carcere e fabbrica*, p. 20.

⁵ D. Melossi-M. Pavarini, *ibidem*.

⁶ G. Castellana, *La funzione rieducativa della pena e il detenuto straniero. Aspetti sociologici e costituzionalistici*, in *L'altro diritto. Centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità* (www.altrodiritto.unifi.it).

Si assiste, a partire dall'età illuminista, a una progressiva volontà di *umanizzazione* della punizione penale e dei supplizi che le erano connessi, la cui pratica inizia a essere percepita come «improvvisamente intollerabile»⁷ nella sua dimensione di eccessiva e sproporzionata afflittività corporea. Quest'ultima inizia ad essere sostituita dalla condanna alla «perdita di un bene o di un diritto» e la prigione acquista la caratteristica essenziale e *astratta* di «pura privazione della libertà»⁸. Essa permette la codificazione di un castigo egitario e quantificabile attraverso una corrispondente «privazione del tempo»⁹, che viene preso e gestito dall'istituzione totale. Questo tempo, contenitore quantitativo della pena detentiva, corrispettivo del contenitore fisico e spaziale delle mura, non rimane vuoto ma viene riempito di significati positivi, per essere utilizzato in vista della rieducazione e correzione del condannato e in vista della difesa della società. Rimane comunque inerente alla carcerazione, come sua conseguenza inevitabile, un «supplemento di punizione che concerne proprio il corpo in se stesso»¹⁰.

Inoltre, si può storicamente rilevare «una connessione tra sorgere del modo capitalistico di produzione e origine dell'istituzione carceraria moderna», che ha già le sue prime origini nelle *workhouses* dell'Inghilterra elisabettiana: «in un sistema di produzione pre-capitalistico il carcere come pena non esiste; non è tanto il carcere ad essere ignorato dalla realtà feudale, quanto la pena dell'internamento come privazione della libertà»¹¹. La *cella* è il dispositivo che sancisce questa privazione, occupandola con la dimensione espiativa e correzionale, declinabile attraverso due modalità tipiche della reclusione detentiva: l'isolamento cellulare, secondo il modello di reclusione monastica, e il lavoro in comune, secondo il modello della disciplina di fabbrica¹².

Nel suo collegarsi a dinamiche sociali e ideologiche più globali, si comprende come non sia possibile interpretare il carcere solo come istituzione isolata e separata, ma come esso abbia, anche nella sua stessa separatezza, «una funzione sociale complessa»¹³, in relazione alle dimensioni storiche in cui è inserito.

⁷ Cfr. M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, p. 79.

⁸ M. Foucault, *ivi*, p. 18.

⁹ D. Melossi-M. Pavarini, *Carcere e fabbrica*, p. 23.

¹⁰ M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, p. 18.

¹¹ D. Melossi-M. Pavarini, *Carcere e fabbrica*, p. 21.

¹² Queste due modalità sono state storicamente rappresentate dai sistemi carcerari americani di Filadelfia e Auburn, dal cui confronto nacque un ampio dibattito; cfr. M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, p. 259 e ss.; P.F. Peloso, T. Bandini, *Follia e reato nella storia della psichiatria. Osservazioni storiche sul rapporto tra assistenza psichiatrica e carcere*, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, anno I, n. 2 – 2007.

¹³ M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, p. 26.

I.2 Le teorie della pena

Il problema della pena pone forti problemi nell'ambito della filosofia del diritto penale, nella ricerca di una giustificazione in grado di legittimare l'operazione punitiva. Il diritto penale si gioca, infatti, tra il versante della violenza fatta subire all'uomo, e l'opposta «funzione della tutela della persona umana» e dei suoi diritti. All'interrogativo basilare «circa la possibilità e la liceità del fatto che alcuni esseri umani possano esercitare il potere di giudicare ed eventualmente condannare altri esseri umani»¹⁴, si è risposto tramite diverse dottrine che si concentrano nell'attribuzione alla pratica punitiva di funzioni considerate di volta in volta legittime.

Le teorie che nel corso della storia del pensiero umano sono state elaborate sul fondamento e sullo scopo della pena sono divisibili in due grandi gruppi. Da una parte, si parla di teoria assoluta della pena, che comprende le dottrine che giustificano la pena in base al *quia peccatum est*, rivolte al passato e alla valutazione del crimine commesso, rispondendo perciò a un'esigenza di *retribuzione*. Dall'altra parte, vi sono le teorie relative che giustificano la pena in base al *ne peccetur*, prendendo in considerazione il bene, lo scopo positivo e sociale che può derivare dalla pena, secondo una prospettiva che si rivolge innanzitutto al futuro. In quanto tali, sono collocabili all'interno di un'interpretazione *utilitaristica* della pena, poiché ne considerano i possibili effetti.

Il problema della giustificazione della pena risulta quindi più complesso di ciò che si tende a omogeneizzare nella generale categoria di punizione, comportando «l'insufficienza di ciascuna teoria nella sua pretesa di esclusività»¹⁵: nonostante le distinzioni e differenziazioni, ognuno di questi principi si mostra all'opera, di volta in volta in diversa misura, nei meccanismi penali e, contemporaneamente, nessuno di essi è capace di risolvere definitivamente lo scomodo problema dell'azione punitiva.

I.2.1 La teoria retributiva

La pena intesa in senso retributivo si situa all'interno della teoria assoluta della funzione penale, così definita poiché si basa unicamente sul «delitto commesso, il quale esige un'espiazione; in una simile prospettiva, la pena è considerata come un fine in se stessa, e in ciò consiste il suo carattere "assoluto"»¹⁶. In questa concezione, la pena non viene perciò vista come un mezzo in vista di un fine, come potrebbe essere quello della sicurezza sociale, ma

¹⁴ M. A Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana. Saggio sulla filosofia del diritto penale*, Torino: G. Giappichelli Editore, 1998, pp. 3-5.

¹⁵ M. A Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana*, p. 57.

¹⁶ M. A Cattaneo, *ibidem*.

come esigenza naturale e morale rispetto a cui il potere statale ha il diritto e il dovere di rispondere attraverso un'azione punitiva e coercitiva.

La pena retributiva può venire a sua volta distinta in due sottocategorie. Secondo la prospettiva della retribuzione *morale*, «poiché il delitto costituisce una violazione dell'ordine etico, la coscienza morale ne esige la punizione». La teoria della retribuzione *giuridica*, invece, afferma in prima istanza «che il delitto è ribellione del singolo alla volontà della legge e, come tale, esige una riparazione che valga a riaffermare l'autorità dello stato. Questa riparazione è la pena»¹⁷.

Entrambe queste due concezioni, non fornendo alcuno scopo estrinseco, non possono che ridursi al concetto stesso di pena, connotandosi così attraverso un'esigenza principalmente *afflittiva* verso il condannato, che risulta a sua volta una speculare soddisfazione per la vittima offesa. Nella sottolineatura della caratteristica retributiva della pena, assolta attraverso «l'inflizione di un male a un nostro simile»¹⁸, l'unico e sufficiente scopo che si pretende di raggiungere è la «realizzazione dell'idea della giustizia» stessa; un'idea secondo cui «è giusto, legittimo o doveroso rendere male per male»¹⁹. Il fatto che la prigionia abbia «sempre comportato, in una certa misura, la sofferenza fisica [...] indica un postulato che non è mai stato chiaramente abbandonato: è giusto che un condannato soffra fisicamente più degli altri uomini»²⁰, elemento che non può che creare forti contrasti con l'astrazione della pena intesa come pura privazione della libertà.

L'interpretazione della pena come retribuzione ha, al di là del suo carattere assoluto basato solo sul crimine commesso, un immediato effetto, quello di *distribuzione* della pena: l'esclusione di fattori ulteriori nella valutazione della pena comporta la possibilità di individuare una responsabilità che sia *personale* del delitto e, di conseguenza, la possibilità della *misura* della pena, ovvero la determinazione della qualità e quantità di essa, per quanto poi tale proporzione non sia, in realtà, di così agevole determinazione concreta²¹.

I.2.2 La teoria preventiva

Diversamente dall'interpretazione retributiva, secondo la concezione preventiva, la pena trova il suo scopo e la sua funzione all'esterno di essa, negli effetti che ne devono conseguire. La

¹⁷ M. A. Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana*, p. 58-59.

¹⁸ M. A. Cattaneo, *ivi*, p. 91.

¹⁹ M. A. Cattaneo, *ivi*, p. 58.

²⁰ M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, p. 19.

²¹ Cfr. L. Eusebi, *La "nuova retribuzione"*, cit. in M. A. Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana*, p. 103: «reato e pena sono realtà eterogenee; ogni teoria che intenda collegare proporzionalmente tali entità deve inevitabilmente ricorrere ad un elemento *esterno* – perciò, dal punto di vista intrinseco della retribuzione, *arbitrario* – su cui fondare il rapporto».

pena consiste in questo caso nel *prevenire* la commissione dei delitti. Non guarda a un male passato da ricambiare con la stessa moneta, rischiando di confondersi pericolosamente con una vendetta legalizzata, ma mira a un bene futuro. Nel contesto punitivo, il termine prevenzione deve essere inteso in senso stretto, non come dispositivo di prevenzione sociale in senso positivo e promozionale, ma nel senso di *intimidazione* o *deterrente*, al fine di distogliere, attraverso il timore, dalla commissione dei delitti. È possibile distinguere tra prevenzione generale e prevenzione particolare o speciale: quest'ultima si applica a un individuo reo specifico, mentre la prima a tutta la società senza distinzioni.

La prevenzione penale di tipo generale ha lo scopo di distogliere, attraverso l'esecuzione o la minaccia della pena e l'impressione di timore che questa suscita, gli *altri* membri della società dalla commissione dei delitti. La pena inflitta al delinquente serve così da *esempio* ai suoi spettatori, oppure, quando si tratta solo della minaccia della pena contenuta nella legge ancor prima della commissione del reato, tale rappresentazione di *minaccia legale* comporta una sorta di «coazione psicologica»²² nell'animo dei consociati. Questa concezione, teorizzata storicamente nel periodo illuminista, fa capo a una prospettiva *utilitaristica* di difesa della società, in cui il colpevole finisce per essere trattato come «mezzo per un fine [...] che è a lui estraneo ed è proprio della società inteso come ente collettivo»²³. Nell'esigenza di una pena utile e moderata, in contrasto all'elemento di vendetta che sembra caratterizzare il principio retributivo, ci si richiama come ragione giustificante all'umanità del reo stesso; ma tale «umanità» rischia, in realtà, di essere solo «il rispettoso nome» dato al calcolo degli «effetti di ritorno del castigo sull'istanza che punisce e sul potere che pretende di esercitare»²⁴. In questa prospettiva, punire diventa «un'arte degli effetti», rispetto a cui «bisogna punire esattamente abbastanza per impedire»²⁵, avendo come bersaglio soprattutto quelli che ancora sono solo «i possibili colpevoli»²⁶.

Al contrario, nella prevenzione speciale o particolare, lo scopo di intimidazione è rivolto nei confronti del singolo reo. In tale concezione, si mostra la tendenza all'«*individualizzazione* della pena», calibrandola «nel modo più adatto al comportamento e alla personalità del colpevole»²⁷. Il rivolgersi al singolo comporta, inoltre, l'emergere di una funzione di «recupero sociale del condannato»²⁸, a cui è necessario rinsegnare la vita sociale, obiettivo che si connette alla teoria dell'emendamento o rieducazione. Se la prevenzione

²² M. A. Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana*, p. 129.

²³ M. A. Cattaneo, *ivi*, p.110.

²⁴ M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, p. 100.

²⁵ M. Foucault, *ivi*, p. 102.

²⁶ M. Foucault, *ivi*, p. 118.

²⁷ M. A. Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana*, p. 152.

²⁸ M. A. Cattaneo, *ivi*, p.162.

generale era in funzione prima di tutto della società e non del colpevole stesso, con il principio dell'«educazione del detenuto» si vuole assolvere «una precauzione indispensabile nell'interesse della società e nello stesso tempo un obbligo nei confronti del detenuto»²⁹.

I.2.3 La teoria rieducativa

Le dottrine retributive e quelle preventive hanno come terreno comune la sottolineatura del carattere afflittivo della pena, la quale viene vista come un “male” per il reo ma che, d'altra parte, è giusto e positivo infliggere, per motivi intrinseci o di difesa sociale. Su questo punto, si distingue la dottrina dell'*emenda* o *rieducazione*, poiché essa intende la pena prima di tutto come un “bene”: non nel senso di negare il carattere afflittivo proprio ad ogni *pena* in quanto tale, ma nel concepire tale afflizione come espiativa e produttrice di un vero effetto morale positivo nel reo. Attraverso una pena correttiva e rieducativa, il reo può ottenere una rigenerazione morale, che rappresenta quindi un bene per la sua stessa persona³⁰.

Diversamente dalla concezione retributiva, qui la pena risulta il mezzo e la rieducazione il fine, che permettono di conseguire contemporaneamente il bene del singolo reo e della società. Si differenzia invece dalla teoria della prevenzione, poiché non tenta di agire solo sul piano giuridico e sull'astensione esteriore dai delitti, ma vuole operare «sul piano morale, penetrare nell'interiorità del colpevole, esigendo una sua profonda conversione morale»³¹.

In questo modo, si viene ad attribuire al diritto anche «una funzione pedagogica», la quale porta con sé una serie di problemi. Si viene, infatti, ad «attribuire allo stato un compito di valutazione del comportamento morale dell'individuo, che implica una sua interferenza nell'ambito della coscienza»³². Questo aspetto di *paternalismo* porta a considerare il colpevole come «un immaturo o un minore e perciò bisognoso di rieducazione, finché non vengano eliminati i motivi interiori del suo comportamento ingiusto»³³. In quest'ultimo senso, tale teoria manca di considerare le eventuali condizioni sociali che possono portare al crimine, riducendolo solo a una questione interiore. Inoltre, la dottrina dell'*emenda* porta in sé una contraddizione relativa all'idea stessa di educazione, che come tale esige autonomia e adesione dell'educando, mentre nel contesto penale si pone il problema di un'«educazione coattiva», di come sia possibile far «diventare libertà la necessità e la coercizione»³⁴.

²⁹ M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, p. 297.

³⁰ Cfr. M. A. Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana*, pp. 162-163.

³¹ M. A. Cattaneo, *ivi*, p. 170.

³² M. A. Cattaneo, *ivi*, pp. 171-172.

³³ M. A. Cattaneo, *ivi*, p. 163.

³⁴ M. A. Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana*, pp. 172-174.

Se da una parte la teoria dell'emenda si giustifica attraverso un'esigenza di «umanizzazione della esecuzione penale», in modo che «non sia attuata con metodi ripugnanti al senso di umanità, e soprattutto che la sofferenza causata dalla pena si limiti alla privazione del godimento di un diritto quale la libertà, e ad essa non si aggiungano altre sofferenze»³⁵; dall'altra parte, essa trova un forte limite nella sua dimensione moralizzatrice, con le difficoltà che essa porta con sé.

Nell'articolo 27 della Costituzione Italiana viene sancito il principio dell'«umanità» delle pene che «devono tendere alla rieducazione del condannato». È necessario però precisare che qui la rieducazione non può essere identificata col «pentimento interiore, l'emenda morale e spirituale [...] Ma viene inteso come concetto di relazione, rapportabile alla vita sociale e che presuppone un ritorno del soggetto nella comunità. [...] Rieducare il condannato significa riattivare il rispetto dei valori fondamentali della vita sociale; rieducazione non può essere intesa se non come sinonimo di *recupero sociale*, di *reinserimento sociale*, di *risocializzazione*»³⁶.

I.2.4 La teoria della prevenzione indiretta

Oltre alle dottrine classiche della pena, è importante fornire una considerazione di quella prospettiva che si collega alla nascita della sociologia criminale e alle teorie della devianza e della difesa sociale. È possibile denominare tale teoria come *prevenzione indiretta*, specificando però che non è legata a una dottrina particolare della pena, ma che tende piuttosto a un'«idea di superamento della pena»³⁷, perseguendo la prevenzione dei crimini attraverso mezzi non penali, secondo il principio che «è meglio prevenire i delitti che punirli»³⁸. Secondo l'ottica del diritto preventivo, «la pena diviene un *accessorio*», per essere sostituita da «strumenti di “terapia sociale”», che intendono ricercare le «cause sociali dei delitti», non con un intento repressivo, ma in vista di una «promozione della prevenzione della delinquenza»³⁹.

In questo modo, «attraverso l'idea di pena “curativa” o “terapeutica”, il concetto di sanzione penale subisce una radicale trasformazione; ad essa fa capo la tendenza a far scomparire, in prospettiva, il diritto penale, e a sostituirlo con un sistema di trattamento medico». Il fondamento teorico di tale corrente di pensiero è un'idea di «difesa sociale», per

³⁵ M. A. Cattaneo, *ivi*, pp. 176-177.

³⁶ F. Antolisei, *Manuale di diritto penale*, cit. in G. Castellana, *La funzione rieducativa della pena e il detenuto straniero*.

³⁷ M. A. Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana*, p. 185.

³⁸ C. Beccaria, *Dei delitti e delle pene*, cit. in M. A. Cattaneo, *ivi*, p. 181.

³⁹ M. A. Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana*, pp. 181-186.

cui il *delinquente* è considerato come «un malato da curare» e la *delinquenza* come «una malattia da cui la società deve difendersi»⁴⁰.

Connotandosi come extra-penale, tale concezione comporta il grosso rischio di confondere potere punitivo e «potere normalizzatore», attraverso la «produzione» della categoria dell'*uomo delinquente*. Venendo percepito come sempre più stretto il ruolo penale del «condannare per condannare», incalzato da un crescente «appetito di medicina», il potere di punire tende a configurarsi nella sua funzione come «non essenzialmente diverso da quello di guarire o di educare»⁴¹.

I.3 Lo scomodo diritto di punire e l'insolubilità del problema

Per quanto la punizione assolva indubbiamente a delle funzioni più o meno giustificate all'interno della società e in vista della tutela di diritti individuali, «il problema penale» sembra rimanere inevitabilmente «non suscettibile di soluzioni pienamente soddisfacenti»⁴².

