

**ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**

**SCUOLA DI GIURISPRUDENZA
CORSO DI LAUREA IN GIURISPRUDENZA**

**LA SALUTE DETENUTA.
UN'INDAGINE SULLA SANITÀ
PENITENZIARIA
IN EMILIA-ROMAGNA.**

Tesi di laurea in

Criminologia

Relatore

Prof. Dario Melossi

Presentata da

Carlotta Cherchi

**Sessione III
Anno Accademico 2012/2013**

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO I	
Il diritto alla salute tra pratiche quotidiane e produzione legislativa	
I.I La salute oltre il diritto	10
I.II Il diritto alla salute quale diritto inviolabile della persona	15
I.III La salute nella pena	20
I.IV La tutela della salute nel contesto carcerario	25
CAPITOLO II	
Analisi del quadro normativo nazionale e regionale	
II.I Il servizio sanitario nell'ordinamento penitenziario	30
II.II Il passaggio di competenze al Servizio Sanitario Nazionale	39
II.III Il contesto normativo regionale	44
CAPITOLO III	
La pratica dei principi	
III.I Introduzione	50
III.II Individualismo carcerario	50
III.III La presa in carico dei pazienti detenuti	55
III.IV L'equità nella tutela della salute	61
CAPITOLO IV	
Alcune riflessioni sul personale sanitario	
IV.I Introduzione	66
IV.II Il personale medico	66
IV.III Il personale infermieristico	71
IV.IV Specificità degli interventi sanitari nel contesto carcerario	74
IV.V Il rapporto tra medico e detenuto	78

CAPITOLO V	
Patologie e detenzione	
V.I Il corpo nel tempo e nello spazio della prigione	85
V.II Il disagio psichico e sensoriale causato dalla detenzione	92
V.III La malattia dietro le sbarre	99
V.IV I detenuti nessuno: tossicodipendenti e migranti	103
CONCLUSIONI	109
TRACCIA INTERVISTA	118
APPENDICE LEGISLATIVA	121
BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	122

INTRODUZIONE

L'obiettivo di questo lavoro è studiare e capire come la salute venga garantita all'interno di contesti privativi della libertà. Ciò appare di profondo interesse data le peculiarità dell'ambiente carcerario, nel quale si intersecano esigenze spesso inconciliabili. Sotto questo aspetto occorre domandarsi come la tutela della salute e la garanzia del servizio sanitario si rapportino con i profili più strettamente securitari. L'area sanitaria e l'area custodiale incidono entrambe sul medesimo soggetto, in una costante intersezione di cui non appare semplice tracciarne i confini.

Questa intersezione è stata in parte scalfita dal d.lgs. 230 del 1999, il quale ha sancito un nuovo riparto di competenze in ambito sanitario. Le prestazioni sanitarie devono essere garantite dalle singole aziende sanitarie, con standard equivalenti a quelli assicurati ai cittadini liberi; mentre l'amministrazione penitenziaria si occupa di garantire e tutelare la sicurezza all'interno dell'istituto. A tal fine il personale sanitario, prima dipendente dal Ministero di Grazia e Giustizia, è stato trasferito all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, e per questo, nelle singole Aziende Sanitarie Locali. Il trasferimento ha inoltre interessato le risorse economiche, le attrezzature e i beni strumentali.

La Riforma introduce un'importante innovazione, la quale ha il merito di superare un'antica concentrazione sulla medesima Istituzione di funzioni diverse, per natura e modalità. Tuttavia l'implementazione nelle singole realtà locali ha subito forti ritardi, data l'opposizione di un'ampia fetta degli ex medici penitenziari, i cui timori erano connessi al venir meno dei privilegi accordati dall'amministrazione penitenziaria e alla perdita di specificità del loro ruolo professionale. Sul ritardo ha inoltre inciso la scarsità di risorse finanziarie necessarie per la concreta attuazione della nuova normativa.

L'Emilia-Romagna, inserita tra le Regioni in cui effettuare una prima sperimentazione, solo a partire dal 2008 ha iniziato a muoversi secondo i dettami dalla disciplina vigente e, nel tempo, sembra aver recepito, almeno da un punto di vista più strettamente normativo, le innovazioni sancite dalla

Riforma.

Tuttavia, a nostro avviso, risulta utile capire come i principi e i mutamenti si siano tradotti in realtà. L'obiettivo è, da una parte, offrire un contributo, seppur non esaustivo, alla ricerca sociologica, che sul tema appare tuttora molto lacunosa; dall'altra, l'attività d'indagine risponde alla consapevolezza, particolarmente acuita nel contesto carcerario, delle enormi discrasie che si verificano tra il processo di produzione della norma e il processo di applicazione e recezione della stessa.

Nel primo capitolo proveremo a delineare un concetto di salute ascrivibile al carcere, attraverso un confronto con la realtà esterna. A tal fine analizzeremo il ruolo che la medicina svolge all'interno della nostra società, concentrandoci sulle capacità del sapere medico di trasformarsi e riprodursi all'interno della comunità di riferimento. Questo primo confronto, a nostro avviso, risulta utile per comprendere quali siano le pratiche e gli obiettivi attraverso i quali la sanità si rapporta al contesto carcerario e penetra lo stesso.

Nel secondo ci concentreremo su aspetti più strettamente giuridici, nel tentativo di delineare le singole tappe legislative che nella Regione Emilia-Romagna hanno consentito una progressiva attuazione della Riforma.

Una volta definito un quadro concettuale e giuridico di base, a partire dal terzo capitolo e durante il proseguo dell'elaborato, tenteremo di addentrarci all'interno dei singoli istituti penitenziari per capire come gli operatori si muovano rispetto al dato normativo. Analizzeremo come i principi fondanti della Riforma, quali l'uguaglianza, la presa in carico e la competenza, siano vissuti all'interno dell'Istituzione carceraria, il cui assetto peculiare ne condiziona fortemente, e in maniera spesso paradossale, la natura e i confini.

Successivamente ci occuperemo di definire il nuovo apparato professionale e organizzativo in ambito sanitario, concentrandoci sulle vicende professionali di medici e infermieri, sulla loro contrattualistica, ma anche sull'interpretazione della loro professione, e sulle specificità del rapporto tra il singolo operatore e il paziente detenuto. Infine ci concentreremo sulle condizioni di salute della popolazione detenuta, sull'importanza che la marginalità sociale riveste nella costruzione del quadro clinico, e sull'incidenza dell'ambiente penitenziario e

della sua organizzazione sulle condizioni di benessere di chi lo subisce.

Il percorso sin qui delineato si basa su dati raccolti durante una serie di interviste condotte nel territorio dell'Emilia-Romagna, e più specificatamente nella maggior parte delle province in cui sono ubicati istituti di pena (Modena, Bologna, Parma, Ravenna, Rimini).

Le interviste sono state rivolte a medici e infermieri che operano all'interno del carcere e a figure, quali i responsabili di programma e i coordinatori infermieristici, che si occupano di questioni più strettamente logistiche e amministrative. Più nel dettaglio le interviste sono state condotte con: quattro medici incaricati, un ex medico penitenziario, tre infermiere, cinque responsabili di programma e una coordinatrice infermieristica.

Lo strumento di indagine adottato ci è apparso adeguato per indagare un fenomeno che, essendo così vasto e articolato, rende difficile un'analisi attraverso un questionario. L'intervista è apparsa idonea per la sua capacità di instaurare un'interazione comunicativa fra due soggetti, finalizzata all'acquisizione di informazioni e caratterizzata da una forte flessibilità, tanto nelle domande, quanto nella loro sequenza.

Una volta valutate le ipotesi e gli obiettivi iniziali, la complessità della ricerca che si intendeva condurre e il contesto specifico di riferimento, abbiamo scelto di costruire un'intervista semi-strutturata, con domande predisposte per aree tematiche, ma non rigidamente scandite, e comunque adeguate per garantire un reciproco coinvolgimento tra intervistato e intervistatore.

L'intervista è suddivisa in tre sezioni, rispettivamente: “la Riforma sanitaria”, “eventuale specificità degli interventi intramurari” e “salute e detenzione”. Le prime domande sono finalizzate a comprendere il grado di attuazione della Riforma, i motivi del suo ritardo, nonché l'assetto organizzativo predisposto dalla stessa, con particolare riferimento al riparto di competenze, al turn-over degli operatori e alla loro contrattualistica.

Nella seconda parte ci concentriamo sulle specifiche competenze degli operatori sanitari penitenziari, sull'incidenza delle esigenze di sicurezza sul loro operato e su eventuali cambiamenti nell'interpretazione del loro ruolo professionale.

Infine le ultime domande indagano sulle patologie sovra-rappresentate nel

contesto carcerario. In queste sede specifica attenzione è rivolta a problematiche quali il sovraffollamento, il disagio psichico causato dalla detenzione e la presenza di alcune categorie particolarmente svantaggiate della popolazione detenuta, fra le quali tossicodipendenti e migranti.

Consapevoli che in questo strumento d'indagine la voce dell'intervistato è prevalente rispetto a quella dell'intervistatore, le domande sono state di volta in volta adattate secondo la professionalità del destinatario, e secondo le sue capacità di cogliere i temi centrali e di argomentare in modo autonomo.

L'approccio iniziale con ciascun intervistato è stato quello di definire, in modo chiaro ed essenziale, il nostro lavoro di ricerca.

Molti hanno utilizzato l'intervista come momento per sfogarsi sui problemi dell'istituto e del lavoro al suo interno. Anche in questi casi, abbiamo lasciato ampia libertà di racconto, cercando comunque di indirizzare le argomentazioni sui fenomeni di nostro interesse. Tutte le domande sono state rivolte al fine di comprendere e analizzare i nodi problematici nella gestione della salute all'interno del carcere.

Alcune interviste sono state condotte nell'infermeria dell'istituto, altre negli uffici delle singole aziende sanitarie. Ciò, non tanto per una nostra scelta, quanto piuttosto per le difficoltà riscontrate nell'ottenere un'autorizzazione per l'ingresso nell'istituto.

Le interviste condotte in carcere sono state più problematiche, data l'impossibilità di accedere con un registratore. In questi casi è stato necessario appuntare le informazioni offerte, ma ciò ha spesso spezzato il dinamismo della narrazione. Per quelle condotte al di fuori, alla fine di ogni giornata si è proceduto ad una loro integrale trascrizione, al fine di ricondurre ad insieme i dati raccolti, in vista di una successiva analisi degli stessi.

Il ruolo di intervistatore, essendo tra l'altro la prima esperienza, non sempre è stato facile. Non ci si è mai limitati ad un'acquisizione automatizzata di informazioni, piuttosto si è sempre cercato di creare le condizioni affinché l'intervistato potesse esprimere liberamente le sue percezioni. In alcuni casi la difficoltà si è manifestata nel provocare un autonomo racconto dell'intervistato, e nell'ottenere una piena fiducia e collaborazione per la ricerca condotta.

In tal senso ogni intervista ha un suo andamento e una sua focalizzazione. L'esito della conversazione è dipeso sostanzialmente dal legame empatico e di reciproca comprensione instaurato tra i due attori dell'interazione comunicativa. La scelta degli operatori sanitari quali destinatari privilegiati dell'intervista, non è dipesa tanto dai considerati protagonisti del fenomeno studiato, piuttosto si è eletta la loro conoscenza della realtà carceraria della quale, attraverso un'esperienza quotidiana, hanno una visione diretta e articolata. Nelle prossime pagine cercheremo di far dialogare i singoli operatori con il dato normativo e con la letteratura sul tema. Tutto ciò nella consapevolezza che un lavoro realmente completo necessita almeno di un altro punto di vista, e più specificatamente del punto di vista di tutti coloro che quotidianamente subiscono e cercano faticosamente di esistere all'interno della prigione.

CAPITOLO I

IL DIRITTO ALLA SALUTE TRA PRATICHE QUOTIDIANE E PRODUZIONE LEGISLATIVA

I.1 La salute oltre il diritto.

La salute è un concetto polisenso di cui appare difficile offrire una definizione unitaria.

Le sue articolazioni sembrano dipendere da situazioni preesistenti e da regole in parte predisposte dalla società di cui si è membri. La salute è una condizione psicofisica di cui raramente si ha piena coscienza e di cui raramente ci si preoccupa. Al contrario, spesso, viene ricostruita con accezioni differenti a seconda dei momenti storici e dei contesti di riferimento, ma sempre in maniera residuale rispetto al concetto di malattia.

Gadamer scrive: “Sappiamo in cosa consistono le malattie (...). La salute, invece, si sottrae curiosamente a tutto ciò, non può essere esaminata, in quanto la sua essenza consiste proprio nel celarsi. A differenza della malattia, la salute non è mai causa di preoccupazione, anzi, non si è quasi mai consapevoli di essere sani (...) implica la sorprendente possibilità di essere dimentichi di sé”¹.

La malattia dunque, intesa come presenza di un elemento patogeno che altera le dinamiche funzionali del corpo e degli organi che lo compongono², assume un ruolo fondamentale. È d'ausilio nella ricostruzione del suo contrario e, nella società contemporanea, contribuisce a ridefinire i ruoli dei membri che compongono la stessa.

La malattia è un fatto individuale e sociale (Cersosimo e Rauty, 2001). Non può

¹ Gadamer in Laura Baccaro (2003), *Carcere e salute*, Padova, Edizioni sapere, p.3.

² La medicina, in una visione prossima a quella attuale, si sviluppa nel XVI° secolo attraverso la pratica di dissezionare i cadaveri al fine di comprendere il funzionamento del corpo umano. Attraverso questa analisi “interna” furono studiati i vari organi e a ciascuno di essi venne attribuita una specifica funzione. La malattia in questo scenario veniva intesa come fenomeno che rende l'organo malato, ne altera la funzione e incide su un meccanismo più complesso minando l'equilibrio fondante. Aldo Pardi, *Politica, cura e controllo sociale. La parabola dell'antipsichiatria*, su <http://www.aperture-rivista.it/>.

essere pensata se non in relazione alla comunità di cui si è membri. La sua rappresentazione e la sua definizione sono fortemente connesse all'idea di uomo elaborata all'interno di una determinata collettività sociale (Ibidem).