L'elemento di potere e assoggettamento che è insito alla violenza - presente anche solo nella fondamentale privazione della libertà - con cui si attua la sanzione penale, rende difficoltoso giungere a una pacificata legittimità, che viene invece sempre scossa dalle frizioni provocate dai vuoti che qualsiasi pretesa funzione sembra non riuscire a colmare. Di conseguenza, si tende a riferirsi al diritto penale come «l'estremo rimedio», «l'ultima ratio»⁴³, una «dolorosa necessità»⁴⁴, per un motivo che tocca la stessa radice della giustizia penale: «per il fatto che, al limite, l'uomo non può arrogarsi la facoltà di giudicare un altro uomo in tutti gli aspetti che concernono un'azione da questi compiuta»⁴⁵.

Nonostante le progressive operazioni di *umanizzazione* della pena, in direzione di una giustizia che sia sempre più *pudica* e *incorporea*, «per la vergogna che prova a punire coloro che condanna»⁴⁶, rimane quella radice di «violenza, che è impossibile cancellare completamente dalla punizione»⁴⁷. Da qui la tendenza della giustizia criminale a giustificarsi attraverso un «incessante riferirsi a qualcosa di diverso»⁴⁸, dalla difesa sociale all'intento terapeutico. La giustizia penale, ancor prima del reo che punisce, non ha mai fin dall'inizio la coscienza del tutto a posto.

⁴⁰ M. A. Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana*, p. 186.

⁴¹ M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, pp. 333-336.

⁴² M. A. Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana*, p. 3.

⁴³ M. A. Cattaneo, *ivi*, p. 4.

⁴⁴ M. A. Cattaneo, *ivi*, p. 369.

⁴⁵ M. A. Cattaneo, *ivi*, p. 376.

⁴⁶ M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, p. 280.

⁴⁷ M. Foucault, *ivi*, p. 61.

⁴⁸ M. Foucault, *ivi*, p. 25.

Nonostante l'ineliminabilità di questo nucleo paradossale che caratterizza la giustizia penale e i dispositivi che, come il carcere, essa adotta per raggiungere i propri obiettivi, altrettanto ineliminabile appare «l'esigenza di non rinunciare all'umanizzazione, attraverso l'effettiva tutela dei diritti riconosciuti ai reclusi»⁴⁹, nella continua tensione che nella filosofia della pena si instaura tra «essere e dover essere, un continuo sforzo di conciliazione fra la dolorosa necessità di punire e la preoccupazione di tutelare, nel punire, il valore dell'umanità»⁵⁰.

⁴⁹ P. Buffa, *I territori della pena. Alla ricerca dei meccanismi di cambiamento delle prassi penitenziarie*, Torino: EGA Editore, 2006, p. 11.

⁵⁰ M. A. Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana*, p. 18. □È giusto notare che spesso questa necessità non è poi considerata così “dolorosa”, ma anzi s'inneggia al potere punitivo, mettendo decisamente in primo piano i temi della sicurezza rispetto a quelli della dignità e del rispetto umani.

INTERVISTA A MARIA LONGO

Maria Longo è attualmente Sostituto Procuratore Generale di Bologna, ha svolto il ruolo di Magistrato di Sorveglianza del carcere di Bologna e di Giudice per il Tribunale dei Minorenni

- Al carcere si possono attribuire in linea teorica varie funzioni. Quali sono le funzioni che oggi, nel più specifico contesto italiano, gli vengono assegnate e le normative che intendono perseguirle?

Oggi il carcere è più che mai un contenitore di problematiche sociali. La nostra è una legislazione che si orienta sempre più a sanzionare con il carcere comportamenti in qualche modo disturbanti. Il carcere non viene adibito solo alla sanzione di comportamenti trasgressivi effettivamente pericolosi per la vita sociale, ma vengono immessi nel circuito carcerario anche persone che hanno assunto comportamenti disturbanti agli occhi di questa o quella maggioranza. Esempio tipico di questo modo di agire è l'avere introdotto il reato di clandestinità, punito con il carcere, in conseguenza del quale è esploso il numero della popolazione detenuta nel carcere di Bologna. La pericolosità insita in una trasgressione di questo tipo è assolutamente ridotta, perché non collegata ad aggressività nei confronti di persone o patrimonio; è un reato che è punito col carcere esclusivamente per se stesso. Altre normative sono state motivo di aumento a dismisura della popolazione carceraria, come la cosiddetta ex-Cirielli, che ha introdotto la recidiva, aumentando gli ostacoli nell'accesso a misure alternative. In questo caso, coloro che risultano particolarmente colpiti sono i tossicodipendenti e gli alcool dipendenti, poiché se rispetto ad essi non si interviene dando una risposta di cura non fanno altro che porre in essere e ripetere comportamenti trasgressivi. Perciò è molto miope da parte del legislatore rispondere sempre e solo col carcere e restringere l'accesso a misure esterne, che comportano invece il progetto sulla persona, fatto di cura, la sola modalità che, particolarmente in questi casi, può portare all'emancipazione dal problema.

- Secondo lei, quindi, tutto questo è frutto di miopia o c'è, piuttosto, una volontà e un progetto politico ben precisi?

Bisogna avere uno sguardo di ampio respiro rispetto ai fenomeni legislativi. Abbiamo assistito all'apertura delle carceri sull'esigenza di sfoltirle già nel '75, per via di rivolte come quelle del carcere di Porto Azzurro. Si stava propagando insofferenza per una condizione carceraria che, come adesso, cominciava ad essere disumana. Il carcere dovrebbe servire solo

a privare della libertà - che non è poca cosa - ma non dovrebbe poi influire su un'ulteriore compressione di altri diritti e dovrebbe assolutamente, in una situazione di civiltà giuridica, garantire un livello di vita dignitoso. Fa parte della pena la privazione della libertà, ma non l'umiliazione della persona.

- Ed è possibile che con l'istituzione carcere avvenga ciò? In risposta all'esigenza di tutela del detenuto, si tende infatti a incentivare il ricorso alle misure "alternative" ad esso.

Infatti, il carcere dovrebbe essere riservato a coloro che hanno commesso reati particolarmente gravi. In Italia, c'è una buona parte di popolazione carceraria che risponde a questa tipologia, a causa della presenza di una pressante criminalità organizzata. Queste sono persone rispetto alle quali la risposta del carcere è necessaria e doverosa, almeno per coloro che ricoprono ruoli apicali all'interno di tali associazioni. In tutti gli altri casi, io ritengo che si possa fare un grande lavoro d'intervento, ai fini di una "responsabilizzazione", per richiamarli a un comportamento sociale responsabile.

- Si riferisce alla funzione rieducativa del carcere, sancita dalla Costituzione?

Non ci illudiamo, io preferisco comunque il termine "responsabilizzazione". Rieducazione è un termine che appare moralistico e, allo stesso tempo, molto opinabile nel suo contenuto. Invece, portare il soggetto a divenire un cittadino responsabile di sé significa renderlo capace di contenere se stesso, e quindi non più necessitante del contenitore esterno. Il carcere, in sostanza, è questo: io ti contengo con l'istituzione totale se tu non sei in grado di gestire te stesso e le tue pulsioni negative. Chi sta in carcere non è fatto diversamente da noi, tutti abbiamo pulsioni negative e positive: la maturità sta nel saper riconoscere la propria aggressività e nel saperla gestire. È questo che si chiede a un cittadino adulto, cresciuto e responsabile. Se non si arriva a questo, esiste l'esigenza del contenitore esterno. Quest'esigenza diventa necessaria nei confronti di chi, come persone a capo di organizzazioni criminali, compie la scelta di appartenere a sotto-ordinamenti, non riconoscendosi nell'organizzazione sociale che con un patto implicito lega i cittadini. Per queste persone, che si riconoscono in altri contesti normativi e seguono leggi auto-datesi, è necessario il contenitore esterno, a meno che non si distacchino da quell'appartenenza, attraverso la collaborazione. Con la collaborazione, si possono allora aprire strade per una re-immissione nella società civile, ma sulla base di una rivisitazione critica delle proprie scelte precedenti.

- Allora, anche su di loro, per portarli alla collaborazione, sarebbe forse necessario intraprendere un lavoro.

Il lavoro, in questo caso, non può che essere prima di tutto utilitaristico, secondo le norme sui cosiddetti pentiti e sui collaboratori di giustizia. Quello può essere un primo impulso, utilitaristico, per un distacco dal mondo criminale, a cui possono seguire autentici comportamenti d'adesione, che portino al cambiamento del proprio modo di essere e di pensare.

- Ritornando alla nozione di “responsabilizzazione”: in che modalità dovrebbe avvenire dentro un contesto come il carcere, in cui non si ha l'opportunità della “messa alla prova”?

La maggioranza dei detenuti è portatrice di disagio sociale, emarginazione, indigenza (senza che questo implichi che dall'indigenza si debba necessariamente cadere nella trasgressione penale, anche se è indubbiamente una condizione agevolante). Se come risposta si adotta una legislazione sempre più punitiva, come accade oggi attraverso la penalizzazione di ogni comportamento che non sia di specchiata responsabilità, si crea un circolo vizioso. Dopo il '75, l'ordinamento penitenziario era stato ulteriormente migliorato dalla legge Gozzini dell' '86, fino ad arrivare alla legge Saraceni-Simeone del '98. Allora, si era colta l'esigenza di contribuire a una ricostruzione della persona e tale ordinamento penitenziario, seppur oggi molto ridimensionato da interventi legislativi di grande chiusura, ha dato grandissime opportunità e ha emancipato dal crimine moltissime persone. In questo ordinamento, la condanna non comporta necessariamente la carcerizzazione. Secondo questo indirizzo, non è il carcere la risposta alla trasgressione, ma il lavoro sulla persona. Di conseguenza, se devono andare in esecuzione pene per reati che non siano di gravissimo allarme sociale, si passa all'applicazione di una misura alternativa, come l'affidamento o la detenzione domiciliare, senza il passaggio in carcere. Ciò è fondamentale, perché significa che sulla persona si attiva l'attenzione di una serie di servizi – servizi sociali, del ministero, del territorio – permettendo così una visione progettuale della storia personale, in cui sono presenti cadute, ma che può essere nondimeno riprogettata (naturalmente, se la persona è d'accordo). Ciò diventa possibile, rispondendo a dei bisogni.

- Quindi, diversamente da quello che si ritiene normalmente, il carcere non è immediatamente sinonimo di pena.

Questa consapevolezza è importante, ma non ce l'hanno in molti. L'adagio che viene diffuso è che la certezza della pena sia ricollegabile solo ed esclusivamente all'esecuzione della pena

in carcere. Ciò non è vero proprio allo stato del nostro attuale ordinamento, secondo cui la certezza dell'esecuzione della pena è garantita anche senza il passaggio in carcere, poiché per moltissime tipologie di reato meno allarmanti è garantita un'esecuzione penale esterna al carcere, e cioè in affidamento ai servizi sociali o in detenzione domiciliare.

- Pensando alla riforma con D. Lgs. 230/99, che ha segnato il passaggio dalla sanità penitenziaria al servizio sanitario nazionale, emerge il problema della salute in carcere e delle contraddizioni che vi possono essere rispetto al confronto con un'istituzione afflittiva.

Il carcere ha la funzione di limitare la libertà, avendo sempre comunque all'orizzonte la prospettiva dell'esterno (permessi premio, semilibertà, lavoro all'esterno); tutto il resto di afflittività è "in più" e non è costituzionale. Il passaggio dalla sanità penitenziaria alla sanità pubblica, che permette l'equiparazione dei detenuti ai cittadini che stanno fuori dal carcere in termini di tutela della salute – passaggio ancora non perfezionato, ma ai suoi primi passi – è una lettura costituzionalmente orientata della repressione del crimine. Il crimine va represso e la persona che trasgredisce, se molto pericolosa, va posta in carcere, ma il carcere ha solo il senso del contenitore di impulsività negative che l'individuo da solo non riesce o non vuole auto-contenere. Tutto il resto che consegue alla detenzione – come sovraffollamento, scarsi mezzi interni, mancanza di risposta a bisogni – sono afflittività che non sono previste nella pena. Bisogna sempre ricordarsi che l'afflittività della pena si dovrebbe limitare alla privazione della libertà, e mai definitiva. Il surplus di afflittività dovuto a pessime condizioni carcerarie, a risposte tardive rispetto ai bisogni di accudimento e di cura, non sono previste dalla legge e dalla costituzione, e come tali sono da eliminare.

- Se, oltre i discorsi teorici, ci soffermiamo sulla situazione di oggi, prendendo ad esempio il caso del carcere di Bologna, che contiene da anni più del doppio dei detenuti previsti, superando di molto la soglia di tollerabilità; in queste condizioni di fatto, come vede praticabile la possibilità del recupero e della responsabilizzazione?

Oggi siamo in una situazione drammatica. Bisognerebbe rivedere – ma non è certo la volontà del legislatore attuale - tutte le leggi criminogene, o per meglio dire, che comportano necessaria carcerazione. Per far sì che molti comportamenti umani non siano sanzionati col carcere, sarebbe sufficiente predisporre alternativi interventi sul territorio, di tipo sociale o contenitivo, come la detenzione domiciliare. Ma anche questo non è poco da realizzare, dal momento che manca la volontà politica, intenta a contrabbandare per sicurezza solo la

carcerazione. Ma così non è, poiché è con le misure alternative che c'è la possibilità di un recupero di responsabilità nel cittadino.

- *In questo senso, la responsabilizzazione diventa conveniente anche a livello di prevenzione.* Investire sul sociale costa molto meno di quanto costi la repressione. Purtroppo, però, sembra che a volte si perda la razionalità nel legiferare, nella rincorsa a una *captatio benevolentiae* dei cittadini attraverso l'enfaticizzazione del ricorso alla prigione come garanzia della sicurezza. È una sciocchezza, perché le pene finiscono. Se si re-immettono nella collettività persone su cui non si è fatto alcun lavoro e a cui non si è data nessuna risposta in riferimento ai bisogni, si finisce per re-immettere persone ancora più radicate nella loro scelta criminale. È necessario che ci rendiamo conto di ciò.

- *Quindi il “lavoro” dovremmo farlo anche su di noi...*

È un lavoro di conoscenza, per rendere consapevoli i cittadini che non si occupano di queste cose di quale sia l'effettiva realtà. Altrimenti, si finisce per lasciarsi informare in modo disinformativo, contribuendo così a rafforzare il potere politico, interprete del loro bisogno di sicurezza, il quale però non ottiene una risposta effettiva, ma di facciata.

Il carcere oggi rappresenta un circolo vizioso che non serve a nessuno, che costa allo stato tantissime risorse, destinate però a essere sprecate. Oggi non ci possiamo permettere tale spreco, di denaro e soprattutto di risorse umane. È un momento di resistenza civica nella consapevolezza delle difficoltà, poiché queste non sono questioni semplici, ma molto complesse, che richiedono attenzione e denuncia.

II Capitolo

LE CONDIZIONI DI VITA DELLA DETENZIONE: IL CARCERE PATOGENO

*Il carcere è un ozio senza riposo
Dove il facile è reso difficile dall'inutile.*

graffito in una garitta del carcere di Massa Carrara¹

«In linea di principio, almeno.
Poiché subito, nella sua realtà e nei suoi effetti visibili,
la prigione venne denunciata come il grande scacco della giustizia penale»².

Quelle che sono state delineate come funzioni e obiettivi del carcere non possono non venire a infrangersi contro la realtà delle sue stesse mura e della vita quotidiana che vi si conduce dentro. Rispetto ai fini che pretende di prefiggersi, l'istituzione carceraria rappresenta una continua contraddizione. Non solo in riferimento all'insolubilità del problema penale nella sua radice fondativa e problematica, ma anche nei più specifici compiti di rieducazione e di risocializzazione del reo o di difesa della società. Rispetto a tutti questi compiti assegnatigli, il carcere risulta non solo incapace, ma perfino controproducente.

L'istituzione carceraria nega innanzitutto il carattere giuridico che la contraddistingue, quello della pena come pura privazione della libertà: «ogni giorno il recluso vede la perdita della libertà stabilita in sentenza sommarsi a tante piccole o grandi afflizioni non legalmente dovute ma sostanzialmente connesse alle specifiche condizioni di quel luogo di detenzione, quale esso sia, e alle relazioni che vi si praticano»³. L'«eteronomia» che contraddistingue l'istituzione carceraria si concretizza quotidianamente in «una realtà incombente sulla vita del detenuto e la detenzione si stringe intorno a lui»⁴, assumendo la dimensione onnipervasiva di «una vita coattivamente relazionale tra il detenuto e i suoi simili, tra il detenuto e

¹ P. Buffa, *I territori della pena*, p. 5.

² M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, p. 291.

³ P. Buffa, *I territori della pena*, p. 7.

⁴ P. F. Peloso, *Curare nella pena. Appunti di psicopatologia e clinica*, in "Il vaso di Pandora. Dialoghi in Psichiatria e Scienze Umane", 15, 3, 2007, 53-93.

l'amministrazione che lo gestisce, tra lui e il luogo fisico che lo contiene, tra lui e le barriere che lo separano dall'esterno»⁵. Queste imposizioni che si subiscono dall'esterno si calano poi nel vissuto personale del detenuto, secondo «una progressiva spoliazione del proprio sé»⁶, e lo mettono di fronte a «un sentimento individuale di privazione materiale, sessuale, sensoriale e della propria sicurezza», in un contesto che favorisce una «distruzione della psiche non meno spaventosa dell'afflizione del corpo»⁷.

Nei suoi aspetti coercitivi, totalizzanti, deprivativi, uniti alle carenze e alle disfunzionalità, il carcere si configura come un ambiente «innaturale», che come tale «ammala»⁸. Il primo problema con cui si deve confrontare ogni tentativo di tutela dei diritti e della dignità umana all'interno del carcere è la sua strutturale patogenicità: «i diritti dei detenuti, e il diritto alla salute in particolare, hanno sempre una natura “residuale” rispetto alla pretesa punitiva dello Stato; se acquistano spazio sul piano teorico, il rapporto appare, tuttavia, limitato *in action*, dove le aspettative di vita del detenuto rimangono, comunque, circoscritte nel contesto di nocività della struttura carceraria»⁹. Non è infatti possibile ritenere che la detenzione sia solo una delle tante «forme possibili di vita, alla quale il soggetto sano dovrebbe adattarsi»; al contrario, «la detenzione è di per sé una condizione innaturale per l'uomo, fonte di profondo disagio, e nella maggior parte dei casi quelle reazioni sono prevedibili, ovvie. Un certo livello d'ansia e insonnia è, in prigione, fisiologico: ciononostante, lo “curiamo”»¹⁰.

Il tema dell'effettiva dimensione di vita che si svolge in carcere si mostra, quindi, strettamente intrecciato a quello della salute e alla tutela di tale diritto, secondo una relazione in prima battuta contrastante, tra un'istituzione che si dimostra afflittiva e l'opposta esigenza di cura e promozione del benessere della persona: «la sofferenza del detenuto è radicata nel cuore stesso della prigione, ne costituisce un elemento fondante [...]. Ed è sul fondo dell'eterna sofferenza del carcere, che s'inscrivono i problemi specifici della medicina penitenziaria»¹¹. Le condizioni di *non-salute* e *non-benessere* globale¹² del detenuto non sono disgiungibili dalle condizioni materiali ed esistenziali che connotano l'ambiente carcerario.

⁵ P. Buffa, *I territori della pena*, cit. in P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

⁶ E. Goffman, *Asylums*, cit. in P. Buffa, *ivi*, p. 22.

⁷ P. Buffa, *ivi*, p. 28.

⁸ P. F. Peloso, *Curare nella pena*; connotando il carcere come ambiente “innaturale” si viene esattamente a capovolgere il radicato pregiudizio di partenza per cui esso sarebbe un'istituzione “naturale”.

⁹ V. Verdolini, *La salute incarcerata: analisi comparata di modelli di sanità penitenziaria*, in Esposito M. (a cura di), Cesareo V. (presentazione di), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Milano: Franco Angeli, 2007, p. 93.

¹⁰ P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

¹¹ R. Badinter, cit. in P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

II.1. L'identità del detenuto

Al momento del primo ingresso in carcere, il detenuto si trova a dover ridefinire la propria identità, catapultato all'interno di una dimensione totalmente estranea che spesso non aveva inserito «nel proprio orizzonte progettuale»¹³. La persona «entra nell'istituzione con un concetto di sé [...] Ma, non appena entrata, viene immediatamente privata del sostegno» degli ordinamenti e delle abitudini rispetto a cui si configurava la sua identità esterna, e all'interno dell'istituzione inizia a essere sottoposta a «una serie di umiliazioni, degradazioni e profanazioni del sé che viene sistematicamente, anche se spesso non intenzionalmente, mortificato»¹⁴, sia attraverso «la stolidità e la tendenza omologatrice di altri»¹⁵. L'istituzione porta con sé la «fase cruciale della “spoliazione dei ruoli”»¹⁶, a causa della quale la persona viene privata di tutto ciò che era prima e, in cambio, gli viene imposta un'altra identità, quella standardizzata del detenuto. «L'istituzione penitenziaria ricerca, infatti, l'uniformità degli atteggiamenti e dei comportamenti dei detenuti, attraverso l'imposizione di valori comuni, che sono confacenti le finalità e le funzioni del carcere»¹⁷.

Questo nuovo abito, sovrapposto dall'istituzione spersonalizzante sul sé passato della persona, può essere difficilmente accettato, oppure può ingenerare un processo adattativo che porta il detenuto ad uniformarsi alla sottocultura dell'ambiente intramurario. Per quest'ultimo caso, Clemmer ha definito la categoria ormai classica della *prisonizzazione*, «un percorso progressivo, talvolta irreversibile, che porta il soggetto a identificarsi con il contesto subculturale che lo contiene», tanto da rischiare di «rendere impossibile un riadattamento alla vita libera e sociale»¹⁸.

Ma «l'espropriazione di soggettività» che compie il carcere, «creando oggetti-umani a sua immagine e somiglianza», può anche non venire assimilata, portando a una dissociazione dell'identità, alla quale il detenuto è paradossalmente costretto, al fine di poter difendersi e «trasferirsi in una dimensione inaccessibile», che gli permetta di sfuggire all'invasività del carcere. In questa «fuga comunicativa dell'individuo verso l'interno di sé stesso», attraverso cui il detenuto s'infligge una sorta di «reclusione volontaria», si sviluppano delle dinamiche

¹² Cfr. la definizione di salute data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1946, cit. in M. Esposito et al., *Malati in carcere*, p.96: «La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o infermità».

¹³ P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

¹⁴ E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino: Einaudi, 1968, p. 44.

¹⁵ P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

¹⁶ E. Goffman, *Asylums*, p. 45.

¹⁷ C. Serra, *Psicologia penitenziaria*, cit. in M. Esposito et al., *Malati in carcere*, p. 253.

¹⁸ P. Buffa, *I territori della pena*, p. 21.

di autodifesa lungo la frattura mente-corpo. Se il potere istituzionale si esplica avendo come punto di applicazione il «corpo espropriato», è necessario almeno «togliere la mente dal corpo», in una reclusione interna che è, insieme, un'evasione dal contesto detentivo.

Questo residuale «spazio di libertà» che il detenuto si è scavato, trova però la sua affermazione visibile nella più estrema possibilità che rimane al detenuto di dimostrarsi padrone del proprio corpo, quella della sua automutilazione. Essa, mentre dichiara le ferite del sé che provoca la vita coatta, afferma l'ultimo margine di padroneggiamento che si può avere su quella stessa vita, nel «disperato tentativo di creare spazi di negoziazione e contrapposizione con l'istituzione»¹⁹. La paradossale *frequenza* con cui si presentano situazioni di *emergenza*, dovute ad atti autolesionistici o tentativi suicidari da parte dei detenuti, mostra la strutturale patogenicità che caratterizza il carcere.

II.2. L'ambiente relazionale

La dimensione detentiva è intessuta da una rete di rapporti che il detenuto si trova a dover instaurare con lo staff custodiale e medico e coi compagni di reclusione, e a dover limitare fortemente con la famiglia e il mondo esterno. Anche in questo caso, lo specifico contesto detentivo, «connotato dalla contrapposizione»²⁰, è in grado di influenzare fortemente la relazione. Essa diviene più tesa nelle situazioni di peggiore vivibilità, nei reparti affollati dai soggetti più poveri o marginalizzati, nelle situazioni di maggiore turn-over dei detenuti.

È attraverso le relazioni con il personale che vengono concretamente «filtrate tutte le regole, sia quelle formali sia quelle informali», in un contesto che, più che da dettami normativamente stabiliti, è caratterizzato di fatto da una costante consuetudinarietà e negoziazione. Il «rapporto disciplinare» tiene gli equilibri nelle relazioni tra operatori e reclusi, misurate «dal tono della voce, dalle sue sfumature, dall'interpretazione dei gesti che vengono letti e definiti a seconda del momento, del contesto, dei personali stati d'animo»²¹. Le inefficienze, i ritardi, l'assenteismo dello staff possono diventare uno strumento di sanzione informale verso il detenuto. La stessa concessione di permessi premiali e misure alternative può diventare un fattore di potere negoziale, nel *regolamento non scritto* che vige nei rapporti tra custodi e custoditi, caratterizzati da diffidenza reciproca e finzione strumentale.

¹⁹ L. Baccaro, *Riflessioni critiche su carcere e salute: quando parlare di salute è parlare di libertà*, in M. Esposito, *Malati in carcere*, pp. 195-205, *passim*.

²⁰ P. Buffa, *I territori della pena*, p.129.

²¹ P. Buffa, *ivi*, p. 143.

Per quanto riguarda il personale sanitario, i rapporti non sono meno complessi. Anche se gli operatori in questo caso sono adibiti alla cura, non c'è, verso di loro, una minore sfiducia da parte dei detenuti. In carcere, la relazione medico-paziente tende a spersonalizzarsi in un'amministrazione burocratica della cura, impedendo che tra i due poli della relazione si possa instaurare un'autentica comunicazione. Si assiste, così, alla «de-soggettivizzazione della malattia»: si tende a curare (quando ciò è reso possibile dalla presenza di risorse adeguate spesso assenti in carcere) solo «la patologia, non il soggetto che la porta in infermeria»; la funzione di cura si riduce così a una «mera manutenzione dello scafandro», appena funzionale all'esigenza di sicurezza dell'istituzione e dei suoi membri, ma non a quella di cura della persona.

Il rapporto medico-detenuto è viziato anche dal fatto che per i detenuti la salute non rappresenta il bene primario, in confronto alla libertà, rispetto a cui risulta sensato sacrificare la salute, spesso utilizzata come «merce di scambio»²² per poter ottenere misure alternative alla detenzione. Questo implica un'ulteriore strumentalizzazione del rapporto terapeutico che contribuisce a falsare ancor più la relazione.

Al rischio di instaurare relazioni contrappositive tra le parti, non fa da argine neppure una solidarietà nel gruppo dei detenuti, all'interno del quale le relazioni si caratterizzano piuttosto per un forte individualismo, in cui ognuno persegue i propri interessi particolari. Risulta difficile anche tra compagni di detenzione un autentico incontro, poiché si tratta di compagni che non si è scelti, ma di cui si subisce l'obbligata convivenza. D'altro canto, le dinamiche di gruppo che si instaurano tra i detenuti non sono meno castranti, nella stigmatizzazione che possono far valere verso alcune tipologie di detenuti, e che possono implicare il ricorso alla protezione dell'istituzione stessa, attraverso il trasferimento o l'isolamento. È un sottile gioco di equilibrismo, che ostacola il formarsi di rapporti in cui il soggetto possa trovare un autentico sostegno e vicinanza.

Non meno determinanti sono le relazioni *assenti*, come quelle con la famiglia, che «costituisce un supporto importantissimo per la persona detenuta». Attese prolungate e ritardi ingiustificati nel ristabilire un contatto, capaci di raggiungere la soglia della «cecità burocratica», generano difficoltà personali d'ordine pratico e ansie che possono diventare «umanamente insopportabili». Una volta ottenuta la possibilità di un incontro, questo avviene «in stanzoni disadorni, in promiscuità con altri gruppi, sotto il controllo visivo [...] nulla richiama l'intimità».

²² L. Baccaro, *Riflessioni critiche su carcere e salute*, in M. Esposito, *Malati in carcere*, pp. 199-200, *passim*.

D'altra parte, la famiglia, se rappresenta un fondamentale supporto, può divenire anche «fonte di ansia», per la preoccupazione del suo sostentamento e per i sacrifici a cui può essere costretta. Il sentire la famiglia come ulteriore «vittima della carcerazione» può incidere sulla coscienza del detenuto, configurandosi come «una vera e propria pena nella pena»²³, sommandosi così agli altri molteplici fattori che implicano un surplus di disagio per l'esistenza del detenuto.

II.3. La prospettiva esterna

Se da una parte la libertà è il bene tenuto in maggior conto nell'esperienza detentiva, rispetto alla quale «chi è in carcere ha per lo più un pensiero fisso, quello di uscire»²⁴, dall'altro lato, la prospettiva della libertà fa sorgere non poche inquietudini, quando «a questa corrispondano scarse o nulle opportunità» e assenza di punti di riferimento. La mancanza di un lavoro o di una dimora al momento della scarcerazione, problemi burocratici che possono comportare gravi conseguenze, lo scontro con una dimensione esterna alquanto diversa da come la si era lasciata a partire dall'inevitabile trasformazione dei legami affettivi e sociali che risentono del passare del tempo, hanno forti ripercussioni anche nella vita in libertà.

Il momento della dimissione comporta il rischio di «una nuova frattura del sé. Dopo aver faticosamente introiettato le regole dell'istituzione totale e aver ricavato uno spazio vitale al suo interno, l'internato si trova catapultato nuovamente all'esterno, in un mondo che richiede la veloce riacquisizione di molte abilità che l'istituzione ha limitato e affievolito».

Rimane il fatto che il vero e pressante obiettivo di ogni detenuto è comunque «riacquisire la libertà», uscire quanto prima da quel contesto costringente e degenerativo. Nella comune percezione del detenuto non è riscontrabile alcun cenno alla «manfrina educativa [...] in un sistema che non pare chiedere altro che l'adattamento a richieste formali e il rispetto di varie procedure». Una volta usciti dal carcere, emerge prepotentemente «l'esigenza di recuperare il tempo perso. Un tempo vuoto che caratterizza una pena che è servita solamente ad annichilire forze e potenzialità».

In tutti questi aspetti, il raggiungimento della libertà mostra, nel momento cruciale della «messa alla prova», le *dis-funzioni* a cui effettivamente provvede la carcerazione: «essa allontana il detenuto dalla società non solo fisicamente ma anche, in misura non secondaria, dal punto di vista psicologico, affettivo, sensoriale e delle abilità necessarie nella vita sociale. È un'esperienza traumatica che lascia un segno in alcuni casi irreversibile»²⁵.

²³ P. Buffa, *I territori della pena*, pp. 114-126, *passim*.

²⁴ P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

²⁵ P. Buffa, *I territori della pena*, pp. 199-211, *passim*.

INTERVISTA AL GARANTE DEI DIRITTI DELLE PERSONE PRIVATE DELLA LIBERTÀ PERSONALE, DESI BRUNO

- Le persone detenute, chiuse dentro al carcere, si trovano a non avere voce, né di conseguenza la possibilità di far valere i propri diritti. Diventa quindi necessaria un'altra figura che possa esserne il portavoce riconosciuto: quali sono, nello specifico, il ruolo del Garante dei diritti delle persone private della libertà personale, gli obiettivi che si prefigge e le modalità con cui opera?

Quella del Garante è una figura che ancora non esiste a livello nazionale, ma solo regionale e locale. Il Garante viene nominato dal consiglio comunale, come figura che deve occuparsi della promozione dei diritti delle persone private della libertà personale, quindi non solo le persone detenute in senso stretto, ma anche quelle che si trovano in misura alternativa, in comunità terapeutiche, nei centri di identificazione ed espulsione. Si tratta, quindi, di una nozione ampia. Essa svolge un compito di vigilanza per verificare le condizioni di vita all'interno del carcere ma ha anche il ruolo di dar voce a chi, trovandosi nell'istituzione totale, fa fatica a manifestarla. Il detenuto si rivolge, perciò, a questa figura di raccordo tra il dentro e il fuori, tramite "domande", oppure possono essere gli stessi agenti, la direzione, gli educatori o i volontari che riferiscono questioni, ed è possibile avere anche incontri diretti coi detenuti. Quindi, col Garante è possibile avere una forma piuttosto libera di contatto. A volte, possono verificarsi richieste di incontro collettivo, in cui le istanze che vengono espresse sono comuni, come può essere, ad esempio, il problema del sovraffollamento.

- Quindi la prima modalità che hanno i detenuti di comunicare i propri disagi è quella di rivolgersi alla figura del garante. A quel punto lei a chi si può, a sua volta, rivolgere?

Dipende dal tipo di richiesta che viene fatta, che può essere molto varia. A volte sono questioni strettamente individuali, legate ad esempio alla salute: spesso i detenuti lamentano ritardi nell'espletamento delle cure, o quelli che perlomeno vengono percepiti come ritardi, poiché la percezione del tempo in carcere è diversa. Altre volte possono essere richieste legate al lavoro, alla famiglia o al vitto, la casistica è ampissima. A seconda dell'intervento che viene chiesto, mi rivolgo prima di tutto alle autorità competenti, dal commissario alla direzione, all'assessore alle politiche sociali o alla sanità. In alcuni casi, mi muovo nel senso di promuovere dei servizi che vadano incontro alle esigenze dei detenuti: ad esempio, lo sportello anagrafico, che è stato aperto al carcere della Dozza, per i problemi che sorgono in

carcere riguardo a carte d'identità scadute, richieste di certificati di residenza, riconoscimenti di figli naturali, etc., permettendo così di avviare col quartiere un percorso che ha portato all'apertura di questo strumento che funziona regolarmente e va incontro a un'esigenza, che è dei singoli ma anche collettiva.

- Nelle condizioni di sovraffollamento attuali, spesso gli operatori e le figure di garanzia come lei si trovano a poter svolgere il proprio compito solo in riferimento ai bisogni basilari della vita quotidiana, in un carcere che, in tal modo, non può che diventare un mero contenitore di esistenze.

Sì perché sono numeri inaccettabili, che fanno saltare tutti i meccanismi consueti dell'accoglienza, del collocamento, dell'intervento terapeutico, del trattamento. Con le 1200 persone del carcere di Bologna, quasi tre volte la capienza regolamentare, il carcere diventa effettivamente un contenitore in cui si fa sempre più fatica a mettere in atto iniziative, anche se lo sforzo c'è, pur nella mancanza di risorse. Siamo, al momento, nella situazione più difficile che si sia verificata dalla nascita dell'ordinamento penitenziario ad oggi.

- Secondo lei, questi sono problemi contingenti dovuti alla mancanza di risorse e investimenti e alla forte penalizzazione, oppure sono riferibili a criticità che rimangono strutturali al carcere?