La malattia inoltre è un fatto sociale che riguarda l'intero gruppo di appartenenza: oltre a destrutturare la personalità dell'individuo che ne è portatore, il suo ruolo, i compiti quotidiani e i legami affettivi, costituisce una vera e propria minaccia per tutti coloro che gli stanno accanto.

Il malato, in quanto tale, non è più in grado di adempiere le funzioni sue proprie. Questo stato comporta un percorso di isolamento sociale; il soggetto viene privato della sua dimensione sociale e collettiva per entrare contestualmente nella dimensione di malato. Tale dimensione, oltre che essere interiorizzata da colui che la vive, è percepita dal resto della società. Ciò può avvenire tutte le volte in cui la malattia non consente più all'individuo che la vive di ricoprire il suo ruolo e di adempiere alle sue responsabilità.

Questo processo di progressiva esclusione presenta forti analogie con quello che Lemert³ definiva come passaggio da una devianza primaria ad una devianza secondaria (Melossi, 2002). Nel primo stadio il malato è etichettato come tale innanzitutto dal medico che compie la diagnosi; nel secondo il malato viene restituito alla sua quotidianità sociale e finisce per riconoscere e interiorizzare il suo nuovo status. Alla conclusione di tale processo l'etichetta è stata applicata con successo.

Anche Parsons sottolinea la rilevanza della connessione tra la malattia e il contesto sociale di riferimento. Egli scrive: “La malattia è uno stato di turbamento nel funzionamento “normale” dell'individuo umano nel suo complesso, in quanto comprende sia lo stato dell'organismo come sistema biologico, sia i suoi adattamenti personali e sociali. Essa viene così definita in parte biologicamente e in parte socialmente. La partecipazione al sistema sociale è sempre potenzialmente rilevante per lo stato della malattia, per la sua eziologia

³ Lemert è uno degli anticipatori della “teoria dell'etichettamento”. Si tratta di un nuovo approccio criminologico il cui oggetto di studio è rappresentato dai processi di controllo sociale e dalla loro attitudine a produrre devianza. D. Melossi (2002), *Stato, controllo sociale e devianza*, Mondadori, Milano.

e per le condizioni di successo nella terapia, nonché per altri aspetti”⁴.

Il potere di definizione è attribuito principalmente al sapere medico che ad oggi individua disturbi di varia natura, in una ricerca costante delle fattispecie in cui inquadrarli.

Accogliendo questa nozione di malattia è possibile azzardare una correlazione della stessa con il processo di costruzione della devianza⁵.

Si tratta in entrambi i casi di situazioni idonee a interrompere, alterare e modificare lo stato di normalità. Il malato smette di essere normale nel momento in cui il suo disturbo, reale o presunto, lo allontana dal ruolo ricoperto fino a quel momento rendendolo di fatto improduttivo. Il deviante è tale dal momento in cui sceglie di non condividere l'insieme di pratiche, non necessariamente riconosciute e interiorizzate, ma comunque rispettate dalla comunità.

In questo senso tanto la malattia quanto la devianza, intese entrambe come situazioni idonee ad identificare e diversificare l'individuo, rompono il legame che sussiste tra l'individuo e la società (Cersosimo e Rauty, 2001).

È questo il presupposto dal quale si genera il processo di *medicalizzazione della società*. Più specificatamente tali autori (Ibidem) sostengono che, pur considerando le differenze sostanziali tra situazioni, sia possibile leggere uno stretto legame tra il processo di costruzione sociale della devianza e il processo di costruzione sociale della malattia. Nel primo assumono un ruolo fondamentale l'isolamento del soggetto, la sua “stigmatizzazione” e la previsione di un “trattamento”, nella maggior parte dei casi di carattere penale. Anche nel secondo fenomeno il soggetto viene dapprima posto in una condizione di marginalità per poi attribuire la gestione della sua condizione di malato ad uno specialista.

In entrambi i processi menzionati il concetto di cura appare centrale. Seppur diversi, gli strumenti trattamentali di carattere medico e di carattere penale

⁴ T. Parsons (1951), *Il sistema sociale*, p. 440, in Rocco Di Santo, *La sociologia della salute: dal dibattito epistemologico alla “valutazione della qualità del servizio”*, consultabile su <http://www.asmbasilicata.it>.

⁵ La devianza è un concetto o meglio un modello categoriale stereotipato. I devianti sono coloro che si discostano dalla prassi sociale, dalla norma e, più specificatamente, dall'accettazione della stessa. La devianza contribuisce a delimitare i confini dell'adesione e del riconoscimento del patto sociale.

mirano entrambi a ricondurre il soggetto verso uno stato di pretesa normalità. Nel contesto carcerario si curerebbe il detenuto attraverso l'inflizione di un male idoneo a ricreare i presupposti per un futuro reinserimento nella società. Nell'ambito ospedaliero invece gli strumenti della tecnica dovranno essere in grado di eliminare l'elemento patogeno. È il raggiungimento di uno stato normale perso ad essere centrale.

Tuttavia la normalità, intesa come risocializzazione dell'individuo, per quanto legislativamente assunta come funzione principale ed esclusiva, non è l'unico obiettivo del sistema penale. Quest'ultimo, a nostro avviso, sia a livello funzionale che nei criteri di legittimazione, presenta anche altri scopi, come quello della neutralizzazione e della difesa sociale. Anche in relazione a queste finalità è possibile leggere delle forti analogie con le forme di esclusione preventiva rispetto al contagio.

In ogni caso, sia che si privilegi l'aspetto normalizzante, ovvero quello neutralizzante o di difesa sociale, è ancora una volta il corpo ad esser contenuto, gestito, trattato e controllato. Riprendendo Foucault "non è la prima volta che il corpo è oggetto di investimenti così imperiosi e pressanti; in ogni società, il corpo viene preso all'interno di poteri molto rigidi, che gli impongono costrizioni, obblighi e divieti"⁶.

Attraverso queste pratiche la sanità e gli apparati che si occupano di garantire la stessa, esercitano un penetrante controllo sociale⁷ sugli individui. Tale controllo, seppur esercitato attraverso forme meno evidenti di quelle praticate dalle

⁶ M. Foucault (1975), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, p. 149.

⁷ Il termine "controllo sociale" indica un insieme di atti finalizzati a rendere un individuo conforme a una norma. E' un concetto classico delle scienze sociali di cui E. A. Ross diede un'approfondita definizione, intendendo come controllo sociale:

"tutti i fenomeni ed i processi che contribuiscono a regolare il comportamento umano e ad organizzarlo" (identificabili con) "la morale, la religione, il diritto, i costumi, l'educazione, le rappresentazioni collettive, i valori, gli ideali, i modelli di cultura, l'opinione pubblica, le forme di suggestione e convinzione, ecc...".

Per quanto si tratti di una definizione lontana nel tempo la stessa sembra essere ancora fortemente attuale. Infatti considera il controllo quale fattore idoneo ad agire sulle varie sfumature di vita di un individuo facente parte di una società. E.A. Ross, *Social control: a survey of the foundations of order*, 1901, citato in G.Campesi, *Il controllo delle "nuove classi pericolose", Sotto-sistema penale di polizia ed immigrati*, consultabile su <http://www.altrodiritto.unifi.it/>

strutture preposte alla repressione penale, non è meno pregnante e invasivo.

Per medicalizzazione della società vengono intese tutte quelle pratiche volte a trattare in termini medici situazioni che non necessariamente rientrano nell'ambito della medicina. Tale processo “nasce con la scienza medica e si compie nel nostro secolo al ritmo delle accelerazioni esistenziali e relazionali che, lungo il percorso storico, hanno reso l'uomo presente e attivo, ma anche necessariamente sano, premessa e pena, come malato, di esclusione sociale”⁸.

Alla sofferenza del malato, dovuta a disturbi che non necessariamente sono di carattere medico, ma possono essere connessi anche a fattori sociali o ambientali, si cerca di rispondere con strumenti che, seppur variegati, rientrano nell'ambito della medicina.

Da ciò consegue una tendenza del sapere medico di raccogliere ed inglobare nel suo tecnicismo una serie di disturbi che dovranno essere medicalizzati. Ma perché questo avvenga è necessario individuare i confini della malattia che si intende curare. Il potere di definizione del disagio in termini medici fa sì che, una volta individuati gli elementi tipici, lo stesso possa essere fatto rientrare nel novero delle malattie. Dalla volontà di attribuire un nome a una cosa consegue necessariamente la nascita e la riproduzione della stessa.

Questo processo, tuttavia, non potrebbe esistere senza una previa delega del soggetto nei confronti dell'Istituzione sanitaria. Il malato nei cui confronti viene effettuata una diagnosi, non si sente più in grado di leggere le manifestazioni del suo corpo e avverte il bisogno di consegnare la sua persona e la sua malattia nelle mani di un medico.

Il medico è avvertito come l'unica persona in grado di offrire risposte rassicuranti, in quanto detentore di un potere e di un sapere che ai cittadini comuni non è dato detenere e conoscere.

Una volta che la delega è avvenuta il malato si trasforma in paziente. L'etimologia latina del termine (*patiens-entis*) rimanda ad una capacità passiva di resistere del soggetto. È paziente colui che subisce un dolore, una malattia e resiste sopportandone la sofferenza. Ma è anche colui che, una volta accertato il

⁸ G. Cersosimo e R. Rauty (2001), *Riflessioni sul controllo sociale: dalla normalità della devianza alla normalità della malattia*, consultabile su <http://www.farmindustria.it>.

disturbo, diviene oggetto passivo dell'intervento e dell'azione dei sanitari (Cersosimo, Rauty, 2001).

Il processo appena descritto, a nostro avviso, raccoglie in sé un grande rischio: purtroppo pensare che qualsiasi forma di disagio possa essere risolta secondo gli strumenti della medicina, comporta necessariamente che dietro qualsiasi sintomo psicofisico sia costruita un'ipotesi di malattia.

La sanità è un costante moltiplicatore di prestazioni, e il suo essersi storicamente costruita come Istituzione tentacolare lo conferma.

Il binario corre tra malattia e devianza, sanità e pena. In quest'ottica, queste ultime altro non rappresentano se non differenti modalità di gestione e riproposizione dell'esclusione sociale provocata dalle prime.

Quando sanità e pena si intrecciano nella ricerca di uno stabile equilibrio, fenomeno tipico del contesto carcerario e oggetto della nostra analisi, la possibilità di offrire una definizione di salute appare ancora più lontana. L'equilibrio sarà raggiunto tutte le volte in cui sanità e pena siano in grado di agire contemporaneamente e di produrre i loro effetti sull'individuo che li subisce. Quest'ultimo dovrà preservare il suo stato di benessere quel tanto che basta perché la pena venga inflitta. Sotto altro punto di vista, il detenuto dovrà subire la pena; ma subire la pena e quindi assumere che la stessa sia almeno materialmente efficace, significherà anche incidere sul corpo e ridurre progressivamente lo stato di benessere.

Queste vicende si articolano in un ambiente e in un contesto intrisi di caratteristiche peculiari i quali, tutte le volte che vengono assunti come determinanti dello stato di benessere di un soggetto, comportano necessariamente la rivalutazione e la degradazione del concetto di salute ascrivibile al soggetto detenuto.

I.II Il diritto alla salute quale diritto inviolabile della persona.

Nel paragrafo precedente abbiamo sottolineato la difficoltà nell'elaborare una definizione unitaria del concetto di salute. Quest'ultimo in qualche modo travalica la mera dimensione biologica e si estende ad aspetti più propriamente

normativi.

Gli enti preposti alla creazione del diritto nel tempo hanno creato dei parametri idonei a definire gli aspetti e le situazioni che caratterizzano il diritto alla salute. Quest'ultimo è un diritto naturale dell'essere umano. Tuttavia questo assunto, per quanto possa sembrare intriso di caratteri di ovvietà, si è manifestato nella cultura giuridica in tempi relativamente recenti. Come recente è l'interpretazione dello stesso quale bene collettivo, ovvero come interesse della società a che vi siano individui sani.

L'estensione del concetto di salute ha comportato che anche lo Stato nel tempo assumesse compiti sempre più estesi. Il ruolo meramente assistenziale è così stato progressivamente sostituito dal riconoscimento in capo allo Stato del ruolo di gestore delle prestazioni sanitarie⁹.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce la salute come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del miglior stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti inviolabili di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi per farvi parte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate”*¹⁰.

Da queste parole emerge come compito dello Stato e delle sue articolazioni sia quello di attivarsi per rimuovere e per prevenire le situazioni idonee a provocare non-benessere.

Gli enti istituzionali non dovranno semplicemente gestire il sistema sanitario, ma dovranno adoperarsi per rimuovere tutti quei fattori che ostacolano l'individuo nel condurre una vita dignitosa e nel raggiungere uno stato di

⁹ Una conferma del processo relativamente recente in ambito sanitario è dato dalla legge n. 833 del 1978, la quale ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale. Prima della Riforma le prestazioni sanitarie erano erogate prevalentemente da enti mutualistici, il più importante dei quali era l'INAM. Ciascun ente era competente per una determinata categoria di lavoratori, con familiari a carico, che erano obbligatoriamente iscritti allo stesso e fruivano dell'assicurazione sanitaria per provvedere alle cure mediche e ospedaliere. L'assicurazione era finanziata con contributi versati dagli stessi lavoratori e dai datori di lavoro.

¹⁰ Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), firmata a Nuova York il 22 luglio 1946 e approvata dall'Assemblea Federale il 19 dicembre 1946.

completo benessere che include l'aspetto sanitario ma si estende anche ad elementi culturali, economici, sociali e lavorativi¹¹.

Per quanto encomiabile, tale definizione non agevola i singoli operatori nell'individuazione di azioni concrete.

La nostra Costituzione, in linea con i principi internazionali, all'art. 32 impone alla Repubblica di tutelare *“la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”* nonché di garantire *“cure gratuite agli indigenti”*.