Si tratta di entrambe le cose. Conta sicuramente il tema delle risorse, ma anche quello delle scelte. Non c'è nessun progetto di ripensamento su cosa sia il carcere e cosa significhi la pena; è naufragata la riforma del codice penale sulla legge dell'immigrazione (nel carcere di Bologna c'è un 60-70% di presenza straniera) e le leggi che producono carcerizzazione, come quella sui stupefacenti (il 30% dei detenuti è tossico-dipendente). Ma non c'è davanti nessuna ipotesi di riforma compiuta, per la quale il carcere non venga ritenuta l'unica risposta a qualsiasi comportamento più o meno deviante, per cui venga ridotta l'area del carcere solo ai reati più gravi e per il resto siano previste una gamma di sanzioni altre, come pene pecuniarie, interdittivi, lavori socialmente utili, la gamma è infinita. Però non c'è nessuna volontà rispetto a ciò, poiché l'idea di una sicurezza che si ottiene solo col carcere in questo momento sembra inattuabile. La stessa misura alternativa viene vista come qualcosa che è necessario prima o poi cancellare del tutto, in virtù della tanto proclamata certezza della pena. Invece, sono proprio le misure alternative che danno, in termini di recidiva e di risultati, dei riscontri eccezionali creando maggiori condizioni di sicurezza, rispetto a chi sconta una pena senza nessuna possibilità di reinserimento, di protezione o di supporto a reti sociali. Però questo

ragionamento che sembra così banale non passa, non si vuole che passi, quindi si assiste a un sempre maggior ricorso al carcere: è proprio il fallimento di una rivisitazione del sistema penale.

- Quindi, al contrario della direzione che sta prendendo la politica odierna, il carcere dovrebbe essere l'estrema ratio.

Sì, vi si dovrebbe ricorrere solo per fatti realmente gravi e bisognerebbe ridurre la custodia cautelare anche per chi è in attesa di giudizio. Abbiamo una percentuale del 30% di persone poi assolute, che sono però passate attraverso il carcere. Soprattutto perché il carcere, in particolar modo oggi, è uno sconvolgimento per la vita della persona, crea sofferenza al soggetto e alle persone che vi stanno intorno, nonché danni irreparabili in termini di identità, perdita del lavoro, perdita della famiglia. Si tratta di un costo sociale, oltretutto economico. Il carcere costa moltissimo, mentre costa molto meno andare in misura alternativa o in comunità terapeutica. Dopo questi anni di lavoro, avverto compiutamente come nella maggior parte dei casi si tratti di un carcere inutile. Il che non implica che possiamo abolire il carcere, significa però limitarlo a reati come possono essere quelli di associazione mafiosa, in cui non c'è davvero altra soluzione, possibilità di rieducazione e di reinserimento. Nessuno pensa che il carcere possa essere abolito, però va rivisto, non si può ricorrere al carcere per tutto.

- Se il carcere crea evidentemente un circolo vizioso, portando a risultati contrari rispetto a quelli che si prefigge teoricamente, non sarebbe importante che la società civile fosse informata e consapevole di questo effettivo scarto?

L'informazione è uno dei compiti dell'ufficio del Garante. Non è vero che la società è così estranea al tema del carcere. Bologna, ad esempio, è una città abbastanza sensibile in cui si riescono a promuovere iniziative, anche in termini di raccolta di risorse da destinare al carcere; c'è un humus e un interesse che non è presente in altre aree.

- È un interesse che rimane però di tipo volontaristico.

D'altra parte, se gli enti locali non ricevono risorse destinate dallo stato, in qualche modo è comunque necessario raccogliere fondi, perché la povertà che c'è all'interno del carcere è impressionante. I detenuti non hanno soldi anche solo per comprarsi un francobollo o un dentifricio; attraverso donazioni siamo riusciti a procurare il frigorifero e la lavatrice. Si tratta di pensare alle cose più quotidiane, perché in carcere c'è una vera e propria povertà.

- *Un profondo scarto si riscontra quindi anche rispetto alla Costituzione, che prescrive una pena rieducativa, ma qui, prima di tutto, si tratta di sopravvivere.*

Sì, spesso è una questione di mera sopravvivenza, è necessario dirlo.

- *In questo modo, ci si trova di fronte a una giustizia che si rende ingiusta e crea un ulteriore circolo vizioso, a causa del quale il detenuto stesso non riesce ad affrontare e ad elaborare il suo reato, ma, sentendosi vittima di ingiustizia a sua volta, finisce per legittimare il proprio vissuto.*

Per chiedere alle persone di diventare responsabili bisogna anche essere i primi ad osservare e garantire il rispetto delle leggi. Invece, oggi si assiste a questa grossa contraddizione, che non dipende ovviamente dal singolo operatore, ma da un sistema che non si capisce dove voglia andare a finire. Tutti ci stiamo interrogando su cosa succederà se continuiamo con questo aumento esponenziale di persone che entrano in carcere e con un non meno rilevante numero di suicidi. È una situazione che crea forte preoccupazione.

- *Andando al tema della riforma 230/99, che sposta la competenza della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale: lei cosa ne pensa?*

La riforma è sacrosanta nei suoi principi, il problema è che non si riesce ancora a vedere il beneficio che deriva da questa riforma, che è, inoltre, l'unica vera riforma fatta in materia penitenziaria in questi anni. In parte, ciò è dovuto al sovraffollamento che, costringendo a rincorrere sempre l'emergenza, impedisce di affrontare il tema in modo corretto. Le riforme per avere gambe buone per camminare devono situarsi in un contesto di normalità; in questo caso, il contesto di normalità non c'è, per cui non è possibile capire se possa effettivamente funzionare. Inoltre, è importante che il personale sanitario pubblico sia formato a operare in un carcere, mettendo in atto trattamenti specifici per il detenuto, con le sue differenti esigenze e percezioni della malattia, e in riferimento al contesto detentivo in quanto patogeno.

- *Proprio tale carattere patogeno ingenera difficoltà nell'idea stessa del portare salute in carcere.*

Bisogna essere realisti, purtroppo: non si porta salute in carcere, si può solo controllare che non ci sia una degenerazione.

- Se questa è la situazione attuale, cosa è possibile aspettarsi nel prossimo futuro?

Siamo in attesa da oltre un anno dell'annunciato piano carceri, che dovrebbe risolvere il deficit alloggiativo, consentendo alle persone di migliorare le proprie condizioni di vita. Io non mi sono mai espressa favorevolmente, perché i tassi sono tali che quando il piano carceri sarà concluso i numeri saranno di nuovo talmente alti, che esso non sarà già più sufficiente. Diventerebbe un rincorrere costantemente i numeri. Inoltre, non si sa con quale personale potrà essere realizzato, perché anche l'ultima proposta di incremento del numero degli agenti di polizia penitenziaria è stato bloccato per mancanza di fondi. Diventa una costruzione di cemento fine a se stessa. Ancor più perché in questi anni ci sono state carceri non utilizzate per carenza di personale. Sono d'accordo con la costruzione di nuove carceri, dove quelle esistenti sono del tutto fatiscenti, però la risoluzione del problema non passa attraverso lo slogan "più carceri", ma attraverso un progetto di riforma complessivo. Questo dipende dalla volontà politica di chi ci governa: sono troppi anni che si parla di riforme e le riforme non vengono. Di conseguenza, ci troviamo in una situazione inaccettabile, che nessuno forse avrebbe immaginato anche solo dieci anni fa.

- Sembra che se si continua così, il sistema sia destinato al collasso.

Su questo punto, si è creata un'unanimità assoluta d'opinioni. Nonostante questo, non ci sono reali prospettive di cambiamento. Si tratta di andare avanti sperando che la situazione non degeneri e che prima o poi qualcuno decida di affrontare il problema per quello che è. Abbiamo tutti gli strumenti per poterlo fare, anzi il nostro ordinamento penitenziario ha una straordinaria valenza etica e giuridica, accompagnato da leggi altrettanto importanti. Tutto ciò rimane, però, in parte inapplicato, e in parte viene eroso dai decreti sicurezza che si sono succeduti in questi anni, che hanno imposto sempre nuovi paletti e nuove fattispecie di reati e aggravanti. Diventa un sistema che si gonfia, producendo un carcere ingestibile. Questa è una fase storica in cui è più facile dire "tutti dentro", senza ragionare su che cosa ciò significhi, ma neppure riflettendo su cosa significhi davvero il termine sicurezza. Far entrare in carcere persone che usciranno più aggravate di prima, non produce sicurezza: è solo un allontanare e rimuovere il problema per un po'. Ma questo è un messaggio che non deve passare.

III Capitolo

LA SANITÀ PENITENZIARIA PRIMA DELLA RIFORMA: IL MEDICO *NELL'ISTITUZIONE*

In un ambiente di per sé patogeno e volto a togliere salute, il ruolo che vi può svolgere la medicina al suo interno pare particolarmente ambiguo, se non addirittura *fuori posto*. Per molto tempo la medicina penitenziaria ha, infatti, quantomeno attenuato la propria identità curativa, per poter accomodarsi quel posto e quel ruolo che il sistema penitenziario tendeva a ridurre al livello di una semplice mansione da svolgere. Il diritto alla salute tendeva così a diventare solo uno dei vari settori dell'opera complessiva di gestione burocratica di un'istituzione.

La legislazione emessa in Italia nel corso degli ultimi decenni in materia di sanità penitenziaria esprime bene questa *identità zoppa* del medico in carcere.

III.1 L'organizzazione della sanità penitenziaria: l'inerzia al cambiamento

Col Regolamento del 1931¹, viene prevista la presenza negli istituti penitenziari di personale sanitario, dipendente dal Ministero della Giustizia, senza che sia precisata la natura di tale rapporto professionale. Nel 1970 la legge n. 740 viene a disciplinare questi rapporti lavorativi, ponendo le basi per l'organizzazione del servizio sanitario in carcere, ma rimanendo ancora sostanzialmente una normativa sommaria. Regole più precise vengono definite con la legge n. 374 del 1975. In particolare, si stabilisce che i servizi erogati devono corrispondere alle effettive esigenze sanitarie della popolazione detenuta e, a tal fine, l'art. 11 dà la facoltà all'Amministrazione Penitenziaria di avvalersi, quando necessario, della collaborazione dei servizi pubblici sanitari locali.

Queste normative si inseriscono in un quadro più generale in cui non era ancora stato istituito un unico organismo pubblico e nazionale preposto alla tutela del diritto alla salute di tutti i cittadini. Anche fuori dal carcere vigeva un sistema mutualistico in cui le prerogative sanitarie erano distribuite tra enti di varia natura. Una medicina carceraria che fosse, perciò, di competenza del Ministero della Giustizia era lo specchio del sistema istituzionale del tempo.

¹ Per tutta la parte seguente cfr. B. Brunetti, *L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario in Italia*, in M. Esposito et al., *Malati in carcere*, pp. 100-102; cfr. anche B. Benigni, *Sani dentro. Cronistoria di una riforma*, Roma: Noema Edizioni, 2008, pp. 27-35.

Si veniva così a delineare un'organizzazione sanitaria prevalentemente interna alle carceri, che costituiva un settore a parte, tra i vari settori in cui era comunque diviso il servizio sanitario dell'epoca. Questa separazione della sanità carceraria non implicava però autonomia, bensì permetteva che le sue regole fossero decise dall'istituzione in cui si trovava ad operare e dai fini che essa si attribuiva, e non dalle esigenze degli utenti a cui prestava il servizio.

Le cose non cambiano neppure quando nel 1978 con la legge n. 833 viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. In essa, non solo non si fa riferimento a possibili cambiamenti da attuare all'interno della sanità penitenziaria, ma non compare alcuna menzione specifica a essa, elemento indicativo dell'implicita rimozione che la società attua costantemente nei confronti della realtà carceraria, posta fuori dalla società stessa e rispetto a cui non si sente l'esigenza neppure di evidenziarne le complesse problematiche.

Quest'omissione ha dato adito all'apertura di un dibattito tra due filoni interpretativi contrapposti, che hanno provveduto a riempire con la propria voce e le proprie ragioni questo silenzio: da una parte, chi rivendicava la tradizionale autonomia della sanità penitenziaria e, dall'altra, chi vedeva nel riferimento dell'articolo 1 a «tutta la popolazione senza distinzioni di condizioni individuali e sociali» il principio di un'integrazione della sanità penitenziaria nel servizio sanitario nazionale. Prevalse comunque, per l'inerzia delle forze politiche in gioco, la meno impegnativa e più accomodante posizione del «mantenimento dello status quo». Nel fermento dei movimenti organizzativi e attuativi della riforma sanitaria nazionale, la sanità penitenziaria rimaneva saldamente ancorata al Ministero di Grazia e Giustizia, che permetteva la *sopravvivenza* – perché non si trattava niente più che di questo – di un servizio tutto interno al sistema penitenziario, e per questo più funzionale ad assecondarne la logica istituzionale. «Prevalse la concezione del controllo totale, il timore che il Servizio sanitario nazionale, gestito dalle Regioni e dagli Enti locali, minasse la sicurezza delle carceri e, dunque, il potere assoluto, incontrastato e gerarchico dell'Amministrazione Penitenziaria. Era un'idea retriva della sicurezza che subordinava i diritti al controllo, che faceva a pugni con la Costituzione che, al contrario, indicava la via dell'apertura e dei diritti come percorso fondamentale per il recupero sociale dei detenuti e, dunque, per la qualità della sicurezza della società intera»².

III.2 La prestazione medica in carcere

La motivazione per mantenere inalterato il sistema non poteva essere la sua efficienza, che

² B. Benigni, *Sani dentro*, pp. 34-35.

veniva inficiata da una serie di «tare strutturali»³, che ne comportavano la precarietà.

Una delle prime questioni era la stessa condizione lavorativa che informava la figura del medico penitenziario. Nel 1992 venivano costituite in ogni istituto l'area sanitaria, formata dai cosiddetti Medici incaricati, dai Medici di guardia per le urgenze e dai Medici specialisti, e un'area infermieristica, costituita da infermieri presenti sulle 24 ore, tutti operatori che, nella maggioranza dei casi, venivano assunti a convenzione. Nel corso del tempo, per sopperire alle deficienze dell'Amministrazione Penitenziaria, si cominciò a far sempre più ricorso a collaborazioni con le strutture e il personale del sistema nazionale. Il risultato di tale organizzazione era una sorta di «spezzatino sanitario», composto da una somma eterogenea e non integrata di «convenzioni ad personam», che frantumava le prestazioni sanitarie sia dal punto di vista degli operatori, inseriti in contratti lavorativi precari e alle dipendenze della Direzione penitenziaria nazionale che rappresentava «l'alfa e l'omega delle decisioni», sia dal punto di vista dei detenuti, che ricevevano prestazioni anch'esse «a spezzatino», senza possibilità di continuità terapeutica e di risposta unitaria e globale alla domanda di cura della persona, presa nella sua complessità e in quella dell'ambiente in cui vive.

Era un sistema privo, quindi, della necessaria autonomia d'azione in risposta alle esigenze che di volta in volta possono emergere riguardo alla salute del detenuto e, invece, subordinato ai meccanismi di controllo dell'istituzione totale. Se il medico è subordinato e dipendente dal vertice dell'Amministrazione Penitenziaria, significa che anche il *primario* diritto alla salute finisce per essere *secondo* alla salvaguardia della sicurezza. Sapendo di dover rispondere prima di tutto al direttore del carcere e non al detenuto che ha in cura, senza voce e privo di potere contrattuale, il medico tenderà ad assumere le logiche del primo, piuttosto che prendersi in carico il secondo. In questo modo, il ruolo del medico viene snaturato, se non strumentalizzato, finendo per appiattirsi in mera routine burocratica, riducendo la medicina ad amministrazione, a una sorta di pratica d'ufficio.

Ciò si rende evidente nella predominanza che nel carcere hanno le mere funzioni di cura, mentre sostanzialmente trascurate sono quelle di prevenzione. Il medico penitenziario tende cioè a ridursi a «medico del sintomo», in una sorta di pratica «mercantilistica», in cui si attende l'emergenza della domanda di cura, per somministrare i propri prodotti, per di più spesso di bassa qualità a causa dell'inefficienza delle strutture e della scarsità di risorse. Inoltre, il detenuto, *oggetto* di cura, risulta a comparti, a pezzi smontabili di fronte all'occhio del medico *amministrato*: ogni sintomo richiede la propria cura puntuale, senza che l'attenzione si sposti a considerazioni più complessive. Quest'uomo *a pezzi* è spesso perfino

³ B. Benigni, *Sani dentro*, p. 39; per la seguente parte cfr. sempre B. Benigni, *Sani dentro*, pp. 29-41.

«decapitato»⁴, nella mancanza di considerazione che nel carcere hanno i problemi della psiche del detenuto, essendo un elemento meno visibile, seppur fondamentale, del benessere complessivo della persona, al pari di qualsiasi altro organo del corpo.

È questo un tipo di medicina che non rispetta i principi internazionali stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, in cui si dichiara che «la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o d'infermità». In carcere, invece, si tratta principalmente di un superficiale mantenimento del corpo integro: «per il carcere gestire la pena detentiva è un problema di controllo-protezione del corpo sano e quindi la tutela della salute è considerata unicamente un problema di sicurezza, di salvaguardia e conservazione di corpi integri. [...] Se infatti il carcere da un lato logora la salute dell'individuo, violando sostanzialmente i diritti alla stessa, da un punto di vista formale deve intervenire per limitare problemi e danni evidenti, quali sono anche quelli sollevati da un corpo ferito. Infatti l'istituzione non può legittimarsi come produttiva di uno stato patologico o, peggio, di una evidente lesione fisica»⁵. Ciò che interessa non è una dignitosa condizione di vita del detenuto, ma semplicemente la permanenza anagrafica di essa, per non dover continuamente annunciare ai notiziari l'ennesimo decesso tra le mura del carcere: «in carcere la tutela della salute è impossibile, quando va bene è solo una “manutenzione dello scafandro” atta a mantenerlo in funzione»⁶.

Se già la cura è frammentaria e incompleta, viene pressoché a mancare del tutto una tutela preventiva della salute: consuetudine che rivela la sua vista corta in un contesto di nocività basilare e di rischio presupposto, come è quello del carcere. Proprio un tale contesto di partenza rende indispensabile «una cultura promozionale» della salute, che intervenga prima dello svilupparsi del bisogno e non secondo un meccanismo che aspetta la botta per fornire la risposta. Invece di ridursi a mansione da sbrigare il più semplicemente possibile, la tutela della salute richiederebbe un più alto impegno, un *surplus* d'intervento per garantirne, almeno, i livelli *minimi*.

III.3 La dialettica salute-sicurezza

Da quanto detto, si può evincere un rapporto salute-sicurezza che nell'istituzione detentiva risulta particolarmente complesso. Tendono a prevalere le ragioni del controllo e della vigilanza su quelle del diritto alla salute, il quale parte già da una posizione di svantaggio, poiché chi ne detiene l'affidamento risulta subordinato al potere disciplinare, privato così del

⁴ M. Esposito et al., *Malati in carcere*, p. 153.

⁵ L. Baccaro, *Riflessioni critiche su carcere e salute*, in M. Esposito, *Malati in carcere*, p. 202.

⁶ L. Baccaro, *ivi*, p. 205.

potere di decisione autonoma secondo i propri specifici fini di competenza, anche quando questi fossero in contrasto con quelli custodiali. Ma la difficoltà non è semplicemente quello di una sanità debole, che non riesce a far sentire la propria voce, venendo zittita dalle esigenze del buon ordine. È, un passo più avanti, una sanità che si snatura, che subisce una torsione che la rende funzionale alla sicurezza stessa, e il cui accondiscendente silenzio finisce per fare il gioco dell'istituzione in cui si trova ad operare. Si spezza così il rapporto di fiducia che dovrebbe connotare la relazione medico-paziente, mentre si stringe una collaborazione con i vertici dell'Amministrazione Penitenziaria, in ragione di un comune quieto vivere. Il problema non è solo quello di singoli medici che si scordano di esserlo e si trasformano nei «peggiori carcerieri»⁷ delle persone che dovrebbero avere in *cura*, piuttosto che in *custodia*. Il rischio di una medicina che si confonde con la sorveglianza è ancora maggiore, perché più sottile nel suo agire ammantata della maschera di cura, con il potere di trasformare il servizio dovuto in «benevola elargizione»⁸ e di spacciare, legittimandolo, un farmaco contenitivo per una somministrazione di cure.

Nel sottolineare questi rischi non bisogna in ogni caso generalizzare: nonostante tutto «in quei rapporti precari di lavoro e in quelle condizioni difficili si formavano e agivano operatori, medici e infermieri, psicologi ed educatori, con forte dedizione e, anche, con elevata professionalità. Operatori che si formavano sul campo, nell'esperienza quotidiana, perché chi prendeva servizio non aveva alle spalle un curriculum formativo specifico che l'Università non dava, ma solo una dose di buona volontà e una disponibilità umana che erano condizione necessaria ma non sufficiente», poiché le difficoltà non erano contingenti o imputabili ai singoli, ma sistemiche: «il sistema viveva alla giornata, con saperi ed esperienze che restavano patrimonio dei singoli operatori dal momento che il sistema rinunciava a riconoscere se stesso, i suoi problemi e le sue potenzialità»⁹.

Era quindi necessario riformare l'impianto complessivo, informandolo di una diversa concezione, per cui diventasse la salute e la sua garanzia il primo presupposto per la tutela della sicurezza. Pur rimanendo consapevoli che la garanzia della salute in carcere non può che essere un'operazione di trincea, in un contesto complessivo che rimane strutturalmente e, per vocazione, nocivo.

⁷ Dalla riflessione di un detenuto, da "Ristretti Orizzonti", 2000, in M. Esposito, *Malati in carcere*, p. 210.

⁸ *Ibidem*.

⁹ B. Benigni, *Sani dentro*, p.32

Capitolo IV

LEGGE 230/1999: LA RIFORMA

LA PERSONA DETENUTA NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

La riforma non ha preteso di cambiare, migliorare o umanizzare il carcere, ma semplicemente si è posta come obiettivo la tutela di un diritto fondamentale come la salute in un contesto controproducente come il luogo detentivo. Il fatto che essa miri a garantire un diritto basilare e già prescritto dalla nostra costituzione non le toglie il suo carattere di profonda svolta. È il baricentro a cui si rivolge la sanità penitenziaria che si viene a spostare.

Nel passaggio da un servizio erogato dall'Amministrazione Penitenziaria centrale a quello fornito dalle ASL locali, la sanità intra-carceraria cambia la propria fisionomia: non è più uno dei rami in cui si organizza un organo istituzionale, a causa della semplice necessità di sopperire allo svolgimento di una funzione *dell'istituzione* e che a questa risponde; ma diventa un servizio che si rivolge *al* bisogno e al diritto di salute della singola persona detenuta, ed è da qui che emerge la sua legittimazione e giustificazione. Cambia la sua funzione perché è l'oggetto/soggetto a cui si rivolge che non è più lo stesso ai suoi occhi. Non si tratta più di *mantenere* l'integrità fisica del *detenuto*, ma ci si trova di fronte un cittadino *detenuto*, dove "detenuto" è solo un attributo, una peculiarità di un soggetto. Essa non rappresenta più una condizione totalizzante, a causa della quale coloro che hanno agito *in modo reo* diventano «reati che camminano»¹, ipostatizzandone l'azione ed elevando l'agire a uno status oggettivo a cui il soggetto è ridotto. Pur nella condizione di detenzione attribuita dal giudizio penale, dal punto di vista della salute, ciò non implica alcuna differenza: coloro a cui viene attribuita l'etichetta di detenuto alla base rimangono comunque cittadini, come lo erano prima e lo saranno dopo, e a cui per questo va garantito un servizio sanitario comune.

L'equiparazione del trattamento sanitario non significa, però, un appiattimento delle peculiari esigenze che si riscontrano dentro al carcere, poiché per garantire l'uguaglianza è necessario partire dalle differenze, erogando un *surplus* di servizio a chi è in una condizione *penalizzante*.

Entrando l'istituzione sanitaria nell'istituzione carceraria, il detenuto esce in qualche modo dalla seconda e dal suo potere inglobante, per confrontarsi con la prima, che è lì per

¹ Cfr. il contributo di O. Favero, direttrice della rivista "Ristretti Orizzonti", in B. Benigni, *Sani dentro*, p. 171.

svolgere dei servizi nei suoi confronti, in quanto persona e cittadino come chiunque altro, e non per erogare dei benefici o sbrigare delle mansioni. È il presupposto dell'azione che muta: «se prima un carcerato poteva essere nella condizione particolare di malattia, ora un malato può essere nella condizione particolare di carcerazione»².

La legge n. 230/99 rappresenta «una novità fondamentale, di grande portata civile e sociale, anche perché, per la prima volta, le istituzioni democratiche territoriali, in particolare le Regioni, assumono una diretta responsabilità per la salute della popolazione in stato di detenzione. Si apre, anche per questa via, un più organico e strutturale rapporto tra il carcere e la società esterna e si configurano nuove responsabilità delle istituzioni territoriali per superare le barriere che dividono ancora il sistema penitenziario dalla comunità dei liberi»³. Tale riforma indirizza verso l'idea che «il carcere è società»⁴ e, come tale, le istituzioni democratiche se ne devono occupare come problema proprio.

IV.1 La riforma in divenire⁵

Se con l'istituzione del SSN nel 1978 era comunque prevalsa un'inerzia al cambiamento nell'ambito chiuso e separato del carcere, come se quel cambiamento non lo mettesse neppure in discussione, non erano però mancate in quegli anni spinte che andavano in altra direzione. Si andava affermando un movimento culturale e scientifico che metteva in discussione le strutture chiuse e le gerarchie, con i movimenti studenteschi ed operai del '68 e '69, con la fondamentale esperienza antimanicomiale di Franco Basaglia, che mostrava come fosse possibile un modello diverso da quello delle istituzioni totali. In una tale atmosfera, «anche le carceri italiane furono investite dall'ondata dell'apertura»⁶, di cui si resero protagonisti alcuni Direttori coraggiosi, che avviarono esperienze innovative, tra cui un esempio è il *carcere aperto* di Porto Azzurro diretto da Cosimo Giordano, in cui non mancarono di far sentire la propria voce i detenuti stessi, con proteste e manifestazioni clamorose.

Negli anni '80 e '90, all'indomani dell'introduzione del SSN, iniziarono ad essere stipulati alcuni accordi in tema di salute e cura dei detenuti tra il DAP e alcune Regioni italiane, senza però che queste collaborazioni auspicassero o anche solo si ponessero il problema di riordinare nel complesso il sistema sanitario penitenziario. La necessità di queste parziali intese rese, però, ancora più evidenti le lacune strutturali della sanità penitenziaria diretta dal Ministero della Giustizia.

² Cfr. contributo del Magistrato di sorveglianza A. Margara, in B. Benigni, *Sani dentro*, p. 169.

³ B. Benigni, *ivi*, p. 92.

⁴ B. Benigni, *ivi*, p. 132.

⁵ Per il seguente sottocapitolo, si è fatto largo riferimento a B. Benigni, *Sani dentro*.

⁶ B. Benigni, *ivi*, p. 36.

Questa consapevolezza fu ulteriormente rafforzata dalle *indagini conoscitive sulla situazione sanitaria delle carceri*, in particolare quella del 1994, effettuate non già dai Ministeri competenti, come sarebbe previsto dalle leggi della Repubblica, ma da indagini parlamentari e da sopralluoghi compiuti da Autorità regionali e nazionali. I loro rapporti disegnavano quadri allarmanti: «La contiguità fisica, la promiscuità, l'assenza materiale di spazio a disposizione per persona, determinate dal sovraffollamento, la conseguente carenza di servizi igienici, determinano gravi deficienze sul piano strutturale [...] il che priva i cittadini detenuti di una parte fondamentale del diritto alla salute»; di conseguenza, «si rileva la necessità e l'urgenza di giungere ad una maggiore responsabilizzazione del SSN attraverso strumenti legislativi e normativi da identificare e definire»⁷.

La svolta si ha nel 1998 quando, all'interno dell'obiettivo del Governo di portare a compimento la riforma sanitaria e la regionalizzazione del SSN, viene approvata la legge n.419, il cui art. 5 avvia il “Riordino della medicina penitenziaria”. Essa si propone un vero e proprio salto di qualità, consistente in una sanità penitenziaria che entri a far parte a pieno titolo, sia pur con misure gradualità, del SSN. I criteri direttivi di tale riforma consistevano in un passaggio graduale delle competenze di sanità penitenziaria al SSN, con l'intento di tener comunque conto delle condizioni peculiari di detenzione e mantenendo al Ministero della Giustizia le funzioni di sicurezza. Il passaggio sarebbe stato realizzato attraverso il trasferimento delle risorse finanziarie, professionali e dei beni e servizi alle Regioni e alle Aziende sanitarie locali, «senza ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato»⁸.

Già da queste prime indicazioni si delineano alcune questioni fondamentali:

- la divisione delle competenze funzionali alla sicurezza e quelle per la tutela della salute, assegnate a due organi separati e autonomi: la monolitica struttura del carcere subisce una prima articolazione e contaminazione con istituzioni della comunità dei liberi;
- il problema della specificità della medicina penitenziaria, la quale non doveva disperdersi e appiattirsi nella sanità di ordine generale, ma a cui andavano date risposte mirate e adeguate al contesto;
- la fondamentale e cronica mancanza di risorse assegnate alla sanità penitenziaria, in aiuto della quale non potevano venire ulteriori finanziamenti statali⁹.

In data 22 giugno 1999, viene approvato il Decreto legislativo n. 230 per il “Riordino della medicina penitenziaria”, con il quale si ha «un chiaro riconoscimento del diritto alla

⁷ B. Benigni, *Sani dentro*, pp. 42-43.

⁸ Cfr. comma 3 dell'art. 5 della legge n. 419, cit. in B. Benigni, *ivi*, p. 48.

⁹ Rispetto a tale situazione, viene spontaneo chiedersi quale reale volontà di riforma ci fosse, se vi era contemporaneamente la non disponibilità a spendervi energie e risorse.

salute dei detenuti e degli internati nel campo della prevenzione, della cura e della riabilitazione, al pari dei cittadini in stato di libertà (art.1), e un netto pronunciamento per il trasferimento delle competenze della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al SSN, con una chiara definizione e distinzione dei ruoli in materia sanitaria (art.3) e in materia di sicurezza (art.4)»¹⁰. Sui modi e tempi del trasferimento delle funzioni, il Decreto legislativo optava per la gradualità e la sperimentazione, data la complessità del problema.

Viene redatto un *Progetto obiettivo* per indicare le Linee guida a cui possano riferirsi le regioni scelte nella fase di sperimentazione. Era il primo vero piano di salute realizzato in Italia per la popolazione detenuta, alla quale da quel momento in poi sarebbe stato dedicato un apposito capitolo nella Relazione generale sullo stato sanitario del Paese. Il Progetto, partendo dai dati sulla salute della popolazione detenuta, scarsi e parziali a causa della precarietà delle ricerche al riguardo, elaborò degli obiettivi in merito alla prevenzione primaria, secondaria, alle attività di cura e di riabilitazione, delineò i compiti dello Stato, delle Regioni e delle Aziende sanitarie locali, secondo un principio di leale collaborazione e mettendo in sinergia il diritto alla salute dei detenuti con il diritto alla sicurezza dei cittadini.

Il Progetto obiettivo doveva cominciare ad essere attuato a breve scadenza, ma le successive inadempienze governative relegarono il documento tra i materiali d'archivio. La riforma della sanità penitenziaria era infatti un provvedimento che risultava elaborato dall'alto. Pur avendo come ragione principale il diritto alla salute e alla cura dei detenuti, erano proprio questi ultimi che mancavano dal confronto pubblico. Per quanto avessero messo in atto proteste e iniziative, i soggetti interessati mancavano allo svolgersi e formarsi del dibattito politico sulle condizioni in cui loro stessi vivevano, ma rispetto alle quali non avevano alcun potere contrattuale da far valere. Non solo non potevano condizionare il dibattito fuori, ma neppure potevano ricevere un'informazione obiettiva e plurale dentro. Le poche e parziali notizie che riuscivano a oltrepassare le impermeabili mura del carcere erano mediate dagli operatori sanitari stessi, spesso contrari alla riforma. Anche i soggetti sociali, che potevano portare sostegno alla riforma, riuscivano ad avere un'azione poco incisiva, essendo dispersi e variamente articolati. Per questo cominciò a farsi strada l'idea di un'associazione nazionale che raccogliesse e compattasse tali forze sociali e che si evolverà nel Forum nazionale per il diritto alla salute dei detenuti.

Al primo gennaio 2000, la sperimentazione parte, a cominciare dall'assistenza ai tossicodipendenti, rappresentanti un terzo dell'intera popolazione carceraria, e per i quali vengono attivati i Ser.T. L'anno 2000 doveva essere quello decisivo per la riforma. Ma essa,

¹⁰ B. Benigni, *Sani dentro*, p. 68.

nonostante il trasferimento fosse da effettuare a risorse invariate, poteva essere realizzata in tutte le sue tappe solo se accompagnata da una chiara volontà politica e da un lavoro accurato da parte di tutti gli operatori, «se, dopo la legge, si garantisce il governo della legge»¹¹. Ma ragioni oggettive, costituite dagli avvicendamenti politici con la crisi del Governo D'Alema e la costituzione del Governo Amato, e ragioni soggettive, imputabili all'inerzia delle burocrazie ministeriali, «riuscivano a tarpare le ali allo stesso potere politico che, a più riprese, si esprimeva per l'applicazione del Decreto n. 230. Il potere di interdizione della burocrazia allungava i tempi e guastava la credibilità della riforma. Alla vigilia del 1° gennaio 2000, i provvedimenti richiesti dalla legge per il passaggio delle risorse finanziarie e professionali alle Regioni erano lontani mille miglia. Anzi. [...] La burocrazia ministeriale non era solo sorda e tardiva, ma anche accorta e conformista, decisa a non toccare la sostanza del sistema, ma attenta a non passare dalla parte del torto formale. Cosicché il Ministero della Giustizia, per coprirsi le spalle, emanava la Circolare che passava le competenze alle Regioni, ma senza accompagnare il provvedimento con l'individuazione delle risorse professionali e finanziarie corrispondenti. Una finzione in piena regola»¹². Solo il 20 aprile 2000, vengono individuate le regioni che daranno avvio alla sperimentazione (Toscana, Lazio, Puglia) e bisognerà aspettare il 2003 per un provvedimento, per di più incompleto, che saldasse il conto sulle risorse. Gli effetti furono l'incremento della precarietà del sistema sanitario e della sfiducia nella riforma da parte degli operatori, che maturavano la convinzione che “tutto poteva cambiare, perché nulla dovesse cambiare”¹³, alla maniera consueta del Gattopardo.

A dare, d'altra parte, conferma e slancio al passaggio regionale e territoriale della sanità penitenziaria, arrivava l'approvazione definitiva nell'ottobre 2001 della riforma al Titolo V della Costituzione, con il quale si determinava una nuova attribuzione delle competenze istituzionali, con un sostanziale conferimento di poteri alle Regioni italiane e alle Autonomie locali. La tutela della salute era compresa tra le materie a legislazione concorrente per cui, in base all'art. 117 della Costituzione, «spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato»¹⁴. Il nuovo Titolo V della Costituzione sarà la pietra miliare che porterà nelle Regioni la competenza sulla sanità penitenziaria, senza possibilità di condizionamenti o di recuperi di competenze, come già previsto dalla riforma: «la sanità era così conferita, direttamente dalla Costituzione, alla competenza delle Regioni»¹⁵.

¹¹ B. Benigni, *Sani dentro*, p. 85.

¹² B. Benigni, *ivi*, p. 87.

¹³ Cit. in B. Benigni, *ibidem*.

¹⁴ Cit. in B. Benigni, *ivi*, p. 98.

¹⁵ B. Benigni, *ivi*, p. 99.