Nei primi anni di entrata in vigore della Costituzione in dottrina prevaleva l'idea di considerare il diritto alla salute, non tanto come diritto individuale, quanto piuttosto come principio programmatico al quale lo Stato doveva attenersi.

Solo a partire dagli anni '70, grazie alle pronunce della Corte Costituzionale, il diritto alla salute è stato interpretato quale diritto *erga omnes*, immediatamente garantito dalla Costituzione. In tal senso consiste nel diritto all'integrità psico-fisica, tutelabile direttamente e azionabile dai soggetti legittimati nei confronti degli autori di comportamenti illeciti, siano essi soggetti pubblici o privati.

Più tardi, con la sentenza n. 455 del 1990, la Corte Costituzionale si è preoccupata di definire anche la dimensione positiva del diritto alla salute, consistente nella fruizione delle prestazioni sanitarie erogabili come servizio pubblico a favore dei cittadini.

Tuttavia ha precisato che sotto questo aspetto, l'erogazione dei trattamenti sanitari avviene secondo la determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione della relativa tutela da parte del legislatore ordinario.

Ciò *“ non implica certo una degradazione della tutela primaria, ma comporta che l'attuazione della tutela del diritto alla salute, costituzionalmente obbligatoria, avvenga gradualmente a seguito di un ragionevole bilanciamento con altri interessi o beni che godono di pari tutela costituzionale e con la possibilità reale e obiettiva di disporre delle risorse necessarie per la medesima attuazione”* (Corte Costituzionale, sentenza n. 455 del 1990).

¹¹ In linea con le indicazioni dell'OMS, il legislatore nazionale ha disciplinato nella Costituzione uno specifico obbligo dello Stato. Quest'ultimo ha il compito di adoperarsi per *“rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese”* (art. 3, 2° comma, Cost.).

Come emerge dal primo comma dell'art. 32 il diritto alla salute non riguarda solo l'individuo in quanto tale, ma rappresenta un interesse dell'intera collettività, la quale deve essere difesa da tutti gli elementi che possono ostacolare il godimento del diritto stesso.

Al secondo comma l'art. 32 stabilisce che *“nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*. In queste due disposizioni viene formalmente sancito il principio di autodeterminazione sanitaria, il quale si articola in due componenti, una negativa, l'altra positiva. La prima implica il diritto del soggetto di essere malato, di restare tale e dunque di sottrarsi coscientemente alle cure che gli vengono proposte; la seconda, al contrario, riconosce il diritto di scegliere tra diverse terapie, medici e luoghi di somministrazione delle cure.

Presupposto dell'autodeterminazione è il diritto del soggetto di essere adeguatamente informato circa la propria condizione, al fine di poter prestare un consenso alla terapia che sia realmente cosciente.

L'esercizio in concreto di tale diritto comporta l'elaborazione di paradigmi etici ispirati a principi di giustizia individuale e sociale.

Il principio di giustizia si manifesta nell'adozione di due distinti criteri:

- criterio di imparzialità, in virtù del quale tutti hanno diritto ad un eguale trattamento mediante la garanzia dei beni fondamentali;
- criterio dell'equa distribuzione delle risorse, inteso come diritto ad un eguale accesso ai beni al fine di garantire un'adeguata realizzazione personale¹².

Il diritto alla tutela della salute rientra nell'alveo dei diritti sociali e affonda le sue radici nei principi di solidarietà e pari opportunità. Da ciò discende il dovere dello Stato di evitare o eventualmente di rimuovere qualsiasi forma di discriminazione nell'accesso alle risorse pubbliche, affinché dal circuito sanitario non vengano esclusi singoli soggetti o intere categorie di soggetti.

L'eliminazione di irragionevoli parificazioni o di irragionevoli diversificazioni, la quale si basa sul rifiuto di considerare le persone come mere entità a sé stanti

¹² Laura Baccaro (2003), *Carcere e salute*, op. cit.

e sul riconoscimento di un'interrelazione tra i progetti di vita, è necessaria per garantire l'uguaglianza tra i cittadini.

Il rischio di escludere alcuni soggetti dal circuito dei servizi assistenziali è stato letto da alcuni autori come una tendenza degli Stati moderni. Nello specifico Wacquant (2006) nella sua opera "Punire i poveri. Il nuovo governo dell'insicurezza sociale" compie una dettagliata analisi delle connessioni esistenti tra l'arretramento delle prestazioni sociali e la riaffermazione del diritto penale, all'interno di un paese neo-liberista quale gli Stati Uniti.

L'autore sostiene che negli ultimi decenni si sia assistito ad una forte riespansione dello Stato penale, il quale si sostituisce progressivamente allo Stato assistenziale. Ciò è avvenuto principalmente attraverso due modalità. Innanzitutto si sono irrigidite le politiche penali dando luogo a quel fenomeno che è stato definito di *mass-incarceration*¹³.

Punire è un processo decisionale fortemente connesso ad esigenze di carattere politico. È un processo in cui diversi attori partecipano alla produzione di idee idonee a legittimare l'azione punitiva. In tal senso negli USA, a partire dagli ultimi decenni del secolo appena trascorso, si è deciso di guardare al crimine in maniera differente e così tutta una serie di categorie considerate pericolose, siano essi disoccupati, tossicodipendenti o senza fissa dimora, sono oggi maggiormente passibili di sanzione penale.

In secondo luogo il controllo penale ha valicato i confini delle mura carcerarie per estendersi all'interno del sistema delle prestazioni sociali. Sotto questo aspetto sono stati predisposti sempre più stringenti requisiti, e il godimento dei benefici assistenziali è stato riservato ad una fetta sempre meno consistente della popolazione. Anche i servizi sociali sono stati riorganizzati come strumenti di sorveglianza e di controllo delle categorie collocate ai margini dell'ordine

¹³ Con il termine *mass-incarceration* ci si riferisce all'aumento vertiginoso dei tassi di carcerazione. Negli USA, a partire dalle ultime decadi del XX secolo, la popolazione carceraria è sensibilmente aumentata sino a diventare un fenomeno eccezionale se paragonato all'esperienza degli altri Paesi. Le persone private della libertà e detenute nei vari istituti penitenziari sono raddoppiate in dieci anni e quadruplicate in venti.

Si tratta di un fenomeno senza precedenti che non può essere correttamente spiegato attraverso l'analisi dei tassi di delittuosità. I dati, infatti, dimostrano che non ci sono state in tal senso variazioni tali da giustificare l'iperinflazione carceraria. Al contrario, la *mass-incarceration* si è verificata in un periodo di stagnazione e di successiva diminuzione della criminalità. Wacquant (2006), *Punire i poveri. Il nuovo governo dell'insicurezza sociale*, p. 120.

economico¹⁴.

La contrazione dello Stato sociale e la riduzione della rete di sicurezza hanno contribuito all'aumento della povertà, e a ciò l'apparato statale ha deciso di reagire spiegando gli strumenti propri del diritto penale.

Wacquant sostiene che lo stesso processo riguarderà anche gli Stati europei, compresa l'Italia. Noi crediamo che tra il contesto nostrano e il contesto americano sussistano varie differenze, e le politiche in materia di erogazione di prestazioni sanitarie in parte lo confermano. Tuttavia, anche all'interno del nostro ordinamento, l'immensa scarsità di risorse finanziarie, il perseguimento di politiche di tagli dei servizi pubblici, e di politiche fortemente repressive nei confronti di determinate categorie di soggetti, quali migranti e tossicodipendenti, contribuiscono a generare e riprodurre una forte esclusione sociale.

I.III La salute nella pena.

La salute in ambito carcerario è indissolubilmente legata alla pena e agli effetti che la stessa è in grado di produrre sulla dimensione fisica e psicologica dell'individuo. Per comprendere appieno il ruolo che la salute svolge è necessario preliminarmente aver coscienza delle funzioni istituzionali e non del carcere e della pena.

Per quanto oggi possa sembrare un elemento imprescindibile e quasi naturale delle società moderne, il carcere non è sempre esistito, come non sempre è esistita l'idea della detenzione quale pena privativa della libertà¹⁵.

Sul ruolo della pena la dottrina si è più volte interrogata.

Nel nostro ordinamento, la pena detentiva è indubbiamente la più afflittiva e la

¹⁴ All'evoluzione di queste politiche ha contribuito il diffondersi dell'idea, a partire dagli anni '80, che il welfare contribuisca alla creazione di soggetti oziosi, incapaci di sottostare alla logica del mercato. In quanto tali devono essere ricondotti verso i binari del lavoro salariato e a tal fine lo strumento più idoneo è la cesura del cordone con i programmi d'assistenza.

¹⁵ Nel Medioevo la prigione era il luogo dove veniva custodito l'imputato in attesa del processo. La detenzione aveva una finalità perlopiù cautelare. Ad essere ignorato non era il carcere quale Istituzione, quanto piuttosto la pena detentiva quale pena privativa della libertà. Si trattava di un carcere preventivo e per debiti. Le pene comminate erano per natura differenti rispetto alla detenzione. La pena consisteva in una somma di danaro, nella sofferenza fisica, nell'esilio, nella gogna e nella morte. È solo a partire dal Seicento, e poi con maggiore intensità dal Settecento e i primi dell'Ottocento, che la pena detentiva inizia ad affermarsi quale pena principale (Gobbi, 2012, 40). Per quanto dal punto di vista tecnico la natura del carcere fosse diversa, ciò non toglie che spesso si trattasse di un inferno di torture e di privazioni.

più drastica delle sanzioni che è possibile irrogare affinché vengano rispettati i precetti legislativi.

Questo presupposto è riconosciuto in maniera pressoché unanime. Nonostante ciò esistono teorie che cercano di accreditare un determinato fine della pena escludendone degli altri, e altre che studiano le funzioni effettivamente realizzate dal sistema delle pene legali, indipendentemente dal fine dichiarato dall'ordinamento. Le prime sono definite ideologiche, le seconde esplicative (Pavarini, 2004, 3).

Fra le prime, i diversi orientamenti possono ricondursi a tre differenti *leitmotiv*: la retribuzione, la prevenzione generale e la prevenzione speciale.

La teoria retributiva si basa sull'idea che si debba punire *quia peccatum est*. Si tratta di una pena rivolta al passato, che si basa su ragioni etiche prima ancora che giuridiche. Il significato della pena risiede nel compensare attraverso l'inflizione di un male, il male rappresentato dal fatto commesso.

In questa concezione la pena non è caratterizzata da finalità rieducative. Davanti alla commissione di un reato lo Stato ha il dovere e il diritto di rispondere attraverso l'esercizio della potestà punitiva, la quale risponde ad un'insopprimibile esigenza di giustizia sociale.

La teoria retributiva è quella che maggiormente afferisce all'idea di giustizia radicata nell'immaginario comune. Nonostante abbia origini molto lontane, il suo affermarsi è attribuito al Cristianesimo, il quale ha contribuito al diffondersi dell'idea di una responsabilità del delinquente di carattere etico. La pena in questo senso risponde ad una colpevolezza etica e non giuridica¹⁶.

L'esigenza afflittiva verso il condannato consente una speculare soddisfazione della vittima offesa.

In Hegel “il delitto è concepito come la negazione del diritto e la pena, a sua volta, come la negazione di questa negazione” (Canestrari, 2007, 53).

Anche secondo Kant la pena non può avere altro significato che quello di una giusta retribuzione della colpevolezza per il fatto commesso (Ibidem, 52).

Nonostante gli apporti filosofici di indubbia valenza, ad oggi vi è chi sostiene

¹⁶ Per ulteriori approfondimenti sull'evoluzione storica della teoria retributiva v. S. Canestrari, L. Cornacchia, G. De Simone (2007), *Manuale di diritto penale*, Bologna, Il mulino.

che l'approccio retributivo porti con sé il rischio di derive eticizzanti. Lo Stato moderno, laico e pluralista, non può porsi come obiettivo la creazione di una giustizia di carattere assoluto.

Nella teoria della prevenzione generale l'accento si sposta sul *ne peccetur*. La pena è un mezzo volto ad evitare che vengano commessi ulteriori reati. La pena non è rivolta al soggetto punito ma all'intera collettività, la quale davanti alla punizione altrui dovrebbe desistere dal violare le norme poste dall'ordinamento.

Gli autori del filone della teoria della prevenzione generale negativa, sostengono che la pena abbia una funzione deterrente. L'inflizione di una pena afflittiva e certa agisce in maniera suggestiva sui membri della società, i quali evitano di delinquere per paura che venga loro inflitto un medesimo trattamento.

Questa ricostruzione ammette che la certezza e la drasticità del diritto penale siano strumenti necessari e sufficienti per garantire il rispetto dei precetti posti dall'ordinamento. Si punisce un unico individuo affinché tutti recepiscano le conseguenze di un eventuale comportamento simile.

Se si accogliesse questa tesi, dovrebbe anche accogliersi l'idea che, eliminata qualsiasi forma di confronto, la società si baserebbe, almeno per quanto riguarda i rapporti del cittadino con le norme di carattere penale, esclusivamente sulla paura di una punizione.

Al contrario i sostenitori della teoria della prevenzione generale positiva ritengono che, attraverso la punizione del delinquente, la cui azione è considerata ingiusta, illegittima e in quanto tale sanzionata, i membri della società finiscano per interiorizzare una serie di paradigmi etici, culturali e normativi che li allontanano dal crimine. In tal modo l'autore del reato diviene uno strumento per la realizzazione di fini che prescindono completamente dalla sua persona.

Questa teoria non presuppone solo che esista un ampio numero di valori altamente condivisi o perlomeno condivisibili, ma anche che il sistema penale sia in grado di tenerli in vita e perfino di crearli.

Infine la teoria della prevenzione speciale si focalizza sull'autore del reato. Anche qui la pena è uno strumento con cui perseguire uno specifico obiettivo, ma tale obiettivo è costruito esclusivamente sul soggetto detenuto. Si punisce

affinché il delinquente recepisca la drasticità e la certezza della reazione dell'ordinamento e si precluda di commettere ulteriori delitti.