Allo stesso tempo, però, il cambio di legislatura con il nuovo Governo di centro destra mutava drasticamente il clima politico, con una campagna che enfatizzava i temi della sicurezza e del controllo a scapito dei diritti. Se già prima il Ministero della Giustizia aveva mostrato alcune perplessità riguardo alla riforma, ora il nuovo ministro Roberto Castelli additava addirittura le carceri italiane «come luoghi di agiatezza, “alberghi a cinque stelle”, con una chiara propensione per un sistema carcerario rigidamente chiuso, afflittivo, con poco o nessun riguardo per i diritti e per il carattere riabilitativo del sistema penitenziario»¹⁶. La riforma della sanità penitenziaria veniva così messa da parte, a causa di una politica che aveva tutt’altre priorità. Il nuovo Governo non si esprimeva pubblicamente sulla riforma, «si limitava a *non fare*»¹⁷. Si governava come se la legge n.230 del 1999 e il nuovo Titolo V della Costituzione non esistessero. Anzi, si iniziava anche a proporre una cancellazione della prima attraverso un processo di abrogazione che recuperasse alla Giustizia tutte le funzioni sanitarie. Una tale proposta di legge non fu però mai messa sul tavolo, probabilmente per la difficoltà a comporre un indirizzo legislativo alternativo e per lo scudo del Titolo V della Costituzione. Ma quello che non si riusciva a formalizzare con la legge, si praticava con la politica. La sperimentazione stabilita dalla legge era abbandonata a se stessa, in pratica portata avanti dalle Regioni interessate con i propri mezzi disponibili e in modo parziale. Di conseguenza, anziché seguire le direttive legislative e migliorare lo stato dei servizi sanitari in carcere, si era di fatto verificata, con la riforma rimasta in mezzo al guado, un’ulteriore frammentazione, con il sistema sanitario ancora diretto dal Ministero della Giustizia e con spezzoni ancor più disarticolati in carico alle singole Regioni, che poteva facilmente ingenerare sfiducia nei confronti di quella che sembrava sempre più delinearsi come «una riforma fantasma»¹⁸. Ormai, però, non si trattava solo di applicare le leggi, ma di stare dentro i confini della Costituzione; come sottolineava l’assessore regionale al diritto alla salute della Regione Toscana, Enrico Rossi: «La modifica costituzionale, piaccia o non piaccia, c’è e non si può essere strabici proponendo da un lato la devoluzione e poi trattenere al Centro i poteri assunti in tempi lontani, prima delle riforme costituzionali»¹⁹.

Solo nel 2006, succeduto il Governo di centro sinistra, per iniziativa dei due ministeri interessati fu insediato un gruppo tecnico interministeriale, rappresentativo del Governo e delle Regioni, per la predisposizione di proposte per le Linee guida e per il Dpcm, necessari per l’attuazione del decreto legislativo 230/99 e del titolo V della Costituzione. Le indicazioni

¹⁶ B. Benigni, *Sani dentro*, p. 99.

¹⁷ B. Benigni, *ivi*, p. 100.

¹⁸ P. Buffa, *I territori della pena*, p. 198.

¹⁹ Cit. in B. Benigni, *ivi*, p. 110.

del Ministro della salute Livia Turco erano rassicuranti riguardo alla volontà politica di trasferire tutto il Servizio sanitario penitenziario, senza residui. Uno dei problemi più complessi era costituito dal reperimento delle risorse finanziarie. Il Ministero del Tesoro aveva ribadito che la riforma era da realizzarsi senza aggravio per il Bilancio dello Stato. Una richiesta che metteva in evidenza una palese contraddizione, perché da un lato c'era stata negli ultimi anni una riduzione delle risorse finanziarie assegnate alla Giustizia e dall'altro si determinava un aumento della spesa in conseguenza del trasferimento del personale sanitario nell'Ordinamento delle Regioni. Fu sempre la Ministra della salute Livia Turco che riuscì a recuperare dal bilancio del proprio ministero la somma di dieci milioni di euro e a presentare l'emendamento sulla proposta di trasferimento nella Finanziaria 2008. La seguente crisi del Governo Prodi provocò, però, il timore che tutti questi sforzi sarebbero potuti essere vanificati, ma il 1° aprile 2008, il Consiglio dei Ministri approvava il Decreto predisposto dal Ministro della salute e dal Ministro della Giustizia con le Linee guida allegate e il Presidente del Consiglio Romano Prodi vi apponeva la propria firma.

IV.2 I punti di svolta e i problemi aperti del progetto di riforma

La riforma è ancora all'inizio del suo percorso e ulteriori energie dovranno essere messe in campo perché giunga alla sua realizzazione. Nel suo stato di progetto in corso di evoluzione è già però possibile cogliere le novità fondamentali che apporta e, insieme, gli spazi di problematicità che apre.

IV.2.1 *L'istituzione di fronte all'istituzione: conflitto e/o alleanza*

La legge introduce nello stesso ambiente penitenziario «due ordinamenti distinti, ma con pari dignità istituzionale»²⁰, di cui uno deve assicurare un diritto costituzionalmente protetto, la salute, e l'altro il necessario ordine nella vita della comunità carceraria. Con la riforma, vengono a confrontarsi direttamente due istituzioni, in un contesto che viene così a perdere parte della sua monoliticità totalizzante, per disarticolarsi nell'attribuzione separata di due diverse responsabilità.

Al cambiamento dell'organizzazione istituzionale, corrisponde una diversa dinamica dei diritti. Se prima il medico entrava nel carcere come singolo e non aveva altro ordinamento a cui sottostare se non quello penitenziario, ora entra avendo alle spalle un proprio mandato istituzionale, definito e non subordinabile. Allo stesso modo, la salute non è più una declinazione della sicurezza, mezzo per il miglior funzionamento di questa, ma principio

²⁰ B. Benigni, *Sani dentro*, p. 60.

imprescindibile, col *diritto* di opporre e far valere le proprie esigenze, anche al di là di quelle ordinamentali.

Il portato innovativo e dirompente della riforma è rappresentato innanzitutto dal fatto che il personale sanitario viene «svincolato per la prima volta da un ruolo storicamente ancillare all'amministrazione penitenziaria attraverso l'appartenenza ad un Ente che esplica la maggior parte della propria attività al di fuori del muro»²¹. Ciò permette un minor condizionamento e una maggiore attenzione a priorità non proprie all'istituto detentivo, poiché le esigenze di salute e di tutela della persona detenuta hanno ora una voce indipendente, che può far valere le proprie istanze con forza e con tutta l'autorevolezza che la Costituzione le riconosce.

L'ulteriore svolta che ne deriva è nella diminuzione di pretese che può avere l'istituzione stessa, la quale è costretta ad accettare «che la responsabilità della salute del detenuto possa essere d'altri, e rinunciare con questo alla propria onnipotenza, rinunciare al proprio essere, oltre che luogo di punizione, istituzione totale in grado di rendere totale quella punizione»²². Quella carceraria non è più *l'Istituzione*, l'unica, ma si deve confrontare alla pari con quella sanitaria.

Questo nuovo assetto non manca però di porre problemi concreti nel reale confronto tra necessità securitarie e sanitarie, in un luogo di pena come il carcere che, per suo mandato, porta a togliere spazio alla promozione del benessere psico-fisico della persona: «se curare significa anche liberare dalle pene, curare nella pena non può non apparire, già a prima vista, un evidente ossimoro»²³. «Cultura giuridica» e «cultura medica», nel contesto nocivo del carcere, vanno, sotto un primo punto di vista, nella direzione della contraddizione: «alla maggior attenzione del magistrato a questioni di collettività» secondo criteri il più possibile oggettivi e riproducibili, si oppone quella del medico vertente su «problemi inerenti l'individualità della persona oggetto di cure» a seconda dei bisogni che si possono presentare di volta in volta; un altro punto di frizione è rappresentato dalla «tendenza per il magistrato a rinunciare a farsi carico del destino della singola persona, preoccupato prevalentemente da problemi di giustizia e difesa sociale e spesso stretto nell'alternativa tra l'abbandono dentro (il carcere) e l'abbandono fuori (la liberazione), trovando la presa della persona un'alternativa più comoda alla sua *presa in carico*»²⁴, di cui si fa invece titolare il sistema sanitario, pur all'interno di un contesto che rimane di *presa* e coercizione della persona; a una concezione

²¹ L. Ferrarini, P. F. Peloso, M. Cechini, P. Strata, *Les revenents: esperienze, progetti e criticità dell'intervento psichiatrico nelle istituzioni di pena e di custodia*, in AA. VV.: *Carcere e Territorio*, Milano: Giuffré, 2003, p. 8.

²² P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

²³ P. F. Peloso, *ivi*.

²⁴ L. Ferrarini et al., *Les revenents*, p. 10.

della salute quasi come “un dovere” amministrativo dell’istituzione, si oppone la considerazione di essa come “un diritto soggettivo”.

La convivenza necessaria di questi due aspetti antinomici nell’ambito del circuito detentivo porta a una serie di dinamiche diverse, che tendono a privilegiare un aspetto piuttosto che un altro, o ad associarli secondo un legame che può essere di reciproco supporto nell’una o nell’altra direzione.

La maggior consapevolezza da parte del sistema sanitario del proprio mandato anche all’interno dell’amministrazione penitenziaria deve, infatti, stare in guardia dal rischio di una medicalizzazione del disagio carcerario, non avanzando pretese troppo grandi nella speranza di risolvere coi propri mezzi i problemi strutturali dell’istituzione privativa della libertà. Tra i due estremi, opposti ma complementari, per cui «la salute in carcere è impossibile»²⁵ e quella per cui «l’intrusione del momento medico e psichiatrico nell’edificio carcerario non può prescindere da una sua radicale messa in discussione e dall’esigenza complessiva di una migliore qualità della vita»²⁶, è importante tener ferma la consapevolezza che, nelle sue possibilità concrete d’intervento, quello medico rimane, comunque, «un momento ritagliato»²⁷ entro un dispositivo di coazione, con tutti gli effetti che esso inevitabilmente comporta.

Dall’altro lato, il compito di *cura dal disagio* deve fare attenzione a non trasformarsi in quello di semplice *contenimento del disagio*, tornando a fare il gioco dell’istituzione di controllo. In questo senso, la medicina si allea con la detenzione in funzione di un quieto vivere che non esige sforzi. Il medico diventa così un membro in più dello «staff della Direzione, chiamato a contribuire con ragionevolezza al buon funzionamento dell’istituzione e/o alla redenzione morale del suo ospite involontario»²⁸, ad esempio, attraverso la somministrazione di calmanti e psicofarmaci che permettano di legare i detenuti, senza l’uso della forza. Anche per i detenuti stessi, la salute può divenire un mero pretesto, subordinata all’ottenimento di benefici, che «in assenza di un bisogno effettivo [...] rischiano di strutturare e rafforzare il disturbo trattato riducendo la possibilità di superarlo»²⁹.

Il D. Lgs. 230/99 è andato nella direzione di limitare la commistione tra ragioni della cura e quelle della pena o del controllo, tentando di superare le resistenze presenti. Nel convegno interministeriale tenutosi nel □99, sia il direttore generale del Dap, Giancarlo

²⁵ L. Baccaro, *Riflessioni critiche su carcere e salute*, in M. Esposito, *Malati in carcere*, p. 205.

²⁶ P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

²⁷ L. Ferrarini et al., *Les revenants*, p. 10.

²⁸ L. Ferrarini, P. F. Peloso, M. Cechini, M. Demartini, *Intervento psichiatrico in carcere: l’esperienza e i progetti del D.S.M. di Genova*, in “Noos”, 43, 2006, 59-68.

²⁹ C. Cipolla-M. Gobbi, *Droga e carcere: custodia attenuata e strategie di recupero*, in M. Esposito et al., *Sani dentro*, pp. 236-237.

Caselli, sia dopo il dott. Paolo Mancuso, avevano espresso la preoccupazione del Ministero della Giustizia sul trasferimento del personale, che temevano potesse interessare anche figure professionali indispensabili al sistema penitenziario per lo stesso trattamento dei detenuti, come assistenti sociali e psicologi. Ciò che temevano è che, venendo questi a dipendere dal SSN e dalle organizzazioni sindacali, non sarebbe stato più possibile esercitare un controllo sulle personalità scelte, che avrebbero potuto non corrispondere a criteri di sicurezza e garanzia e che non sarebbero state più così inclini e accondiscendenti ad assurgere alle esigenze di sicurezza più che a quelle della salute. Si riuscì in seguito a evitare controversie e conflitti di competenza, dichiarando con fermezza che gli psicologi non dovevano essere strumenti per l'ordine e la contenzione ai fini della sicurezza, ma che la loro professione doveva appartenere a pieno titolo al ruolo sanitario e come tale era da trasferire al SSN³⁰: «una medicina penitenziaria in cui i curanti siano integrati nell'amministrazione e sottomessi alla sua autorità è inaccettabile»³¹.

Ma se non si può negare «una archetipica e strutturale contraddizione»³², si avverte nondimeno la «necessità di una costante *conflittualità costruttiva* tra autorità sanitaria e penitenziaria, come la sola condizione alla quale l'*alleanza contro natura* tra questi due soggetti può realizzarsi senza che nessuno venga meno alla propria identità e al proprio mandato»³³.

In questa prospettiva, la contrapposizione tra questi due aspetti diventa una possibile e perseguibile implicazione virtuosa. All'articolo 32, la Costituzione Italiana dichiara la salute un «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Da questo principio discende «una duplicità di piani di tutela: difesa della persona dalla malattia e difesa della collettività da tutti quegli elementi ambientali o individuali che possono ostacolare il pieno godimento del diritto. Tanto più sentito risulta quanto sopra esposto in un ambiente particolare quale l'istituto penitenziario». In questo senso, nel perseguimento dei suoi fini istituzionali, quali l'ordine, la sicurezza e il reinserimento sociale del detenuto, non è necessario e ovvio vedere un contrasto insanabile con la tutela della salute, ma anzi il «mantenimento e la conservazione del bene salute» si mostra come «il presupposto indispensabile per una corretta applicazione degli stessi fini istituzionali dell'Amministrazione Penitenziaria»³⁴. Tutela della salute e mantenimento della sicurezza

³⁰ Cfr. B. Benigni, *Sani dentro*, pp. 77-83.

³¹ R. Badinter, cit. in P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

³² M. Esposito, *Introduzione*, in M. Esposito et al., *Malati in carcere*, p. 18.

³³ B. Gravier, cit. in P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

³⁴ B. Brunetti, *L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario in Italia*, in M. Esposito et al., *Malati in carcere*, pp. 96-97.

verrebbero così, non a confliggere, ma a convergere in un reciproco appoggio e promozione, innescando una cooperazione proficua tra personale sanitario e operatori penitenziari, secondo un «modo di collaborare che fa uscire dalla competenza separata per andare verso sistemi integrati di lavoro senza che siano disperse le reciproche responsabilità»³⁵. L'affermazione di questa possibilità non manca in ogni caso di riconoscere che «l'ambiente e le condizioni personali sono determinanti per assicurare il benessere psicofisico del detenuto ai fini dei progetti trattamentali di rieducazione»³⁶.

IV.2.2 Integrazione e specificità tra sanità pubblica e sanità penitenziaria

Per un reale rapporto di uguaglianza, è necessario prima di tutto valutare le differenze. Se il passaggio al SSN porta alla pari il diritto ad essere curato del detenuto con quello di ogni altro cittadino, è nondimeno necessario considerare le peculiarità contestuali del carcere. Proprio un ambiente penalizzante e lesivo già in partenza necessiterebbe di un surplus di attenzioni a tutti gli aspetti della cura, mirati ad arginare la specifica patogenicità del contesto. Se oggi assistiamo a una decisa scarsità di mezzi e di attenzioni alla salute intracarceraria rispetto a quella esterna, sarebbe al contrario indispensabile, in una reale considerazione dei bisogni, investire un sovrappiù di energie, per far sì che l'equiparazione di cure auspicata si possa effettivamente ottenere, e non solo idealmente proclamare. È un'equiparazione che si gioca sull'equilibrio ottenibile nel saldarsi di integrazione e insieme differenziazione.

L'integrazione della sanità penitenziaria con il SSN aiuta l'affrancamento dal rischio della «commistione tra ragioni della pena e quelle della cura»³⁷, a cui il servizio sanitario intramurario sarebbe soggetto se dipendente direttamente dall'AP. «Il sistema sanitario pubblico deve entrare nel carcere con le sue regole, nel pieno delle sue facoltà, altrimenti la stessa legge fallirebbe. Una nuova organizzazione significa che la Asl porta dentro il carcere il suo modo di operare, i suoi protocolli, le metodologie che applica normalmente sul territorio. [...] anche dentro il carcere si può portare il meglio e il possibile della sanità pubblica, quella che hanno tutti»³⁸, affinché i livelli di assistenza garantiti “fuori” lo siano anche “dentro”.

Allo stesso tempo, è necessario che nell'integrazione non si vengano a perdere le specificità. Proprio in riferimento a questo problema, durante lo svolgersi delle tappe della riforma, non mancarono accese polemiche proprio dall'interno della Medicina penitenziaria (AMAPI). I suoi componenti, allarmati per le prospettive di mutamento che si delineavano nei

³⁵ B. Benigni, *Sani dentro*, p. 82.

³⁶ B. Brunetti, *L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario in Italia*, in M. Esposito et al., *Malati in carcere*, p. 99.

³⁷ L. Ferrarini et al., *Les revenants*, p. 8.

³⁸ Cfr. contributo del Magistrato di sorveglianza A. Margara, in B. Benigni, *Sani dentro*, p. 170.

rapporti di lavoro, assunsero come loro bandiera di rivendicazione la specificità della Medicina Penitenziaria. «Il problema era reale ma, al posto di rivendicare una separazione, era necessario coniugare la specificità con l'integrazione»³⁹, evitando che questa branca dell'arte sanitaria, che andava a operare su un vissuto specifico in particolari caratteristiche ambientali, si diluisse nella genericità del sistema sanitario.

Sarebbe infatti frutto di totale miopia attivare in carcere modalità operative non differenziate rispetto ai contesti abituali di vita di fronte a cui si può trovare il SSN operante all'esterno. Nessuna progettazione sanitaria «può evitare di tenere conto del contesto» carcerario, perché «il corpo, il tempo e lo spazio dell'incontro sono, non ci fossero che le sbarre a ricordarlo, inevitabilmente un corpo, un tempo e uno spazio prigionieri»⁴⁰. In un ambiente risaputo patogeno in partenza, diventa necessario andare oltre il mero aspetto di cura del sintomo emerso, per intraprendere strategie di prevenzione generale, invertendo l'*abituale* strategia dell'*emergenza* quale unica risposta al problema della salute in carcere. Con la riforma, la prevenzione nelle carceri italiane passa nella competenza del SSN, del Ministero della salute, delle regioni italiane, della aziende sanitarie locali e anche dei comuni, che devono garantire la salubrità di *tutti gli ambienti di vita*.

Questa diversa considerazione di partenza permette «il passaggio dalla consulenza alla presa in carico»⁴¹: al posto della figura del medico incaricato, che diventava un tuttofare e che perciò tendeva a non andare oltre alla domanda di cura immediata, entra nel carcere un operatore che agisce e collabora con il Dipartimento della prevenzione collettiva della stessa azienda sanitaria locale. Si tratta di «calare»⁴², facendo le debite e fondamentali differenze, la metodologia operativa dei Dipartimenti di prevenzione all'interno delle amministrazioni penitenziarie, in modo da garantire, da una parte, il livello di prestazione ed efficienza dovuto a ogni cittadino e, dall'altra, tener conto delle peculiarità del contesto ambientale, condizionante duramente lo stato di salute dei detenuti e necessitante di un surplus e una calibrazione specifica dell'azione.

IV.2.3 La presa in carico del territorio: carcere e società

Un'ulteriore questione che pone la riforma è quella del confronto tra un'AP centralizzata e un SSN dislocato nel territorio. Se la sanità pubblica è organizzata secondo un sistema regionale, facente capo al governo di ogni singola regione, il Dipartimento dell'Amministrazione

³⁹ B. Benigni, *Sani dentro*, p. 53.

⁴⁰ L. Ferrarini et al., *Intervento psichiatrico in carcere*.

⁴¹ L. Ferrarini et al., *Les revenants*, p. 6.

⁴² Cfr. intervento di E. Turi, cit. in B. Benigni, *Sani dentro*, p. 79.

Penitenziaria (Dap) è uno strumento del Ministero di Giustizia, quindi, per definizione, centrale. Il suo corrispondente regionale è il Prap, ovvero il provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, a cui risponde il direttore del singolo istituto penitenziario. L'assegnazione dei detenuti alle diverse carceri è affidata al Dap, al fine di tenere in equilibrio il sistema carcerario, e risulta, perciò, una decisione centralizzata. Nell'incontro di questi due enti diversi, si viene a «registrare una sfasatura di poteri tra la Regione e il Prap, l'una autonoma e in grado di decidere, l'altro emanazione di un potere centrale che avoca a sé tutte le decisioni. [...] è indubbio che si pone il problema di una corrispondenza di poteri decisionali tra Regione e Prap»⁴³. Al procedere della riforma non può che conseguire un parallelo «decentramento amministrativo», poiché «non è pensabile e accettabile che una decisione per la salute, adottata consensualmente a livello regionale, sia messa in mora in attesa di un provvedimento centrale di un Organismo che ha le sue logiche, i suoi tempi e le sue volontà»⁴⁴. Anche in questo senso, l'istituzione-carcere non può che dirigersi verso un'ulteriore disarticolazione e «deistituzionalizzazione»⁴⁵, che lo porta a essere non più l'unico centro di potere decisionale e operativo a tutti i livelli dell'organizzazione carceraria, ma a doversi confrontare con altri enti e a mediare i propri fini con mandati di segno diverso.

Questa trasformazione non si riduce solo a una questione di centri di potere, ma diventa l'occasione per una nuova considerazione del carcere e del suo posto all'interno della società. La regionalizzazione della sanità penitenziaria diventa in questo modo una fondamentale opportunità di partecipazione e di presa in carico degli enti territoriali alla storia del carcere e dei cittadini che vi ospita. Seguendo il principio di «territorializzazione della pena», a cui la riforma ha dato nuovo slancio, diventa ulteriormente «auspicabile un collegamento tra luogo di detenzione e luogo di vita, in modo che, anche clinicamente, una persona possa essere seguita in carcere dalla stessa struttura che l'ha eventualmente seguita prima e la seguirà poi», producendo un impatto positivo anche sulla stessa «giustizia della cura»⁴⁶.

Si può concretamente avviare in tal modo una reimmissione non solo del singolo detenuto nel corpo sociale, ma una ricollocazione del carcere e di tutto il suo portato simbolico nella vita collettiva, invertendo il tradizionale carattere di separatezza, isolamento ed esilio che l'ha accompagnato. «Il carcere, per essere davvero punto di arrivo e di

⁴³ B. Benigni, *Sani dentro*, p. 138.

⁴⁴ B. Benigni, *ibidem*.

⁴⁵ L. Ferrarini et al., *Les revenants*, p. 2.

⁴⁶ Cfr. contributo di L. Ferrarini, operatore medico, psichiatra dell'Università di Genova, in B. Benigni, *Sani dentro*, p. 179.

ripartenza, dovrebbe essere il centro degli investimenti emotivi e materiali di una comunità interessata a ricucire le proprie ferite e ricomporsi; è invece, nella nostra esperienza, luogo di rimozione ed esclusione, muro impermeabile che solo i legami più tenaci riescono ad attraversare. [...] La comunità tende a chiudere nel carcere e nell'OPG le sue contraddizioni, insieme con coloro che se ne sono resi responsabili; per poi rimuoverli e dimenticarsene, come se il tempo, le privazioni e la separazione che succhiano, scriveva Dostoevskij, la linfa vitale, bastassero, di per sé, a sanare le ferite»⁴⁷. In contrasto a «questa rimozione irresponsabile e irrealistica»⁴⁸, è necessario attivare molteplici strategie: dall'attenzione alla persona nella sua soggettività e nei suoi diritti, al corrispondente sviluppo di processi di empowerment e di incremento della contrattualità sociale; da interventi di sostegno dell'identità all'inserimento/inclusione socio-lavorativa; da azioni di riduzione della stigmatizzazione sociale al lavoro di rete e di collegamento con le politiche e gli interventi di community care. Per arrivare a ciò è necessario il coinvolgimento di numerosi soggetti che possono diventare protagonisti di questo cambiamento: non più solo Amministrazione Penitenziaria, ma aziende sanitarie, enti locali, privato sociale, volontariato e, soprattutto, la cittadinanza stessa, perché «questa riforma è, oggettivamente, una responsabilità collettiva»⁴⁹. Una politica di informazione e di presa attiva di responsabilità che permetta di «cambiare la mentalità collettiva», a cui fa comodo credere che l'unica soluzione immaginabile sia «metterli dentro e buttare via la chiave», deve diffondere, al contrario, la consapevolezza che «più il carcere dà la possibilità ad un carcerato di sentirsi persona e maggiori sono le opportunità che il detenuto, scontata la pena, possa realmente inserirsi nella società»; e la società, contemporaneamente, potrà comprendere parimenti in sé il carcere, come appartenente «a tutti noi: nessuno nasce con la predestinazione di [non] finirci rinchiuso»⁵⁰.

«Con l'ingresso della sanità nel carcere è la società che quasi si riappropria del mondo carcerario»⁵¹, non solo il detenuto che vi riprende posto: come il detenuto ha la possibilità di ricomporre le ferite che lo separano dalla società, la società può attuare quella «restituzione del rimosso»⁵², a cui ha per troppo tempo abbandonato il carcere.

La riforma ha indicato un primo sentiero; ora si tratta di percorrerlo.

⁴⁷ P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

⁴⁸ P. F. Peloso, *ibidem*.

⁴⁹ Cfr. contributo di L. Ferrarini, operatore medico, psichiatra dell'Università di Genova, in B. Benigni, *Sani dentro*, p. 178.

⁵⁰ Cfr. contributo di O. Favero, direttrice della rivista "Ristretti Orizzonti", in B. Benigni, *ivi*, p. 173.

⁵¹ Cfr. contributo di N. Dirindin, Assessore alla sanità Regione Sardegna, in B. Benigni, *ivi*, p. 165.

⁵² L. Ferrarini et al., *Les revenants*, p. 10.

INTERVISTA AL DOTTOR ANGELO FIORITTI

Il dottor Angelo Fioritti è stato tra i principali promotori della riforma nella Regione Emilia-Romagna. È medico psichiatra ed è stato il responsabile del Servizio salute mentale e assistenza sanitaria nelle carceri della regione.

- La riforma ha già affrontato parte del suo percorso: ora a che punto siamo nella sua progressiva realizzazione?

È difficile dare una valutazione unitaria di un processo come questo, che ha circa due anni di vita, è molto complesso e dipendente dalla diversa velocità con cui è stato intrapreso dalle varie regioni nei differenti ambiti penitenziari, a seconda che si tratti delle carceri in generale, dei Centri di Giustizia Minorile o degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Il Dpcm del 1 aprile 2008, che in realtà è entrato in vigore solo il 14 giugno, prevedeva l'avviarsi delle prime fasi di transizione amministrativa a partire da ottobre e il suo completamento nell'arco di tre anni. Di fatto, però, esso aveva già in sé disposizioni che prolungavano questo periodo. Tutto il 2009 è stato speso per effettuare la transizione amministrativa, ovvero il passaggio delle funzioni, del personale, dei locali e delle attrezzature. Tutto questo, che era di proprietà e sotto la titolarità del Ministero della Giustizia, è passato alle regioni. Trasferire i contratti di lavoro di alcune migliaia di persone e ripartire le risorse economiche tra 21 regioni sono operazioni complesse che richiedono tempo e competenze amministrative, legate alle molteplici difficoltà politico-amministrative che fanno capo ad ogni mutamento in senso federalista. Alcune regioni e in particolar modo quelle a statuto speciale non hanno ancora completato questa fase, mentre la maggior parte di quelle a statuto ordinario ha completato l'iter in un anno. Alla fine del 2009, in quasi tutte le regioni, le funzioni erano state assunte dal servizio sanitario regionale, il personale era passato alle sue dipendenze ed era stato completato il censimento dei locali e delle attrezzature. Quindi, il "che cosa" del trasferimento è stato in buona parte completato.

- Perciò, il personale medico che prima lavorava secondi contratti a convenzione col carcere, è ora lo stesso personale medico che lavora sotto il servizio sanitario nazionale. Rispetto, quindi, al problema della specificità del contesto carcerario e delle modalità di cura che richiede, se i medici sono gli stessi, cosa è effettivamente cambiato?

Il personale sanitario è rimasto pressoché lo stesso, tenendo conto del naturale ricambio verificatosi in questi due anni. Da oggi in poi, però, tutte le nuove assunzioni sono dipendenti

dal SSN. Rimane comunque una questione importante: una transizione amministrativa non implica automaticamente un cambio culturale. Per operare un cambio culturale occorre cambiare il “che cosa” si fa e il “come”. Anche questo processo è stato avviato, contestualmente a quello amministrativo. Diverse regioni hanno emanato delibere riguardanti l’organizzazione e i livelli di garanzia dell’attività sanitaria in carcere. A questo livello tutte le regioni cominciano a diversificarsi, perché ogni regione ha autonomia nel scegliere modalità organizzative congrue al proprio servizio sanitario regionale. Alcune regioni hanno creato delle unità operative di sanità penitenziaria, istituendo un primario come coordinatore di tutte le attività e le risorse sanitarie nel carcere. In altre regioni, si è invece ritenuto che questa modalità non avrebbe potuto portare a cambiamenti rilevanti e si è quindi scelto un modello organizzativo che fosse simile o uguale a quello presente nell’organizzazione del territorio. Tra queste ultime vi è l’Emilia-Romagna, che ha stabilito, con delibera n. 314 del 2009, di non creare delle unità operative di medicina penitenziaria specifiche, preferendo la soluzione per cui ogni dipartimento – sanità pubblica, cure primarie, salute mentale – continuasse la sua attività anche nel carcere, identificando semplicemente un coordinatore del personale operante in carcere. Vi sono state, quindi, delle regioni che si sono mosse con un atteggiamento di continuità rispetto al passato e delle regioni che hanno cercato di inserire degli elementi di novità, evitando di nominare un primario del carcere che spesso si riduceva alla medesima figura del medico incaricato alle dipendenze dell’AP.

- Che ruolo svolgeva il medico incaricato all’interno del carcere prima della riforma?

Il medico incaricato, ovvero il coordinatore di tutto il personale sanitario in carcere, tendeva fortemente ad integrarsi con la cultura penitenziaria. Rappresentava una figura di notevole prestigio e potere dentro al carcere: da lui dipendevano circa quattrocento tipi diversi di certificazioni, la maggior parte delle quali facevano parte del sistema premiale; esistevano moduli che dovevano certificare l’eventuale esigenza dei detenuti di avere, ad esempio, due coperte invece che una, oppure dipendevano da lui le licenze per malattia del personale penitenziario, la visita dei parenti presso il detenuto, la sua compatibilità col regime carcerario. Non era solo integrato, ma era una figura di spicco, che tendeva a uniformarsi alle finalità istituzionali del carcere e anche a usare discrezionalmente il suo potere. Con la riforma, per quanto il rischio di integrazione permanga sempre, viene meno la possibilità di esercitare un tale potere; ad esempio, le certificazioni che si possono emettere si sono ridotte a sette.

- Secondo lei, per concretizzare al meglio la riforma è preferibile, quindi, la modalità attuata anche dall'Emilia-Romagna.

Sì, come suo redattore e avendo scelto la mia regione queste modalità, è quella che ritengo preferibile. Però siamo ben lontani dal poter fare una valutazione effettiva di quanto siamo riusciti a cambiare, dal momento che la delibera è solo del marzo 2009. La delibera n. 10 che indica quali sono le garanzie sanitarie nelle carceri è, invece, del gennaio 2010 ed è istitutiva del programma salute nelle carceri, stabilendo quali devono essere le prestazioni garantite. Ci si aspetta che questa diventi un punto di riferimento, che nel giro di un paio d'anni le aziende sanitarie andranno a mettere in pratica.

- È possibile apportare e rilevare effettivi cambiamenti, nella condizione attuale in cui versano le carceri, costituita dalla rincorsa costante dell'emergenza e dalla mancanza di un contesto di normalità? O è necessario che questa situazione venga modificata per riuscire ad attuare concretamente la riforma?

È difficile fare delle previsioni. In linea di massima, un cambiamento di tipo culturale richiede sempre un periodo dai 5 ai 10 anni e che ci sia un turn-over di persone che permetta l'abbandono di abitudini altrimenti consolidate, tanto più in un contesto molto gerarchizzato, strutturato e rigido come quello penitenziario. Un cambiamento di questo genere si matura, d'altra parte, mutando le forme organizzative, fissando delle procedure e dei parametri assistenziali e lavorando sulla formazione e sulla supervisione. Non sono in grado di dire quando le carceri usciranno da una fase emergenziale, di fatto negli ultimi venti anni sono sempre state caratterizzate da uno stato d'emergenza: quando l'emergenza dura così tanti anni vuol dire che questa è la condizione di stabilità e che si è consolidata una cultura dell'emergenza.

- Se di questo cambio culturale fa parte la considerazione della persona detenuta al pari del cittadino libero, cosa che finora poteva essere dichiarata ma di fatto non avveniva, è necessario affiancare a questa nuova considerazione la consapevolezza dell'ambiente carcerario come patogeno: il personale afferente al SSN può essere preparato ad affrontare gli specifici problemi del carcere, così differenti da quelli esterni?

Chi si trova ad operare in un carcere compie un salto simile a chi va a lavorare all'estero, in un paese con una cultura profondamente diversa e in condizioni molto diverse. Ad esempio, chi opera in un paese in via di sviluppo non può applicare banalmente ciò che ha imparato senza attuare un adattamento al contesto, né può astenersi dall'intervenire scaricando la colpa

sul contesto stesso. Inevitabilmente si trova a dover operare adattamenti e aggiustamenti rispetto alle mete e agli obiettivi del proprio operare. Ciò non significa che le possibilità d'intervento siano sminuite; spesso proprio in contesti particolarmente deprivati e svantaggiosi, con poche risorse si riescono a fare cose straordinarie. Più che attendere un intervento sistematico che porti ad annullare gli effetti del carcere, ritengo più verosimile che ad un certo punto scatteranno delle idee nuove, che noi ancora non possiamo prevedere. Credo che l'ambizione di costruire una sanità uguale a quella esterna, per quanto sia un principio etico sacrosanto, non potrà non mostrare delle contraddizioni insuperabili. Forse, a quel punto, nascerà un tipo nuovo di sanità e di medicina nel carcere, che partirà da una chiara posizione etica di uguaglianza, ma inevitabilmente declinandola in un contesto di profonda disuguaglianza. Paradossalmente, già l'AP garantiva sulla carta prestazioni addirittura superiori rispetto al SSN. Nei fatti, erano garanzie su cui pesava la discrezionalità e che potevano essere concesse o meno a seconda del comportamento del detenuto. Usare la salute secondo lo schema della premialità era una tradizione consolidata che ruotava attorno alla figura del medico del carcere.

- Quindi, nel confronto istituzionale tra SSN e AP, è possibile che la prima riesca di fatto a imporre il suo mandato, che è quello dell'uguaglianza, rispetto a un'AP che tende piuttosto a degli effetti afflittivi?

Quello tra SSN e AP non è un confronto paritetico. Il servizio sanitario è "ospitato" all'interno di un'istituzione che ha finalità sue proprie: negli accordi quadro è stabilito che i sanitari sono tenuti al rispetto del regolamento penitenziario. Quindi a parità di condizioni, l'istanza di sicurezza prevale su quella sanitaria. Non però sempre e comunque: bisogna che la ragione sanitaria sia molto forte rispetto a quella di sicurezza per prevalere, come nel caso di pericolo di vita o di morte, mentre se si tratta di un beneficio potenziale ma rinviabile può non prevalere. La prospettiva che annulla la differenza indotta dal contesto è una buona idea dal punto di vista etico, ma non è praticabile dal punto di vista concreto, perché significa non tenere conto delle finalità di quella istituzione. Gli operatori sono condannati a lavorare dentro questa contraddizione e quindi a rinunciare alla pretesa di raggiungere l'obiettivo, pur tentando continuamente di avvicinarvisi.

- L'istituzione sanitaria non potrebbe almeno arrivare a porre dei paletti precisi, pur nell'impossibilità di prescindere dal contesto?