La prevenzione speciale può configurarsi in tre distinti approcci. Si può privilegiare l'aspetto neutralizzante della pena, quello intimidatorio e infine si può perseguire la risocializzazione del detenuto (Canestrari, 2007, 61).

La neutralizzazione è finalizzata a relegare il soggetto detenuto in una condizione di incapacità materiale e giuridica. Le mura invalicabili della struttura carceraria e la certezza della pena fanno sì che il soggetto sia materialmente impossibilitato ad assumere ulteriori comportamenti devianti¹⁷.

Secondo l'approccio che privilegia la funzione intimidatoria, la pena applicata ed eseguita è idonea a coartare psicologicamente colui che la subisce, in modo talmente pregnante e drammatico da distoglierlo dal perseguire la carriera criminale.

Infine secondo la prospettiva della risocializzazione, il detenuto è considerato portatore di deficit culturali, economici e sociali che lo hanno condotto a commettere il crimine. Attraverso il carcere si offre una seconda possibilità di esistenza mediante l'elaborazione di uno specifico paradigma trattamentale. Questa seconda chance, se recepita, dovrebbe agevolare il detenuto in un progressivo reinserimento nella società¹⁸.

Passando agli approcci più propriamente sociologici, questi si caratterizzano per la volontà di individuare il fine realmente perseguito attraverso le sanzioni

¹⁷ In Italia l'aspetto neutralizzante, per quanto caratterizzi qualsiasi forma di detenzione, è particolarmente spiccato nell'applicazione del regime 41-bis. Si tratta di un trattamento particolarmente drastico basato sulla presunta pericolosità sociale di alcuni detenuti, più specificatamente degli autori di reati di terrorismo e di criminalità organizzata. Attraverso questo regime vengono sospese le normali regole trattamentali e viene fortemente limitata la possibilità di intrattenere rapporti non solo con l'esterno, ma anche con gli altri detenuti. Ciò avviene attraverso l'applicazione di norme particolarmente rigide in materia di lavoro all'esterno, corrispondenza, colloqui etc.

¹⁸ La funzione rieducativa sembra essere stata accolta dalla Costituzione la quale all'art. 27 3° comma afferma che “le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”. La disposizione è stata oggetto di un ampio dibattito dottrinale, tuttavia appare interessante il percorso della Corte Costituzionale la quale è giunta ad affermare che la funzione rieducativa è imprescindibile dal principio di colpevolezza. Più specificatamente i giudici hanno affermato: “Comunque s'intenda la funzione rieducativa, essa postula almeno la colpa dell'agente in relazione agli elementi più significativi della fattispecie tipica. Non avrebbe senso la rieducazione di chi, non essendo almeno in colpa (rispetto al fatto) non ha, certo, bisogno di essere rieducato”. Per ulteriori approfondimenti Corte Costituzionale sentenza num. 364 del 1988, consultabile su <http://www.giurcost.org>.

penali, in maniera più o meno svincolata rispetto agli obiettivi indicati dal legislatore.

Una parte della sociologia del diritto penale legge nel sistema delle pene un abile strumento per esercitare il controllo sociale. In quest'ottica, non unica all'interno delle visioni sociologiche, in una società profondamente diversificata la pena ha la funzione di differenziare lo status dei soggetti. Tuttavia, essendo la pena rivolta per lo più a soggetti marginali, la sua funzione di differenziazione si traduce in funzione emarginatrice. Sotto questo punto di vista il carcere genera e riproduce disuguaglianza sociale e, attraverso l'incidenza sullo status sociale del soggetto deviante, contrae la mobilità sociale (Pavarini, 2004, 4).

La sanzione penale rappresenta così il vertice di un processo di selezione molto più variegato che si articola nelle varie Istituzioni che compongono la società. Tale processo è demandato a differenti agenzie quali la famiglia, le scuole, gli ospedali, e più in generale gli enti che si occupano dell'erogazione di servizi pubblici.

Analizzate rapidamente le principali teorie sulla funzione della pena, occorre riconcentrarsi sulla natura afflittiva della stessa. Se ammettiamo che la detenzione rappresenti l'infrazione di un male legalizzato, appare complesso affermare successivamente che dentro il carcere esista la possibilità di creare dei presupposti idonei a garantire il benessere fisico e psichico di coloro che lo abitano. In altri termini sembra un paradosso il voler pensare che, da una parte, sia necessario provocare sofferenza perché il soggetto recepisca la gravità del suo comportamento deviante e, dall'altra, mobilitarsi affinché questa sofferenza non pervada eccessivamente il corpo e la mente del condannato, eliminando anche le più elementari forme di salute.

Si punisce la componente umana, ma allo stesso tempo la si preserva.

L'ingresso in carcere è un evento drammatico che sconvolge l'equilibrio di ciascun individuo, altera i sensi, rimodula il corpo, la concezione del tempo e dello spazio. La permanenza al suo interno prosegue nell'opera di destabilizzazione finendo così per rimodellare la visione di sé e del proprio star bene.

Coscienti dello stretto legame tra la dimensione punitiva e la dimensione

sanitaria del fenomeno carcerario, nel prossimo paragrafo cercheremo di elaborare una definizione della salute in ambito carcerario.

I.IV La tutela della salute nel contesto carcerario.

Il detenuto spesso è considerato un soggetto altro, con diritti diversi, degradati rispetto al cittadino libero, talvolta contrastanti con il principio secondo il quale l'uomo ha diritti propri in quanto essere umano. Gran parte della dottrina da decenni avanza tesi volte a restituire dignità al contesto carcerario. In questa visione il detenuto, con l'ingresso in carcere, perderebbe esclusivamente, salvo casi eccezionali, la libertà di movimento e di conseguenza continuerebbe ad essere titolare degli altri diritti inviolabili in quanto essere umano.

Tuttavia, a nostro avviso, la titolarità di carattere prettamente giuridico presuppone sempre una componente attiva, ovvero la possibilità in capo al soggetto di esercitare materialmente il diritto riconosciutogli.

Molto spesso in carcere l'esercizio dei diritti appare meramente potenziale e raramente attuale.

Inoltre questa ricostruzione pecca di eccessivo apriorismo nel non considerare complessivamente il contesto carcerario, e tutto ciò che da una riflessione in tal senso consegue. Parlare di salute comporta necessariamente “il cimentarsi per costruire un equilibrio dialettico tra il soggetto e l'ambiente, cioè fra le varie istanze istituzionali, è creare un dialogo circolare, non è solamente la cura del momento e del bisogno. In concreto parlare di salute è considerare il soggetto come “persona” inserita in un “contesto” nel quale deve avere la possibilità di esplicitare il suo diritto” (Baccaro, 2003).

Partendo da questo assunto ci chiediamo allora quale forma di salute possa essere riconosciuta e garantita ai cittadini detenuti, su quale parte restante del corpo e della mente debbano essere costruiti i percorsi terapeutici, e quale sia il risultato ottimale che con gli stessi si può conseguire.

L'OMS con l'emanazione delle direttive note come “Principio di equivalenza delle cure” sancisce l'inderogabile necessità di garantire al detenuto le stesse

cure, mediche e psico-sociali, che sono assicurate a tutti gli altri membri della comunità. La garanzia di equità nella tutela della salute per tutti i cittadini è l'obiettivo che devono perseguire tutti i sistemi sanitari nazionali.

Per quanto attiene la normativa nazionale, una prima norma di riferimento è data dall'art 2 Cost. il quale dispone che *“la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”*.

La formazione sociale in cui si svolge la personalità del soggetto detenuto è il contesto carcerario. Spetterebbe allo Stato anche in tal caso, o forse a maggior ragione in virtù di un contesto dallo stesso predisposto, garantire una piena tutela del diritto alla salute.

Inoltre il decreto legislativo 230 del 1999, il quale ha trasferito le competenze in materia sanitaria dal Ministero di Grazia e Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, sancisce più specificatamente il diritto alla salute di detenuti e internati affermando che *“i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini liberi, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei Piani sanitari regionali ed in quelli locali”*.

Per quanto questa Riforma abbia il pregio di sottrarre l'erogazione di prestazioni sanitarie ad un'Istituzione prettamente custodiale, parlare di tutela della salute in carcere appare comunque problematico. È inevitabile ragionare sulla conflittualità e sulla contraddittorietà dei processi all'interno dei quali si può effettivamente raggiungere una piena realizzazione della salute. Infatti, tra la volontà di garantire la salute quale mera assenza di alterazioni fisiche o psichiche, e la volontà di mobilitarsi affinché attraverso la salute si raggiunga un pieno stato di benessere individuale e sociale, che sia rispettoso dei desideri, dei progetti e degli obiettivi di realizzazione ed emancipazione di ciascun individuo, si apre una spazio enorme. E tale spazio, seppur rilevante anche nel contesto extramurario, aumenta ancor di più, purtroppo propendendo verso la prima soluzione, tutte le volte in cui ci si riferisce alla salute dei soggetti detenuti.

Da ciò deriva la necessità di ricalibrare le definizioni sinora offerte del concetto di salute.

A noi sembra maggiormente attinente alla realtà dell'Istituzione penitenziaria intendere la salute in modo degradato, appiattito, ridotto ai livelli minimi.

Il detenuto è necessario che sia sano perché altrimenti non potrebbe essere considerato responsabile secondo i principi del diritto penale, ma dev'essere anche sufficientemente malato, Altro, perché possa giustificarsi la cura della pena. Quest'ultima agirà sulla componente sana cercando di rendere il soggetto consapevole e cosciente dell'errore commesso; ma agirà anche sulla componente malata attraverso l'esplicarsi della sua presunta valenza rieducativa. È in questo costante processo di alternanza tra salute, pena e malattia che si concretizza l'essenza del fenomeno carcerario. Ma si tratta di un processo che esplica i suoi effetti sull'individuo il quale dovrà essere in grado di recepirli.

In questo senso perché un soggetto detenuto possa essere considerato sano è sufficiente che non sia affetto da malattie conclamate, gravi patologie, disturbi cronici e che non ponga in essere comportamenti antisociali¹⁹. Qualora siano presenti stati patologici, questi verranno gestiti con attività di routine affinché non degenerino in esiti drammatici. Da un punto di vista più strettamente psicologico quel che assume valenza è la capacità di adattamento del soggetto, e la sua attitudine a recepire diligentemente le istanze istituzionali.

Si tratta insomma di un diritto la cui titolarità risiede nel fruire di un servizio che effettivamente viene garantito, ma le cui finalità ultime risiedono nella possibilità di mantenere un accettabile stato di salute fisica, e nel sostenere le capacità di adattamento del detenuto al disagio mentale indotto dalla reclusione (Gobbi, 2012).

Goffman ritiene che gli internati si servano di differenti modalità di adattamento, le quali dipendono dalla fase dell'esperienza detentiva ovvero vengono combinate alternativamente (Goffman, 1961, 88-91).

Queste modalità possono essere raggruppate in quattro distinti schemi d'azione.

¹⁹ Questi elementi degradati del benessere possono essere ascritti anche ai soggetti liberi, soprattutto in momenti di arretramento delle prestazioni sociali. Tuttavia i cittadini liberi, rispetto ai detenuti, godono di una maggiore possibilità di autodeterminazione rispetto alla loro condizione di benessere, che può prescindere in tutto o in parte dall'intervento istituzionale.

Il primo viene definito dall'autore come “*ritiro dalla situazione*”. L'internato riduce progressivamente il proprio coinvolgimento rispetto alla situazione di cui fa parte. La sua partecipazione si limita al soddisfacimento di bisogni di carattere fisico, si chiude in sé stesso ed elimina qualsiasi rapporto con l'esterno. La “*psicosi carceraria*” e “*l'istituzionalizzazione carceraria*” sono rappresentative di questa modalità di adattamento.

Il ritiro è manifestazione di un senso d'impotenza nei confronti del Sistema, il quale difficilmente potrà adoperarsi affinché l'internato modifichi il suo atteggiamento.

Un secondo schema è definito della “*linea intransigente*”. L'internato entra volontariamente in conflitto con l'Istituzione e rifiuta qualsiasi forma di collaborazione con il personale, il quale conserva il potere di esercitare azioni volte a contenere o a domare l'internato.

Secondo Goffman si tratta di una reazione temporanea che caratterizza il periodo iniziale.

Un'ulteriore modalità di adattamento è quella definita “*colonizzazione*”. Il detenuto accetta senza riserve e in modo relativamente entusiasta la dimensione di cui fa parte. Ricostruisce la sua esistenza secondo le prassi istituzionali, e discredita ciò che avviene all'esterno del contesto carcerario al fine di avvalorare maggiormente la sua realtà.

Infine, un quarto modo di adattamento è quello della “*conversione*”. L'internato cuce su di sé il ruolo che gli è attribuito dall'ordinamento. Accetta la condanna e assume comportamenti moralistici e disciplinati. Il suo atteggiamento, nella visione degli operatori che lavorano all'interno del penitenziario, rappresenta la modalità ottimale di interpretare la realtà di cui fa parte.

Goffman conclude sostenendo che queste quattro modalità di adattamento spesso si intrecciano nella forma definita del “*prendersela calma*”. Questa è data dalla combinazione di differenti atteggiamenti a seconda della situazione di riferimento. Il detenuto piega il capo davanti alle pretese istituzionali in modo da non essere bersaglio di ulteriori pressioni, ma condivide la volontà del gruppo di contrastare l'Istituzione. Questa modalità gli consente di raccogliere il massimo delle opportunità che gli vengono offerte, senza però sottostare alla logica

entusiasta della “colonizzazione”.

Anche Clemmer si è interrogato sugli effetti che la carcerazione produce sull'individuo ed è stato il primo a coniare il termine *prisonizzazione* (Melossi, 2002). Con tale termine l'autore vuole sottolineare il verificarsi in carcere di un processo di assimilazione da parte dei detenuti, in grado maggiore o minore, degli usi, dei costumi, delle abitudini praticate nel contesto carcerario.