Questo è ciò che è in costruzione, però non sappiamo a che livello saranno piantati questi paletti. Molto dipende anche dalle caratteristiche locali sia del sistema penitenziario che del sistema sanitario. Questi paletti saranno probabilmente diversi in un carcere di massima sicurezza rispetto ad un centro di giustizia minorile: in quest'ultimo si sarà molto più inclini a prendere in considerazione la salute e l'investimento in termini riabilitativi della persona, laddove in un carcere di massima sicurezza per detenuti appartenenti alla criminalità organizzata tenderà a prevalere un principio di sicurezza se non di punizione.

- Per quanto il medico sia ospite dell'istituzione totale, egli può riuscire a scavarsi uno spazio proprio, in modo che l'uguaglianza a cui mira non sia subalterna ai fini della sicurezza?

Non so fare delle previsioni, ma posso guardare a uno stato che ha messo in atto questa stessa riforma verso la fine degli anni ottanta e che ne ha ormai completato il rodaggio, cioè il Regno Unito. Tutti gli altri paesi europei mantengono un regime speciale, senza che siano state effettuate riforme simili al riguardo. La conclusione che hanno tratto gli inglesi è che non sanno dire se il servizio per il cittadino detenuto sia migliorato o peggiorato, ma che in questo momento è *equally poor*, cioè ugualmente mediocre: hanno raggiunto un livello di eguaglianza. Il principio di uguaglianza significa trovare un punto d'equilibrio che consenta di utilizzare a pieno le competenze derivanti dalla pratica sul territorio e nei luoghi di cura ordinari, applicandole in un equilibrio dinamico col contesto ambientale. Trovando questo punto di equilibrio, la cui ricerca richiederà probabilmente una ventina d'anni, si può leggermente modificare il contesto, ma soprattutto è possibile dare il massimo del potenziale di cui la sanità può essere capace in quel contesto. Siamo ancora lontani, però, dal sapere quale possa essere questo massimo di potenziale.

- Sempre in riferimento al contrasto intrinseco tra carcere e salute, è possibile sostenere che il mandato del carcere consista solo nell'astratta privazione della libertà, mentre tutte le ulteriori afflizioni a cui assistiamo sono da considerarsi illegittime?

Come medico e psichiatra credo che, oltre ad essere un'afflizione in sé la stessa privazione della libertà, automaticamente ne comporta molte altre. La privazione della libertà, infatti, comporta contemporaneamente la privazione della vita sociale precedente e l'imposizione di una vita differente e artificiale. In questo modo, si priva, oltretutto della libertà, di una serie di riferimenti psicologici, materiali, spirituali che costituiscono la vita dell'individuo, che viene sottoposta a una forte cesura. Ne conseguono una serie di privazioni che girano attorno alla libertà, ma non si esauriscono nella libertà. Non sono, infatti, solo privazioni, ma imposizioni:

l'imposizione a una vita collettiva, a spazi delimitati, spesso insufficienti dal punto di vista dello spazio minimo vitale, imposizioni d'abitudini, di relazioni, di rituali tipici, come l'ora d'aria, l'ora di cinema, i colloqui con l'avvocato, la famiglia, etc. Nei fatti, oltre che privata, la detenzione è afflittiva. Vi sono, comunque, teorici che non legittimano questa posizione e questa situazione, ma ci sono parimenti teorici che sostengono la natura remunerativa della pena, ritenendo giusto il carattere afflittivo di essa. Qui si entra nel campo della filosofia sociale, in quell'area misteriosa del contratto sociale, e forse in quella ancora più misteriosa dell'antropologia dei gruppi umani, rispetto a ciò che gli umani fanno quando qualcuno non si attiene alle regole che sono state stabilite.

- Una modifica che apporta la riforma è il passaggio da un sistema centralizzato come quello dell'AP a quello regionale del SSN: questo può portare a una maggiore responsabilizzazione degli enti locali, e quindi della società, diminuendo quella separatezza che caratterizza il carcere?

Sì, anche se con gradazioni diverse esiste già un volontariato diffuso in carcere e anche l'interessamento da parte di amministrazioni locali al mondo del carcere, attraverso il movimento dei garanti, delle associazioni di volontariato, di studio dei fenomeni del carcere e di supporto alla vita dei detenuti. Tutto ciò può trarre sicuramente dalla riforma ulteriori strumenti e motivazioni, però è qualcosa che c'è già, c'è sempre stato.

- Nel dibattito sul tema, ci sono posizioni contrarie a questa riforma?

Dentro il Ministero della Giustizia e dell'AP c'è una linea di pensiero maggioritaria che considera tutt'ora l'attività sanitaria come una parte importante del cosiddetto "trattamento". Il termine "trattamento" viene usato con significati piuttosto diversi nell'ambito della cultura sanitaria e penitenziaria. Nell'ambito sanitario come trattamento si intende qualsiasi procedura o strumento che abbia finalità terapeutiche o riabilitative sulla persona. Nell'ambito penitenziario il trattamento è tutto ciò che ha finalità che prescindono dalla privazione e dall'afflittività e che possono avere anche scopi rieducativi, e quindi contenere in sé una frustrazione, in senso correzionale: un sistema di premi e punizioni è trattamento, come un sistema di valutazione costante delle modifiche comportamentali. Questa è la funzione degli educatori: sorvegliare e verificare un cammino verso un comportamento giudicato morale, o perlomeno legale. A vivere maggiormente questa contraddizione sono le figure dell'educatore e dello psicologo, avendo a carico due ambiti molto diversi, uno correzionale e l'altro riabilitativo-terapeutico. Alcuni vengono impiegati in un senso, alcuni in un altro. Questa è

una distinzione che chi lavora dentro il carcere fa fatica a comprendere, perché sotto la voce trattamento si mescola tutto ciò che non sia pura detenzione. Io credo che la distinzione tra le categorie correzionale-rieducativa e terapeutico-riabilitativa vada mantenuta. Non tutto è affrontabile in termini terapeutico-riabilitativi; ha senso mantenere anche un aspetto rieducativo, che come tale usa la premialità.

- Se nell'ambito della giustizia pare sia maggioritaria l'opposizione alla riforma, quali sono invece le posizioni nell'ambito sanitario?

Nell'ambito sanitario coloro che avversano la riforma temono di trovarsi di fronte a contraddizioni troppo forti o con responsabilità difficili da gestire. Il caso Cucchi ha messo in allarme molti operatori nell'ambito sanitario, a causa dell'eventualità di trovarsi di fronte a reati commessi dal personale penitenziario. In una situazione simile deve scattare da parte del medico una dimensione di garanzia e tutela nei confronti del cittadino detenuto, che però allo stesso tempo lo pone in conflitto diretto con le persone dell'istituzione che lo ospita. Comunque, più che un ostacolo attivo, c'è un atteggiamento di cautela e di passività, da parte di porzioni del personale sanitario, nell'accettare queste trasformazioni, atteggiamento che può rallentare il cammino della riforma. Il caso Cucchi ha, inoltre, mostrato che non è sufficiente portare le persone in un contesto sanitario, perché siano tutelate, ma che è la cultura di quel contesto che fa la differenza. Un personale sanitario, fortemente radicato nella cultura penitenziaria, certe cose non le vede. Per questo è importante che chi lavora in ambito penitenziario non lavori solo lì, ma abbia il supporto costante di riferimenti etici e medico-legali propri della professione sanitaria, per evitare che insensibilmente scivoli nell'appartenenza penitenziaria.

- Quali devono essere le prossime tappe della riforma?

Alcune regioni devono ancora completare le prime fasi. In Emilia-Romagna, i successivi stadi saranno quelli della formazione, della verifica costante, del curare il ricambio del personale.

- In un momento in cui la volontà politica va da tutt'altra parte, mostrandosi molto più attenta alle esigenze di ciò che viene spacciata per sicurezza, e in una condizione che prescrive l'attuazione della riforma senza ulteriori oneri a carico del bilancio statale, ci saranno difficoltà a portare avanti il progetto?

Io non credo che sia un problema importante quello delle risorse. L'intera sanità penitenziaria prima della riforma veniva a costare alle casse del Ministero della Giustizia circa duecento

milioni di euro, una cifra modesta, pari a meno della metà del bilancio di una sola azienda Usl, e che incide sull'intero bilancio sanitario nazionale per non più dello 0,2%. Trovare una tale cifra, quando c'è la volontà politica di dare impulso a questa attività, non dovrebbe essere un'impresa impossibile, anche in tempi di ristrettezze. Il problema è quello delle priorità politiche. Penso che anche qui si arriverà a un equilibrio e che sia ormai chiaro che l'istituzione penitenziaria, oltre ad essere uno strumento di afflizione e rieducazione, è diventato un grosso meccanismo che serve a gestire macrofenomeni sociali che non trovano altre risposte, come l'immigrazione o la tossicodipendenza. Penso che diventerà sempre più chiara la contraddizione, insieme ai costi maggiori che comporta, di gestire all'interno di un carcere, ad esempio, la tossicodipendenza. Però apparentemente il popolo continua a volere più carceri. In ogni caso, il processo di riforma è ormai innescato e difficilmente ci saranno retromarcie.

- Facendo un punto sulla riforma...

Ogni riforma è discutibile ma segna comunque uno spartiacque. A più di trent'anni dalla riforma psichiatrica si discute ancora se essa sia stata un bene o un male, ma una modernizzazione della società, a un certo punto, è irrinunciabile. Così, anche questa riforma sarà destinata ad innescare infinite discussioni nei prossimi dieci anni. È una riforma che ritengo sia arrivata con venti anni di ritardo. Se fosse stata fatta insieme alle grandi riforme degli anni '70, probabilmente oggi avremmo già un paese ammodernato sotto questo profilo. Ma meglio tardi che mai.

CONCLUSIONI

Il carcere *non funziona*. Non per caso, e non esclusivamente per una mancanza di investimento migliorativo. Nelle modalità con cui rinchiede, impone espiatione e corregge coloro che hanno “sbagliato”, sembra che sia il carcere stesso a partire col piede altrettanto sbagliato, il primo a dover essere *corretto*. Su questo versante, all’istituzione statica e immobile si è sempre dovuto dialetticamente accompagnare un complementare tentativo di mutamento: «La “riforma” della prigione è quasi contemporanea alla prigione stessa. Ne è come il programma»¹. La riforma dell’istituzione pare essere un meccanismo integrato a essa che porta a non poter fare, comunque, a meno dell’istituzione stessa.

Di fronte a questa sorta di stallo strutturale, si potrebbe essere tentati di buttare davvero via la chiave, poiché «anche laddove si riuscisse a estendere a tutti i reparti tali azioni positive, non si otterrebbe, in realtà, un reale cambiamento dell’istituzione penitenziaria rispetto ai suoi gangli più contraddittori e deleteri»². Questa chiave, però, la società l’ha forse tenuta sempre nel cassetto, senza mai prenderla davvero in mano. È sempre più facile chiudere che aprire gli occhi su un campo problematico e scomodo, è sempre più facile mantenere il precario status quo che tentare di cambiarlo responsabilmente. Soprattutto quando la scomoda realtà in questione sembra perfino non riguardarci.

Il carcere è come il bidone della spazzatura, in cui è comodo buttare lo scarto e di cui non ci preoccupa lo smaltimento, quando è qualcun altro che compie l’operazione di portarlo sistematicamente via dai nostri occhi. Il carcere, oltre che un contenitore, è una copertura: di coloro che contiene, in modo che non ne emerga l’umanità, disturbando con le sue domande; e una copertura per noi, per non dover dare una risposta.

L’invisibilità di cui soffre il carcere, ovvero coloro che lo abitano, che lo rende un mondo a parte, *recluso* a coloro che stanno fuori, fa sì che esso non sia effettivamente raggiunto dai diritti della carta e dagli investimenti e la considerazione che il darvi corpo necessariamente comporta. Per questo, una necessità fondamentale come la salute non può che essere malata e precaria per i detenuti, anche se la cura di essa è una delle condizioni essenziali per una vita dignitosa. In carcere, si prende contatto con il fatto che la salute non è un diritto, ma una moneta di scambio e un valore d’uso, nella mancanza di altri mezzi di negoziazione e di qualsiasi potere contrattuale, nella mancanza di valore dato alla persona.

¹ M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, p. 255.

² P. Buffa, *I territori della pena*, p. 247.

Nella privazione non solo della libertà ma di fondamentali diritti, vive la contraddizione di una giustizia che nel suo esplicarsi promuove ingiustizia, invece di reprimerla, che vorrebbe insegnare il rispetto dell'altro, della società e dei suoi valori, togliendo di fatto valore ai soggetti di cui si occupa.

Se una qualsiasi riforma penitenziaria ha dei precisi limiti dati dall'architettura istituzionale stessa e dai pilastri che la sostengono, la necessità di una riforma parte dalla considerazione del fatto che il carcere non è solo istituzione: è le persone che vi *passano* dentro e quelle che vi ruotano attorno. È a queste che prima di tutto bisogna rivolgere la considerazione.

Un'equiparazione, anche nel servizio erogato, tra salute dei detenuti e dei cittadini va nella direzione di una tale considerazione, poiché quella di "detenuto" diventa una categoria che alla base non fa più differenza: è solo un sovrappiù a cui deve corrispondere, piuttosto, *un surplus promozionale* di attenzione curativa a causa dell'ambiente penalizzante di partenza, *non un di meno discriminante*.

La riforma ha permesso di non dare per scontato e naturale lo status quo della struttura carcere, di smuoverla, al fine che "naturale" diventi piuttosto la considerazione, ancorché problematica, della persona, all'interno del carcere come fuori, e non il facile accantonamento del detenuto alle periferie delle nostre città come della nostra società.

In questo senso, carcere e società non vengono più pensati come termini tra loro alternativi, divisi secondo le polarità dentro/fuori, aperto/chiuso, giusto/sbagliato. Il carcere è espressione della società, che responsabilmente, senza più gettarselo alle spalle, se ne deve invece fare carico, come organo che le appartiene e che non può rigettare come fosse problema e cosa d'altri. Dietro lo schermo della categoria di detenuto, vi sono cittadini e, quindi, vi siamo noi.

Chi ha reso possibile la riforma della sanità penitenziaria non è rimasto a *non* guardare, ma ha smosso ancora una volta il mondo del carcere: per continuare a farlo, è necessario che sia la società a muoversi, senza restare nell'immobilismo delle istituzioni che sono sua espressione, per quanto tenti poi di distaccarsene.

In questo processo, è inevitabile incontrare problematicità di non facile risoluzione, che sarà necessario fronteggiare di volta in volta adeguandovi le risposte. Un primo passo è rendere effettivamente praticabile la possibilità di riforme, andando oltre la costante rincorsa dell'emergenza e aprendo uno spazio di riflessione che porti a una approfondita riconsiderazione del problema carcere e delle sue *possibili* alternative.

Ancor prima di ciò, è fondamentale decidere di porsi questo problema.

BIBLIOGRAFIA

Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna, *Il Garante dei diritti delle persone private della libertà personale* (capitolo 2, pagg. 61-82), in *Gli istituti di Garanzia nella regione Emilia-Romagna e nel panorama nazionale*, Bologna, 2008.

Benigni B., *Sani dentro. Cronistoria di una riforma*, Roma: Noema Edizioni, 2008.

Buffa P., *I territori della pena. Alla ricerca dei meccanismi di cambiamento delle prassi penitenziarie*, Torino: EGA Editore, 2006.

Castellana G., *La funzione rieducativa della pena e il detenuto straniero. Aspetti sociologici e costituzionalistici*, in *L'altro diritto. Centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità* (www.altrodiritto.unifi.it).

Cattaneo M. A., *Pena diritto e dignità umana. Saggio sulla filosofia del diritto penale*, Torino: G. Giappichelli Editore, 1998.

Esposito M. (a cura di), Cesareo V. (presentazione di), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Milano: Franco Angeli, 2007.

Ferrarini L., Peloso P. F., Cechini M., Demartini M., *Intervento psichiatrico in carcere: l'esperienza e i progetti del D.S.M. di Genova*, in *Noos*, 43, 2006, 59-68.

Ferrarini L., Peloso P. F., Cechini M., Strata P., *Les revenants: esperienze, progetti e criticità dell'intervento psichiatrico nelle istituzioni di pena e di custodia*, in AA. VV.: *Carcere e Territorio*, Milano, Giuffré, 2003.

Fioritti A., *Realtà e prospettive dell'intervento psichiatrico nelle carceri e nell'OPG*, Relazione al Seminario "Tra responsabilità di curarsi e il diritto alla cura", Roma, 20 giugno 2007.

Foucault M., *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino: Einaudi, 1976.

Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino: Einaudi, 1968.

Guglielmi O., Peloso P. F., *Siamo tutti Hyde? "Lunaria" mette in scena la faccia buia della luna (e di noi)*, in "Il vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane", 14, 4, 2006, 35-22.

Melossi D., Pavarini M., *Carcere e fabbrica. Alle origini del sistema penitenziario*, Bologna: Il Mulino, 1977.

Peloso P. F., *Curare nella pena. Appunti di psicopatologia e clinica*, in "Il vaso di Pandora. Dialoghi in Psichiatria e Scienze Umane", 15, 3, 2007, 53-93.

Peloso P. F., Bandini T., *Follia e reato nella storia della psichiatria. Osservazioni storiche sul rapporto tra assistenza psichiatrica e carcere*, in "Rassegna Italiana di Criminologia", anno I, n. 2 – 2007.

Legislazione

Legge 26 luglio 1975 n. 354, "Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà", pubblicato in G.U. 9 agosto 1975, n. 212, (1) (2).

Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132.

Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230, "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà", pubblicato sulla G.U. n. 195 del 22-08-2000.

*Ringrazio i protagonisti delle interviste,
la dtt.ssa Maria Longo, la dtt.ssa Desi Bruno, il dtt. Angelo Fioritti,
per la loro disponibilità a un confronto;*

*in particolar modo, ringrazio il dottor Fioritti per il fondamentale apporto
datomi nell'indirizzarmi verso questa riflessione.*