L'individuo una volta assunta coscienza circa il proprio status, attraverso il contatto con gli altri detenuti, finisce per interiorizzare tutto l'insieme di valori e di norme che governano qualsiasi aspetto della vita carceraria. Questo processo conduce inevitabilmente alla ridefinizione dell'identità e ad una progressiva rottura dei legami con il mondo esterno.

Questi sono solo alcuni degli apporti criminologici che hanno contribuito a sottolineare l'importanza del ruolo che l'ambiente riveste nell'esperienza detentiva. Un ambiente in grado di manipolare e riscrivere la personalità di coloro che lo vivono, di ridimensionare il corpo e le pretese nei confronti dello stesso.

Per cui se si ammette che il contenuto del diritto alla salute risieda nelle capacità individuali del soggetto di esistere e resistere all'ambiente, al fine di mantenersi fisicamente e mentalmente indenne, d'altra parte risulta spontaneo domandarsi come mai le Istituzioni continuino a muoversi per rimodulare il sistema sanitario penitenziario. La Riforma attuata con il d.lgs 230 del 1999 ha sicuramente gettato le basi per una progressiva estensione della tutela offerta ai soggetti detenuti. Tuttavia occorre domandarsi se interventi di carattere prettamente gestionale e organizzativo siano in grado di penetrare il contesto carcerario in tutte le sue articolazioni. A nostro avviso esiste una tendenza degli strati più alti dell'apparato statale a riversare verso il basso responsabilità e doveri che mal si conciliano con le scelte compiute ai vertici del processo decisionale. In tal senso occorre verificare se la Riforma sulla salute negli istituti di pena, la cui attuazione è demandata agli enti locali e per loro ai professionisti che operano in carcere, sia utile e al contempo sufficiente a modificare e rimodulare le modalità di gestione, le pratiche e le finalità attribuite al carcere e alla pena detentiva.

CAPITOLO II

ANALISI DEL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE

II.I Il servizio sanitario nell'ordinamento penitenziario.

La legge penitenziaria 354 del 1975 contenente “Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure di sicurezza” rappresenta il cosiddetto “ordinamento penitenziario”.

La stessa si è sostituita al regolamento penitenziario fascista, emanato nel 1931 dal Ministro della giustizia Rocco.

Si tratta di una Riforma approvata in un particolare momento storico, nel quale il carcere veniva spesso mosso dalle rivolte dei detenuti che, attraverso la creazione di disordine, chiedevano a gran voce l'approvazione di un nuovo regolamento. Oltre alle lotte interne, il carcere iniziava a cambiare fisionomia accogliendo categorie di detenuti fino a quel momento sconosciute.

Fino agli anni '70 infatti il legislatore accoglieva un'immagine stereotipata della popolazione detenuta. Nell'immaginario comune il detenuto medio era una persona debole, di provenienza prevalentemente meridionale, analfabeta, di origine contadina e priva di qualsiasi professionalità operaia²⁰. Si trattava di un detenuto relativamente “tranquillo”, incapace di pregiudicare l'assetto disciplinare dell'istituto.

Tuttavia questa immagine venne presto superata. Iniziavano a comparire nello scenario carcerario i primi detenuti politici, condannati per reati di terrorismo e criminalità organizzata.

In relazione a questi soggetti, considerati altamente pericolosi, nasceva l'esigenza di predisporre adeguate misure finalizzate a garantire uno stabile livello di sicurezza all'interno della struttura.

La Riforma del '75 intercetta così un momento di radicale cambiamento.

²⁰ Pavarini e Guazzaloca (2004), *Corso di diritto penitenziario*, Edizioni Marina, Bologna, p. 95-96.

Abbraccia l'approccio correzionalistico, e più specificatamente l'idea di una pena volta alla risocializzazione del reo. Il raggiungimento di questo obiettivo presuppone la definizione di uno specifico trattamento intra-murario. Quest'ultimo contiene l'insieme delle prescrizioni e delle pratiche quotidiane che concorrono a garantire il rispetto della disciplina dell'universo carcerario e che, in questo senso, incidono su vari aspetti dell'esperienza del detenuto.

L'art 1. dell'ordinamento penitenziario stabilisce che il trattamento penitenziario “deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona”²¹. Secondo la lettera della norma, il rispetto della dignità e dell'umanità del detenuto, si configurano come limiti al potere e alla discrezionalità dello Stato nella gestione dei detenuti. Ne consegue che la potestà punitiva, per quanto legalmente riconosciuta, non possa in nessun caso pregiudicare i diritti inviolabili della persona umana.

La disposizione continua disciplinando il fine specifico del trattamento, ossia la risocializzazione attraverso la rieducazione e attraverso il mantenimento dei contatti con l'ambiente esterno. Sempre nell'ottica del legislatore, perché l'obiettivo sia quantomeno perseguibile è necessario che le disposizioni trattamentali siano individualizzate e rispondano alle reali esigenze di colui che le subisce.

L'individualizzazione è il risultato di un'attività che si snoda nella triade osservazione-diagnosi-cura. L'art. 13 o.p. dispone che i condannati e gli internati siano sottoposti ad “osservazione scientifica” della personalità al fine di rilevare le carenze fisiopsichiche e le altre cause del disadattamento sociale.

L'osservazione è compiuta all'inizio dell'esecuzione e proseguita nel corso di essa, da parte di un'equipe composta dal direttore dell'istituto e da alcuni esperti come criminologi, psichiatri ed educatori.

In base ai risultati ottenuti, per ciascun condannato e per ciascun internato, sono elaborate una serie di indicazioni sul trattamento rieducativo ed è predisposto un “programma individualizzato”, il quale può essere modificato e integrato nel corso della detenzione.

Nel testo della norma la definizione di un programma individualizzato aveva la

²¹ Art 1, 1° comma l. 354 del 1975, consultabile su <http://www.normattiva.it/>.

funzione di predisporre tutta una serie di misure, pratiche e azioni volte ad accompagnare il detenuto in un processo di revisione del proprio comportamento. Durante il percorso il detenuto doveva interiorizzare una serie di paradigmi comportamentali ritenuti idonei ad evitare la recidiva, e ad attenuare la pericolosità sociale.

L'accettazione del trattamento, intesa come progressiva risocializzazione, veniva valutata in base all'adesione e alla partecipazione del detenuto a programmi educativi, corsi di formazione e proposte lavorative.

Altrettanto importanti erano i rapporti con gli operatori penitenziari, con gli altri detenuti e con la famiglia²².

Questa fisionomia del programma individualizzato non ha mai penetrato l'universo carcerario. Nei fatti il trattamento intramurario è sempre stato utilizzato per garantire e per mantenere l'ordine e la sicurezza, e ciò attraverso lo sviluppo di un'ideologia premiale. Il detenuto decide di partecipare o meno ad attività, corsi, programmi a seconda dei vantaggi che tale partecipazione gli comporta.

Più specificatamente “il trattamento penitenziario finisce per offrirsi come l'insieme di occasioni all'interno delle quali il sistema dei premi e dei castighi può concretamente svilupparsi (...) il solo parametro di valutazione della condotta del detenuto è quello che risponde al grado di problematicità o di resistenza dello stesso stesso all'ordine carcerario” (Pavarini, Guazzaloca, 2004). Tuttavia, per quanto questa ricostruzione appaia maggiormente fedele alla realtà carceraria, da un punto di vista più strettamente giuridico, la previsione di un trattamento risocializzante fa sorgere in capo allo Stato il dovere di predisporre tutta una serie di precondizioni che consentano al detenuto di godere, ove lo ritenga opportuno, delle possibilità rieducative delineate nel programma.

Ciò significa che lo Stato, una volta riconosciuta la rieducazione quale obiettivo principale della pena, dovrà mobilitarsi per garantire ai detenuti di fruire di tutta

²²Questa finalità emerge dall'indicazione degli elementi che devono concorrere a definire il trattamento penitenziario. L'art. 16 l. 354 del '75 dispone che “il trattamento del condannato e dell'internato è svolto avvalendosi principalmente dell'istruzione, del lavoro, della religione, delle attività culturali, ricreative e sportive e agevolando opportuni contatti con il mondo esterno ed i rapporti con la famiglia. Ai fini del trattamento, salvo casi di impossibilità, al condannato e all'internato è assicurato il lavoro”.

una serie di servizi strumentali alla risocializzazione.

In tal senso, limitatamente alle prestazioni di carattere sanitario, l'ordinamento penitenziario contiene una serie di norme che possono essere raggruppate in due distinte categorie. La prima contiene norme di carattere preventivo, ossia norme predisposte al fine di garantire la salute della generalità dei reclusi. Si collocano in tale categoria alcune delle disposizioni contenute nel capo II "condizioni generali" relative all'edilizia penitenziaria, al vestiario e al corredo, all'igiene personale, all'alimentazione e alla permanenza all'aperto.

Nel secondo settore sono invece ricomprese norme che disciplinano le cure e gli interventi di assistenza sanitaria da espletare nei confronti dei singoli detenuti. La principale norma di riferimento per comprendere come viene garantito il diritto alla salute in ambito penitenziario è l'art. 11 o.p.

Questo prevede innanzitutto che ogni istituto sia "dotato di servizio medico e di un servizio farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati; dispone, inoltre, dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria".

Se, sulla base di indicazioni relative alle esigenze sanitarie della popolazione detenuta, tali servizi non sono sufficienti, dovranno essere organizzati opportuni reparti clinici e chirurgici.

Per quanto riguarda l'attività di carattere preventivo, l'art. 17 del d.p.r. 230 del 2000 prevede che "in ogni istituto devono essere svolte con continuità attività di medicina preventiva che rilevino, segnalino ed intervengano in merito alle situazioni che possono favorire lo sviluppo di forme patologiche, comprese quelle collegabili alle prolungate situazioni di inerzia, e di riduzione del movimento e dell'attività fisica".

Ai sensi del 2° comma dell'art. 11 o.p. "ove siano necessari cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti, i condannati e gli internati sono trasferiti, con provvedimento del magistrato di sorveglianza, in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura".

Il ricovero in luoghi esterni è necessario e deve essere garantito tutte le volte in cui all'interno dell'istituto non sia possibile offrire prestazioni sanitarie adeguate.

Si tratta di un preciso diritto e non semplicemente di una concessione

discrezionale e meramente eventuale.

Il provvedimento autorizzativo per gli imputati, dopo la pronuncia della sentenza di primo grado, per i condannati e per gli internati è adottato dal magistrato di sorveglianza; prima della pronuncia della sentenza di primo grado è adottato dal giudice istruttore.

Nei casi di assoluta urgenza, che non rendono possibile attendere una pronuncia della competente autorità giudiziaria, il direttore dell'istituto può predisporre direttamente il trasferimento del detenuto o dell'internato dandone immediato avviso al magistrato competente, al D.A.P e al provveditore regionale²³.

L'atto attraverso il quale viene negato il ricovero in una struttura esterna non è autonomamente impugnabile. La giurisprudenza infatti ritiene che si tratti di un provvedimento di carattere amministrativo finalizzato a regolare il regime carcerario, e in quanto tale non ricompreso nei provvedimenti idonei ad incidere sulla libertà personale dei soggetti detenuti²⁴.

Per quanto riguarda le modalità di garantire la sicurezza e di arginare il pericolo di fuga è previsto un generale obbligo di piantonamento durante la degenza, il quale potrà essere escluso tutte le volte in cui non risulti necessario.

Ritornando all'interno delle mura carcerarie, l'art 11 prosegue disciplinando l'attività sanitaria al momento d'ingresso nell'istituto. Più specificatamente il detenuto, non oltre il giorno successivo a quello dell'incarcerazione, è sottoposto a visita medica generale allo scopo di accertare eventuali malattie psichiche o fisiche.

Le visite sanitarie devono inoltre essere garantite con periodici e frequenti riscontri indipendentemente da una apposita richiesta da parte del detenuto. Con altrettanta frequenza dovrà essere valutata l'idoneità dei soggetti rispetto al lavoro a cui sono addetti.

Dunque la visita d'ingresso, i controlli periodici, e le visite ai fini lavorativi devono essere obbligatoriamente eseguite dal sanitario competente, indipendentemente da una specifica richiesta del detenuto.

²³ Vedi art. 17 comma 8°, d.p.r 230 del 2000.

²⁴ *La tutela della salute nella legge penitenziaria*, inchiesta di Ristretti orizzonti, consultabile su <http://www.ristretti.it/>

Tale carattere di obbligatorietà potrebbe a prima vista porsi in contrasto con l'art. 32 comma 2° Cost., il quale sancisce che non può essere predisposto nessun trattamento di carattere obbligatorio senza il consenso di colui che lo subisce.

Il principio di autodeterminazione infatti comporta, nella sua componente negativa, la possibilità per chiunque di non informarsi circa il proprio stato o, se cosciente della malattia, di rifiutare qualsiasi terapia.

La previsione di una visita d'ingresso obbligatoria sembra violare tale facoltà costituzionalmente garantita. Tuttavia questo contrasto in carcere è spesso ritenuto inapplicabile, e l'assetto comunitario dello stesso comporta la necessità di monitorare costantemente le condizioni di salute dei detenuti al fine di evitare fenomeni di contagio.

Sotto altra prospettiva, e queste dovrebbero essere le funzioni preminenti della prima visita, è necessario, da una parte, controllare che il detenuto non abbia subito maltrattamenti e lesioni da parte della polizia durante la fase di cattura²⁵ e, dall'altra, rilevare eventuali cause influenti perché venga disposto il rinvio dell'esecuzione della pena²⁶.

Tuttavia, a nostro avviso, la visita obbligatoria come le altre visite sopra menzionate sono predisposte al fine di arginare fenomeni di contagio. Obiettivo

²⁵ Ruotolo (2002), *Diritto alla salute e trattamenti sanitari*, su <http://www.ristretti.it/>.

²⁶ Il rinvio o deferimento dell'esecuzione della pena è uno strumento riconosciuto ai condannati che versino in precarie condizioni di salute.

L'art. 146 c.p. dispone il rinvio obbligatorio quando il condannato è affetto da A.I.D.S. conclamata, da grave deficienza immunitaria, o da altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione. L'incompatibilità si ha quando la persona è in uno stato della malattia così avanzato da non rispondere più ai trattamenti sanitari praticati in carcere.

L'art. 147 c.p. disciplina il rinvio facoltativo per chi si trova in "condizioni di grave infermità fisica". La disposizione non offre alcuna definizione del concetto di infermità e nella giurisprudenza sono presenti orientamenti difformi. Quello maggiormente conforme al dettato costituzionale dispone che: " Ai fini del differimento dell'esecuzione di una pena restrittiva della libertà personale ex articolo 147 c.p. non è sufficiente che l'infermità fisica menomi in maniera anche rilevante la salute del soggetto e sia suscettibile di generico miglioramento mediante il ritorno alla libertà, ma è necessario invece, che l'infermità sia di tale gravità da far apparire l'esecuzione della pena detentiva in contrasto con il senso di umanità cui si ispira la norma costituzionale. Neanche la prognosi infausta *quoad vitam* crea, automaticamente, un contrasto fra l'esecuzione della pena ed il senso di umanità né rende di per sé operativa la disposizione dell'articolo 147 n. 2 codice penale, ma occorre che la malattia sia, allo stato, di tale gravità da escludere, ad un tempo, la pericolosità del condannato e la sua capacità di avvertire l'effetto rieducativo del trattamento penitenziario". Cass. pen., sez. I, 14 marzo 1987. Pratelli, *Incompatibilità tra condizioni di salute e stato di detenzione*, consultabile su <http://www.altrodiritto.unifi.it/>.

principale è attenuare i fattori di rischio connessi alla promiscuità del contesto carcerario.

Questa finalità sembra confermata dal proseguo dell'art 11 o.p. il quale impone che, qualora venga sospettata o riconosciuta la presenza di una malattia contagiosa, sia disposto l'isolamento del detenuto o dell'internato.

Sempre a conferma della necessità di preservare i detenuti e gli internati non affetti da patologie, l'art. 33 dispone che l'isolamento continuo nell'istituto penitenziario può essere prescritto anche per ragioni sanitarie.

L'isolamento continuo, misura altamente pregiudizievole per l'equilibrio fisico e mentale di chi lo subisce, può essere disposto nei confronti del detenuto, dell'internato, dell'indagato e dell'imputato sottoposto a custodia cautelare.

La misura è disposta dal medico tutte le volte in cui ritiene che esista la possibilità di curare il detenuto all'interno dell'istituto penitenziario.

L'isolamento si svolge in appositi locali dell'infermeria o in reparti clinici.

Gli operatori sanitari devono monitorare costantemente le condizioni di salute del paziente, e devono offrire allo stesso un opportuno sostegno morale.

Né l'art. 33 o.p., né l'art 73 del regolamento esecutivo disciplinano il contenuto dell'isolamento. Tuttavia appare lecito sostenere che in nessun caso potrà concretizzarsi in misure contrarie ai diritti costituzionalmente garantiti.

Nonostante i limiti che il legislatore potrà nel tempo disporre, anche in questo caso la sicurezza dell'istituto e degli altri detenuti sembra legittimare le pratiche sanitarie.

Qualora venga sospettata la presenza di malattie di carattere psichico dovranno essere assunti senza indugio i provvedimenti opportuni, il cui contenuto non è specificatamente indicato. L'obiettivo, in tali ipotesi, è quello di contenere il disturbo affinché non vengano posti in essere comportamenti autolesionistici.

L'accertamento delle condizioni psichiche è compiuto all'interno dell'istituto, o in un istituto differente, qualora il servizio diagnostico del primo risulti inadeguato.

Inoltre, quando si ravvisa la necessità di disporre particolari accertamenti, i detenuti e gli internati sono assegnati a determinati centri di osservazione. Tale attività non può avere una durata superiore ai trenta giorni.

All'esito dell'osservazione, se il detenuto risulta affetto da un'infermità psichica incompatibile con la prosecuzione della detenzione, l'autorità competente può disporre il trasferimento in un O.P.G oppure il ricovero in una casa di cura e di custodia.

Inoltre, nei confronti dell'infermo e del seminfermo di mente che continua ad espiare la pena in carcere, sono applicabili ulteriori disposizioni: la corrispondenza può essere sottoposta a visto di controllo per esigenze terapeutiche; le stesse esigenze possono comportare limitazioni nella concessione di permessi premio e nell'autorizzazione alla corrispondenza telefonica; possono essere assegnati ad attività ergoterapiche e possono essere esclusi dalla rappresentanza (art. 20 regolamento esecutivo).

Per i detenuti o internati infermi e tossicodipendenti è prevista una forte collaborazione con il servizio territoriale per le tossicodipendenze (SERT) e con il servizio psichiatrico.

Il detenuto può rifiutare l'assistenza prestata dagli operatori impiegati nell'istituto e può chiedere di essere visitato da un medico di fiducia (art. 11). Tuttavia, in tal caso, le spese per le prestazioni sanitarie restano a suo carico. Inoltre “con le medesime forme previste per la visita a proprie spese possono essere autorizzati trattamenti medici, chirurgici e terapeutici da effettuarsi, a spese degli interessati, da parte di sanitari e tecnici di fiducia, nelle infermerie o nei reparti clinici e chirurgici degli istituti” (art. 17 comma 8, regolamento esecutivo).

In tal modo viene parzialmente riconosciuta la possibilità del detenuto di autodeterminarsi. Ma tale scelta non è libera; infatti anche in questo caso è necessaria un'apposita autorizzazione. Quest'ultima dev'essere fornita dal magistrato che procede sino alla pronuncia della sentenza di primo grado; dal direttore dell'istituto per i condannati, per gli internati e per gli imputati nei cui confronti sia stata pronunciata la sentenza di primo grado.

In linea con la disciplina relativa al ricovero esterno, anche questo provvedimento non è soggetto ad impugnazione.

La logica è la stessa: si tratta di un provvedimento di carattere amministrativo relativo al regime carcerario e, in quanto tale, non idoneo ad incidere sulla

libertà personale del detenuto, internato o imputato.

Tuttavia tale autorizzazione potrà essere negata fino alla pronuncia delle sentenze per esigenze cautelari; dopo la pronuncia, e quindi durante la carcerazione, per esigenze securitarie. Occorre domandarsi, in assenza di un'apposita previsione normativa, quale livello di discrezionalità esista dietro tali motivi di diniego.

L'assenza in capo al detenuto di qualsiasi forma di tutela in relazione ai provvedimenti appena menzionati, rende impossibile un controllo sulle motivazioni che sorreggono gli stessi.

Queste sono solo alcune delle disposizioni contenute nell'ordinamento penitenziario volte a disciplinare il diritto alla salute all'interno del carcere.

Nell'impianto iniziale della Riforma del '75, la gestione e l'organizzazione della sanità negli istituti penitenziari erano attribuite esclusivamente al Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria.

Neanche la legge 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, modificava tale impostazione. Infatti nel riordino della sanità pubblica non era ricompresa la medicina penitenziaria. Tuttalpiù il Dap poteva richiedere la collaborazione dei servizi sanitari pubblici.

Tuttavia l'entrata in vigore di questa normativa contribuiva ad accelerare un dibattito nel quale si fronteggiavano principalmente due orientamenti. Uno costituito da coloro che rivendicavano l'autonomia della medicina penitenziaria, in ragione dei caratteri di specialità della stessa; un altro costituito da coloro che ritenevano che il Servizio Sanitario Nazionale avrebbe progressivamente assorbito anche l'ambito della sanità penitenziaria.

Questo dibattito fu composto dal parere del Consiglio di Stato n. 305 del 1987, il quale si esprimeva confermando un'esclusiva competenza dell'amministrazione penitenziaria nell'ambito della tutela della salute dei detenuti. Più specificatamente si stabiliva che l'assistenza sanitaria rientrasse “tra i compiti riservati allo Stato, da svolgere con le preesistenti strutture del servizio sanitario penitenziario”²⁷.

²⁷ Starnini (2009), *Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale*, in *“Autonomie locali e servizi sociali*, Il mulino, n. 1 del 2009.

Si trattava di un contrasto pronto a riesplodere pochi anni dopo, il quale avrebbe condotto all'adozione della legge delega n. 419 del 1998, finalizzata al riordino della medicina penitenziaria, all'interno di una più ampia razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

II.II Il passaggio di competenze al Servizio Sanitario Nazionale.

Il decreto legislativo n. 230 del 1999 ha sancito il passaggio del personale sanitario e delle risorse dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale.

Più nello specifico il decreto all'art. 8 stabilisce che, a partire dal primo gennaio del 2000, “sono trasferite al Servizio Sanitario Nazionale le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti”.

Inoltre, attraverso un decreto emanato il 20 aprile del 2000, è stato disposto il trasferimento di tutte le altre funzioni in tre Regioni sperimentali, individuate nel Lazio, nella Toscana e nella Puglia.

Tale sperimentazione, prorogata fino al 30 giugno del 2003, è stata estesa ad altre Regioni che ne hanno appositamente fatto richiesta nei 30 giorni successivi all'entrata in vigore del d.lgs 433 del 2000: Emilia-Romagna, Molise e Campania.

Da un punto di vista più strettamente formale, la Riforma sancisce un nuovo riparto di competenze tra i soggetti istituzionali che a vario titolo contribuiscono all'erogazione di prestazioni sanitarie all'interno degli istituti penitenziari.

Il nuovo assetto disciplinato dall'art. 3 può essere così sintetizzato:

- il **Ministero della Sanità** esercita funzioni in materia di programmazione, di indirizzo e di coordinamento del Servizio Sanitario Nazionale negli istituti;
- le **Regioni** esercitano funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti, e si occupano di vigilare sul funzionamento dei servizi medesimi;
- le **Aziende sanitarie locali** hanno competenze in materia di gestione e di controllo sul funzionamento dei servizi sanitari negli istituti penitenziari. È

inoltre stabilita una diretta responsabilità del Direttore generale per la mancata applicazione, e per i ritardi nell'attuazione delle misure previste ai fini dello svolgimento dell'assistenza sanitaria penitenziaria;

- all'**Amministrazione penitenziaria** è riconosciuta un'autonoma funzione di impulso: spetta alla stessa vigilare sulla concreta osservanza di tali adempimenti ed eventualmente segnalare, nel caso di inerzia, alle Aziende sanitarie locali, alle Regioni e al Ministero della Sanità, la mancata osservanza delle disposizioni del decreto. Inoltre l'amministrazione penitenziaria è tenuta a garantire la sicurezza all'interno degli istituti e nei luoghi esterni di cura.

Per rispondere agli obiettivi stabiliti dal decreto e quindi per realizzare un progressivo trasferimento delle competenze in materia sanitaria, il Ministero di Grazia e Giustizia deve trasferire le risorse finanziarie al Fondo sanitario nazionale. Il trasferimento dei fondi ministeriali è avvenuto nel 2003, con un ritardo di oltre tre anni²⁸.

Per evitare che il decreto si fermi a mere statuizioni di principio, l'art. 5 dispone l'adozione di un apposito progetto obiettivo, contenente una serie di disposizioni finalizzate ad indirizzare l'attività delle Regioni. Il progetto, approvato il 21 aprile del 2000, individua le aree prioritarie di intervento per la tutela della salute dei detenuti e degli internati. Fra queste: le attività di prevenzione, l'assistenza medica generica, la medicina d'urgenza, le patologie infettive, la salute mentale, l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, la medicina specialistica e l'assistenza ai detenuti stranieri.

Il progetto sottolinea inoltre le difficoltà nell'individuare con precisione le patologie sovra-rappresentate e nell'elaborare interventi specifici, causate principalmente dall'assenza di un sistema di rilevazione su tutto il territorio nazionale²⁹. Da ciò discende l'esigenza che le singole aziende si mobilitino per definire strategie idonee a garantire la tutela della salute dei detenuti. Di tali strategie, e delle eventuali inadempienze, sono chiamate a rispondere le singole Direzioni sanitarie. Questo elemento risulta fondamentale ai fini di una progressiva responsabilizzazione dei soggetti chiamati ad erogare prestazioni

²⁸ Filippi e Santoro (2007), *Il diritto alla salute in carcere*, in *Antigone* anno II, n. 1, p. 79.

²⁹ Baccaro (2003), *Carcere e salute*, op. cit.

sanitarie.

Un ulteriore aspetto, di carattere più strettamente logistico, riguarda la predisposizione di modelli organizzativi diversificati in base alla capienza e alle caratteristiche degli istituti. Le Regioni sono chiamate ad adottare il modello più adatto al soddisfacimento della domanda di cura proveniente dai detenuti. Più specificatamente:

- negli istituti che accolgono fino a 200 detenuti è consigliata la creazione di un servizio sanitario multiprofessionale, diretto da un dirigente medico il cui compito è di coordinare le prestazioni rese dalle strutture e dal personale dell'azienda;

- negli istituti da 200 a 700 detenuti, si consiglia di istituire un'unità operativa multiprofessionale, finalizzata all'erogazione delle prestazioni di base e delle prestazioni specialistiche. Anche in tal caso è prevista la nomina di un dirigente medico che coordina la medicina generale e la medicina specialistica, dispone gli interventi necessari e garantisce la collaborazione con il Responsabile dei servizi sociali;

- negli istituti con più di 700 detenuti, viene indicata l'istituzione di un dipartimento strutturale diviso in più unità operative, nonché la necessaria presenza di un direttore che predisporre un programma annuale, di personale medico, infermieristico, tecnico, di psicologi, educatori e operatori sociali;

Indipendentemente dal modello adottato, dovrà essere garantita l'assistenza sanitaria per l'intero arco della giornata e in qualsiasi giorno della settimana.

Oltre agli spetti più propriamente tecnici, disposti al fine di indirizzare coloro che sono chiamati ad applicare la normativa, la Riforma contiene anche importanti enunciazioni di principio.

Con il passaggio di competenze dall'amministrazione penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, l'intento è di garantire un'effettiva uguaglianza tra cittadini detenuti e cittadini liberi nell'accesso alle prestazioni sanitarie e, di conseguenza, di far venir meno i caratteri di unicità e autonomia della medicina penitenziaria.

L'art. 1, il quale disciplina il principio di equivalenza, dispone che “i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed

appropriate”. Tali prestazioni devono essere garantite nel rispetto degli obiettivi programmati attraverso il Piano sanitario nazionale, i piani sanitari regionali e quelli locali.

Più specificatamente spetta alle singole aziende sanitarie locali garantire prestazioni analoghe a quelle spettanti ai cittadini liberi; offrire informazioni ai detenuti riguardo le loro condizioni di salute; predisporre interventi di prevenzione, diagnosi e cura del disagio psichico e sociale; assicurare un'adeguata assistenza sanitaria alle donne in gravidanza e ai figli che convivono con le stesse negli istituti penitenziari.

Ogni istituto entra a far parte delle competenze dell'azienda sanitaria locale del comune in cui è situato. Tutti i detenuti e gli internati devono essere iscritti al SSN e sono esentati dal pagamento del ticket. Il riconoscimento dell'esenzione risolve i problemi connessi con l'accertamento dello stato d'indigenza, e consente un eguale accesso alle prestazioni sanitarie indipendentemente dall'attestazione dell'esenzione per patologia³⁰.

I detenuti e gli internati mantengono l'iscrizione al SSN. La stessa è prevista anche per i detenuti stranieri i quali “hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia” (art.1). Tuttavia in tali ipotesi l'iscrizione è limitata alla durata del periodo detentivo.

L'applicazione di tale istituto non sembrava comportare particolari problemi. Tuttavia il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, attraverso i provveditorati regionali, ha dovuto sollecitare gli assessorati alla sanità affinché fosse istituito un elenco aggiornato dei codici d'iscrizione dei detenuti e degli internati. Inoltre è stato richiesto il rilascio, ai dirigenti o ai coordinatori responsabili dell'area sanitaria, del ricettario regionale per la prescrizione di farmaci urgenti non presenti negli istituti (Starnini, 2009).

L'art. 2 sancisce il principio secondo il quale, perché l'assistenza sanitaria venga effettivamente prestata, è necessaria una forte collaborazione tra le due Istituzioni. Solo in questo modo è possibile garantire la globalità degli

³⁰ Starnini (2009), *Il passaggio della sanità penitenziaria al servizio sanitario nazionale*, in “*Autonomie locali e servizi sociali*”, op. cit.

interventi, l'unitarietà dei servizi e la continuità della terapia.

Tutto ciò deve avvenire nel rispetto del nuovo riparto di competenze disciplinato dal decreto³¹.

Nonostante le perplessità di una parte della medicina penitenziaria sulla perdita dei caratteri di specificità e di autonomia della stessa, la Riforma ha una forte valenza simbolica. Sotto questo aspetto, il passaggio delle competenze in materia sanitaria potrebbe contribuire a superare un modo di concepire la salute e i trattamenti terapeutici in termini strettamente securitari.

Le esigenze di sicurezza e la tutela della salute sono parametri spesso inconciliabili. Sembra che le une escludano l'altra e viceversa. La logica custodiale in carcere è comunque preponderante, e ciò è ampiamente riconosciuto anche nella normativa sinora analizzata.

Occorre dunque accertare se la portata simbolica del testo si è tradotta in pratiche differenti rispetto al passato. Occorre inoltre verificare se, oltre al mero dettato normativo, esistano dei cambiamenti di carattere culturale da parte degli operatori che si occupano di garantire prestazioni sanitarie nei penitenziari.

A nostro avviso è necessario condurre questa verifica a partire dal basso, e più specificatamente dalle singole Istituzioni locali che di fatto si occupano di garantire la tutela della salute in ambito penitenziario.

Con il decentramento infatti si attribuisce agli enti regionali e alle aziende sanitarie locali un ruolo di preminenza ai fini di una concreta applicazione della nuova normativa.

Nel prossimo paragrafo cercheremo di concentrarci sull'implementazione della Riforma da parte della Regione Emilia-Romagna, la quale fin dal 2000 ha richiesto di essere inclusa tra le Regioni fautrici della prima sperimentazione.

³¹L'ordinamento penitenziario ha recepito questo nuovo assetto con il d.p.r 230 del 2000 "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà". La modifica più rilevante è contenuta nell'art. 17 il quale dispone che "le funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento ed organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario, nonché di controllo sul funzionamento dei servizi medesimi, sono esercitate secondo le competenze e con le modalità indicate dalla vigente normativa". Attraverso questa disposizione viene formalmente riconosciuta un'esclusiva competenza delle AASSLL per quanto riguarda l'erogazione di prestazioni sanitarie. Tuttavia, nonostante un indubbio riconoscimento formale, occorre domandarsi fino a che punto le due Istituzioni possano dialogare e collaborare in maniera orizzontale.

II.III Il Contesto normativo regionale.

Nel giugno del 2008 è entrato in vigore il DPCM 1.4.2008 concernente “le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”.

Attraverso questo provvedimento è stato disposto il trasferimento delle funzioni sanitarie sinora svolte dal Ministero della Giustizia al SSN e ai SSL. È inoltre previsto il trasferimento al Fondo sanitario regionale del personale, delle risorse, degli arredi, delle attrezzature e dei beni strumentali.

In linea con il provvedimento menzionato la Regione, e per lei le singole aziende sanitarie locali, diventano titolari dell'assistenza primaria negli istituti penitenziari.

Il dpcm prevede che in sede di Conferenza Unificata siano stipulati una serie di accordi relativi al riparto delle risorse finanziarie (art.6), ai rapporti di collaborazione (art.7), e all'utilizzo dei locali adibiti per l'esercizio dell'attività sanitaria (art.4)³². Ciò al fine di garantire un maggiore coordinamento e una maggiore collaborazione tra l'amministrazione penitenziaria e il Servizio Sanitario Nazionale.

Inoltre, sempre in sede di Conferenza Unificata, è stata deliberata l'istituzione di:

- un Tavolo di Consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, la cui attività è finalizzata a garantire l'uniformità degli interventi sanitari su tutto il territorio nazionale;
- un Comitato Paritetico Interistituzionale per l'attuazione delle direttive relative agli O.P.G, alle case di cura e di custodia;

L'Emilia-Romagna, in linea con le indicazioni nazionali e al fine di rendere possibile il lavoro del Tavolo di Consultazione permanente, ha proceduto alla somministrazione di apposite schede di monitoraggio, attraverso le quali si è compiuta una prima analisi su scala regionale.

I dati raccolti, oltre a testimoniare il percorso volto a recepire completamente le disposizioni contenute nel decreto, offrono un'importante fotografia della

³² Regione Emilia-Romagna, *Sanità penitenziaria: monitoraggio sull'attuazione del d.p.c.m. 1 aprile del 2008*, dicembre 2010.

popolazione detenuta e più specificatamente dei tassi di sovraffollamento degli istituti presenti nel territorio (in Emilia-Romagna l'indice di sovraffollamento, in base ai detenuti presenti dal 31.12.2008 al 31.12.2009, è del 186,38% rispetto alla capienza regolamentare).

Sono numerose le iniziative di carattere regionale volte al recepimento della nuova disciplina.

In relazione al personale, con la deliberazione della giunta regionale 1063 del 2008, è stato disposto il transito dello stesso dal Ministero della Giustizia al SSN. In tal modo la Regione ha preso atto del personale diretto di ruolo e dei rapporti di lavoro del personale sanitario ai sensi della legge n. 740 del 1990, la quale prevede un regime particolare. Più specificatamente rende inoperanti il divieto di cumulo di impieghi e il regime d'incompatibilità rispetto ad altre mansioni.

In relazione alle attrezzature e ai locali degli istituti adibiti all'esercizio delle attività sanitarie, è individuato un gruppo di lavoro multiprofessionale. Quest'ultimo ha il compito di compiere sopralluoghi e rilevazioni sulla base di apposite schede di valutazione, che consentano di individuare le modalità per il trasferimento degli stessi. Per gli spazi è inoltre necessario compiere apposite valutazioni sulle condizioni strutturali, sulle condizioni di sicurezza e sull'impatto finanziario.

Con la deliberazione 314 del 2009, avente per oggetto “provvedimenti in ordine alla definizione del modello organizzativo in materia di sanità penitenziaria, all'istituzione del Comitato di programma e all'istituzione del Comitato permanente, ai sensi del D.P.C.M 1.4.2008”, la Regione ha definito un apposito modello organizzativo della Sanità penitenziaria.

Il documento, risultato di lunghe consultazioni tra le varie Istituzioni locali, individua un modello applicabile tanto a livello regionale quanto a livello aziendale, e fornisce una serie di direttive sulle modalità di erogare le prestazioni sanitarie all'interno degli istituti penitenziari.

In virtù di tale documento le aziende divengono titolari delle competenze concernenti la tutela della salute dei detenuti e, a tal fine, estendono gli ambiti di intervento dei Dipartimenti Cure Primarie, Salute Mentale, Sanità Pubblica e dei

servizi di Medicina legale.

Le attività dei dipartimenti sono coordinate da un medico referente, il quale rappresenta una sorta di intermediario tra l'amministrazione penitenziaria e l'azienda da cui dipende.

Vengono inoltre istituite ulteriori figure: fra queste il referente assistenziale e il responsabile del programma per la salute negli istituti penitenziari.

A livello regionale viene elaborato il Programma regionale per la salute negli IIPP e viene individuato un responsabile dello stesso. Si tratta di un documento programmatico con valenza triennale. Deve indicare gli standard clinico-assistenziali, le forme di collaborazione con l'amministrazione penitenziaria, il programma di superamento degli O.P.G e le attività di formazione, ricerca e innovazione.

Il Dipartimento Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri ha compiuto una prima stesura del programma, il quale è stato approvato con la deliberazione 2/2010.

Il documento contiene precise linee guida che devono essere rispettate dalle singole aziende nella formazione del programma aziendale. Le indicazioni riguardano l'adempimento di determinati standard assistenziali in specifiche aree di intervento:

- la medicina di base, la cui erogazione è attribuita al Dipartimento di Cure Primarie;
- l'attività infermieristica, l'assistenza nelle situazioni di particolare emergenza, l'assistenza nella medicina specialistica, con particolare attenzione per le dipendenze e per i disturbi psichici;
- la Sanità pubblica, la quale ha funzioni di vigilanza e di controllo sulle condizioni igienico-ambientali, sulla presenza e sulla diffusione di malattie infettive;
- la medicina specialistica deve assicurare il maggior numero di prestazioni specialistiche al fine di limitare le traduzioni dei detenuti;
- la cura dei minori, ai quali dovranno essere garantite prestazioni sanitarie e assistenza psicologica;
- la cura dei detenuti immigrati, i quali hanno diritto alle medesime prestazioni

erogate nei confronti dei detenuti autoctoni;

- la tutela della salute delle madri detenute e della loro prole, con standard clinico-assistenziali equiparabili a quelli dei consultori presenti nel territorio della Regione. Inoltre le detenute con figli devono essere trasferite nel carcere di Bologna dove devono essere eseguiti percorsi di assistenza pediatrica individualizzati;

- la medicina legale garantisce le certificazioni richieste dall'autorità giudiziaria, le dichiarazioni di incompatibilità con il regime carcerario, e l'accertamento dell'età dei minorenni stranieri sottoposti a provvedimento penale;

- la telemedicina è sviluppata al fine di migliorare le possibilità di cura e di prevenzione;

- azioni di sistema, volte a garantire un maggior coordinamento a livello regionale attraverso strumenti quali la cartella clinica informatizzata;

- la formazione attraverso appositi corsi rivolti agli operatori sanitari che operano nel contesto carcerario, al fine di creare specifiche competenze tecnico-professionali.

Attraverso queste prime indicazioni ogni singola azienda ha successivamente elaborato il proprio programma aziendale.

Successivamente, con la deliberazione num. 8237 del 06 luglio del 2011, è stato nominato un “Gruppo di lavoro sull'assistenza primaria nelle carceri”, composto da Responsabili di programma, Coordinatori infermieristici, medici referenti, funzionari del servizio Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri. Gli incontri del gruppo sono spesso stati estesi ai funzionari dell'amministrazione penitenziaria.

Il progetto ha permesso di definire uniformi modalità di assistenza nei confronti delle persone detenute, le quali devono essere rispettate da parte delle singole aziende.

Le linee operative così definite sono state approvate con la Circolare num. 15 del 2012 all'interno di un documento definito “Il percorso clinico-assistenziale per le persone detenute. Attività e prestazioni rivolte alle persone detenute negli istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna”.

Tale documento costituisce un vero e proprio manuale operativo, e deve essere

distribuito a tutti gli operatori penitenziari, i quali dovranno “formarsi” in relazione ai protocolli e alle procedure definite dallo stesso³³.

Per quanto riguarda il contenuto, il documento disciplina tutte le singole prestazioni di carattere sanitario che devono essere garantite ai detenuti dal momento dell'ingresso in carcere fino al ritorno in libertà.

Il percorso è scandito in tre fasi:

- accoglienza dei Nuovi Giunti;
- permanenza in regime detentivo;
- dimissione e ritorno in libertà;

Durante il periodo di accoglienza gli operatori sono tenuti ad informarsi sulla provenienza dei detenuti e sullo stato di salute degli stessi, devono valutare l'eventuale presenza di fattori di rischio, e devono decifrare l'impatto dell'esperienza carceraria sull'equilibrio fisico e psichico del detenuto.

Una volta compiuti i controlli e le verifiche necessari, viene redatto il “Piano assistenziale individuale” (PAI). Si tratta di una sorta di patto terapeutico, firmato dagli operatori sanitari e dalla persona detenuta, con il quale si tenta di promuovere la partecipazione del detenuto al trattamento. Il Piano dev'essere aggiornato durante la detenzione e deve documentare in modo obiettivo le condizioni psico-fisiche del detenuto.

Nell'intento del legislatore, tale strumento risulta utile ai fini della costruzione di un nuovo rapporto tra medico e paziente. Quest'ultimo, cosciente del suo stato di salute e partecipa nella definizione dello stesso, dovrebbe modificare il suo approccio nei confronti del medico e del suo corpo.

Gli obiettivi del PAI rientrano in una logica più ampia che, a livello regionale, si spera investa la sanità penitenziaria. Attraverso l'adozione di tutti questi provvedimenti, le Istituzioni locali intendono far passare una nuova idea di medicina penitenziaria. Non deve più trattarsi di una “medicina d'attesa”, attivata esclusivamente su richiesta del paziente o degli operatori penitenziari. L'obiettivo ultimo è creare un modello di “medicina d'iniziativa”, volta ad individuare i fattori di rischio, la presenza di patologie, disturbi e cause di

³³Ulteriori approfondimenti in Regione Emilia-Romagna, *Relazione sulla situazione penitenziaria in Emilia-Romagna*, anno 2012.

disadattamento in una logica di totale presa in carico del paziente. A tal fine, sempre nell'ottica degli operatori a ciò preposti, è necessario definire dei percorsi assistenziali che siano in grado di proseguire anche dopo che la pena sia stata scontata. È necessaria dunque una forte collaborazione tra tutti i servizi territoriali che intercettano soggetti “problematici”.

L'analisi dei provvedimenti normativi dimostra un sostanziale recepimento da parte della Regione delle disposizioni contenute nel Dpcm. Attraverso le Deliberazioni della Giunta regionale e attraverso le circolari è stato disposto il trasferimento del personale, delle risorse economiche, dei beni e delle attrezzature, è stato definito un apposito modello organizzativo, e sono stati delineati dei precisi protocolli assistenziali per gli operatori sanitari.

Da un punto di vista prettamente normativo la Regione sembra essersi adeguata alle indicazioni nazionali. Tuttavia, nonostante l'implementazione di carattere prettamente amministrativo, è necessario verificare che le pratiche rispondano anch'esse ad un mutamento di prospettiva relativo alla tutela della salute dei detenuti e degli internati.

CAPITOLO III

LA PRATICA DEI PRINCIPI

III.I Introduzione.

Le riflessioni che seguono sono il risultato di alcune interviste condotte sul territorio dell'Emilia-Romagna, e più specificatamente in alcune delle province in cui sono situati istituti di pena.

Le interviste sono state rivolte ad operatori sanitari che prestano il loro servizio all'interno del carcere e a figure quali coordinatori infermieristici e responsabili di programma, che si occupano di questioni più strettamente logistiche e amministrative.

In questo primo capitolo di analisi dei dati raccolti, tenteremo di concentrarci sulle modalità pratiche attraverso le quali vengono implementati i principi sanciti dalla Riforma. Proveremo a capire come la lettera della norma dialoghi con la realtà impermeabile e gerarchica del contesto carcerario, al fine di individuare e analizzare gli esiti e le contraddizioni insite nel rapportarsi delle due dimensioni.

Come base di questa prima e non esaustiva analisi poniamo i capisaldi della vigente normativa. Fra questi il riparto di competenze, il principio di presa in carico e il principio di uguaglianza nella tutela della salute.

III.II Individualismo³⁴ carcerario.

La Riforma ha sancito un preciso riparto di competenze tra amministrazione penitenziaria e aziende sanitarie. Spetta alla prima garantire la sicurezza e la disciplina nell'istituto, mentre è compito delle seconde erogare le prestazioni di carattere sanitario.

Tuttavia le parole degli intervistati testimoniano spesso l'importanza dell'assetto specifico di ogni istituto. Tale assetto è dettato principalmente dalla personalità

³⁴ Termine utilizzato da Buffa (2013), *Prigioni. Amministrare la sofferenza*, Gruppo Abele, Torino, p.66.

di coloro che ricoprono il ruolo di direttori penitenziari, i quali, nonostante il nuovo riparto di competenze, spesso ribadiscono la loro preminenza nella gestione di qualsiasi aspetto relativo all'istituto penitenziario.

Questo elemento, secondo gli intervistati, ha condizionato l'implementazione della Riforma, facendo sì che la stessa, in base al carcere di riferimento, fosse più o meno recepita. Più specificatamente si sostiene che l'attuazione della vigente normativa sia più o meno avvenuta in base all'equilibrio instaurato tra gli operatori sanitari e la direzione penitenziaria.

Il sistema gioca sulle relazioni personali. Fino a quando riesci a governare le relazioni personali, riesci anche a governare il processo. Ma quando superi un certo livello, indipendente dalla volontà del comandante, della direttrice, mia o del mio staff, si aprono delle voragini spaventose. (responsabile di programma)

Il carcere gode, anche da un punto di vista amministrativo, di una sorta di extra-territorialità..l'incidenza delle sanzioni, chiamiamole così, dovute ad inadempienze, è molto limitata. (medico incaricato)

Ci sono dei retaggi legati al passato e altri legati al fatto che ogni carcere ha una propria organizzazione..noi abbiamo la fortuna di avere una buona direzione e un buon grado d'integrazione. (medico incaricato)

Il nostro istituto ha una caratteristica particolare: la direzione del carcere è molto rigida e impone un'applicazione estremamente fiscale dell'ordinamento penitenziario, che il dpcm del 2008 non ha annullato o perlomeno non ha modificato nelle parti che riguarderebbero il pianeta sanitario. (responsabile di programma)

In questo tipo di sistema profondamente legato alla direzione ogni carcere fa storia a sé..a seconda dell'equilibrio che si instaura tra la direzione e il medico referente è possibile o meno fare certe cose. (responsabile di programma)

L'idea è che questa amministrazione penitenziaria si muova in modo del tutto svincolato rispetto alla programmazione degli altri. (responsabile di programma)

Dalle parole degli intervistati emerge la necessità di instaurare un equilibrio di tipo verticale, caratterizzato dalle capacità del singolo professionista di accogliere diligentemente le istanze dell'area custodiale.

La difficoltà di trovare un giusto grado d'integrazione tra le due Istituzioni, rispettoso delle diverse funzioni, e quanto più possibile orizzontale, non agevola gli operatori nel gestire il loro lavoro e soprattutto nell'emanciparsi da esigenze di carattere altro. Molti giustificano tale assetto sostenendo che l'ordinamento penitenziario non sia stato scalfito dalla Riforma. Tuttavia l'art 17 del d.p.r. 230 del 2000 stabilisce che le “funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento, ed organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario, nonché di controllo sul funzionamento dei servizi medesimi, sono esercitate secondo le competenze e con le modalità indicate dalla vigente normativa”. La norma sancisce un formale raccordo tra la nuova normativa e la disciplina dettata dall'ordinamento penitenziario. Nonostante ciò la direzione sembra mantenere un forte potere di controllo e di veto all'interno di ciascun istituto.

Alcuni intervistati hanno offerto anche degli esempi pratici che confermano la preminenza dell'area custodiale e soprattutto la necessità che la direzione vigili sulle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Per i lavoratori interni occorre una visita specialistica del medico del lavoro. Per questioni economiche viene richiesto a noi di farla, al fine di rilasciare il nulla osta per il lavoro di tipo domestico..ma cosa significa lavoro domestico? Se dovesse succedere qualcosa e il magistrato dovesse chiedermi quali attività sono domestiche, io non saprei rispondere! (medico incaricato)

Ho chiesto di cambiare i materassi che non venivano cambiati da 27 anni, mentre al di fuori ciò avviene due volte l'anno. Cambiare i materassi significa portarli dall'esterno, comunicare quale ditta li fornisce, con che mezzo etc..il direttore si è stupito della mia richiesta di autorizzazione. Non capiva come fosse possibile una richiesta in tal senso. (responsabile di programma)

L'amministrazione penitenziaria non riesce a concepire di dover mandare fuori la gente per fare gli esami. Cosa che avveniva anche prima, ma che oggi avviene con

maggior frequenza..ma è inevitabile, fa parte del nostro modo di operare. (medico incaricato)

Il relativismo che emerge dalle parole sin qui riportate appare disfunzionale ad una concreta tutela della salute nel contesto carcerario. In modo pressoché unanime, gli intervistati riconoscono che l'individualismo carcerario, i cui tratti dipendono dalla persona che di volta in volta ricopre la carica di direttore dell'istituto, sia uno dei motivi che ha maggiormente rallentato la recezione della nuova normativa. A nostro avviso appare riduttivo sostenere che le specificità di ogni istituto dipendano esclusivamente dalla direzione. Le caratteristiche gestionali di ogni carcere sono dettate anche da altre categorie professionali, come la polizia penitenziaria, la quale rappresenta un potere altrettanto influente.

Altri intervistati proseguono sostenendo che l'ingerenza della direzione alteri ancor di più il rapporto con i pazienti, nei confronti dei quali si applicano interventi subordinati alle esigenze di sicurezza.

Io stesso non potrei fare ciò che vorrei, perché è sempre necessaria l'autorizzazione dell'amministrazione penitenziaria. Anche il detenuto non si può aspettare tutto ciò che di bene potrei fare per lui, perché anche io sono sottoposto alle esigenze di sicurezza. (medico incaricato)

L'unica modalità di resistere alla preminenza dell'apparato custodiale, e alla vincolatività delle decisioni del direttore, sembra essere la mediazione. Ogni pratica, ogni decisione e ogni forma di parziale autonomia degli operatori sanitari, dovrà essere necessariamente negoziata con la direzione dell'istituto.

Tuttavia questa strada sembra una modalità forzata di sopravvivenza, piuttosto che una forma di reale integrazione e di reale collaborazione tra le due Istituzioni.

Per il mio stile di governo l'alzata di scudi non ha senso, anche perché l'ordinamento effettivamente non è stato cambiato. (responsabile di programma)

Diciamo che si possono costruire tanti progetti, ma bisogna sempre tener presente che si opera all'interno del carcere e che l'istituto ha i suoi regolamenti. (infermiera)

Io credo che l'unica via possibile sia quella della mediazione. È preferibile fare pochi passi insieme piuttosto che molti, ma ognuno a casa sua. Questa è una strada obbligata. (medico incaricato)

*Ci sono modi di sentire e di operare che non sono convergenti, anzi molto spesso sono divergenti. Su questo, da entrambe le parti, nel tempo si dovrà trovare un *modus vivendi* che sia collaborativo e non conflittuale.* (responsabile di programma)

Secondo alcuni la mediazione rappresenta un elemento imprescindibile. Morgan (2006), ad esempio, ritiene che la mediazione politica sia una componente inevitabile di ciascuna organizzazione. Secondo l'autore nel momento in cui si occupa una posizione all'interno di una struttura organizzativa, vi è una naturale tendenza a preservare la propria individualità. Ogni soggetto che fa parte della struttura tende a conservare il proprio centro di potere, attraverso la conclusione di accordi, attraverso negoziazioni e mediazioni che di fatto caratterizzano e delimitano la vita organizzativa.

Sempre secondo l'autore, gli attori di tale processo non rinunciano alle loro convinzioni, né si promettono alleanza. Piuttosto “si è prossimi ad un accordo di guerra fredda o di pace armata e non ad un'unione profonda”³⁵.

Si tratta di un processo politico, in cui gli interessi delle singole parti e l'interazione fra queste, procedono a rimodulare la quotidianità dell'assetto organizzativo. In tale visione l'organizzazione esiste solo all'interno delle esperienze dei soggetti che quotidianamente la abitano. Questo profilo appare connaturato a qualsiasi struttura, realtà e articolazione, e quindi anche al carcere. In relazione a quest'ultimo tuttavia, occorre domandarsi se la negoziazione e la mediazione di qualsiasi aspetto quotidiano, quantomeno tra area sanitaria e area trattamentale, siano funzionali ad una cristallizzazione dei poteri e dei ruoli

³⁵ Morgan G. (2006), *Images of organization*, citato in Buffa P. (2013), *Prigioni. Amministrare la sofferenza*, op.cit.

presenti all'interno dell'istituto e, in caso di risposta affermativa, se tale cristallizzazione sia a sua volta funzionale al cambiamento culturale e politico auspicato dalla Riforma. Alcuni intervistati ritengono che si tratti di un meccanismo che di fatto rende il carcere impermeabile rispetto ai provvedimenti assunti all'esterno.

Non ci si può basare su una continua mediazione anche per aprire la porta! Può andar bene, ma ci sono dei dati di fatto oggettivi. Le cose devono funzionare a prescindere da come ci siamo alzati quella mattina. Poi noi veniamo da un'organizzazione aziendale che, nonostante tutte le imperfezioni, ha delle dinamiche prestabilite. (responsabile di programma)

La mediazione può andare bene, ma non può essere la carta prevalente. Dev'essere il pezzo di una struttura molto più forte che deve funzionare a prescindere da questo. Se io pensassi ad un ospedale in cui tutto dev'essere negoziato diventerebbe molto difficile lavorarci..anche in termini di gestione economica, di risorse, di programmazione. (responsabile di programma)

L'iperindividualismo carcerario se da una parte appare disfunzionale al radicale mutamento sancito dalla Riforma, dall'altra è conferma di come l'Istituzione penitenziaria rappresenti una sorta di zona franca, il cui assetto introverso e introspettivo non viene intaccato dalle decisioni assunte al di fuori di essa.

III.III La presa in carico dei pazienti detenuti.

Il passaggio di competenze dall'amministrazione sanitaria al Servizio Sanitario Nazionale, presuppone l'applicazione di modelli che dovrebbero appartenere alla realtà degli ospedali. Fra questi appare centrale la presa in carico del paziente. Essa è intesa come l'insieme di attività che gli operatori sanitari devono compiere affinché sia tutelato pienamente il diritto alla salute delle persone detenute. Tali attività devono caratterizzarsi per continuità e frequenza. Ciò significa che il personale sanitario dovrà mobilitarsi indipendentemente da un'apposita richiesta del detenuto e dovrà procedere a monitorare costantemente

le condizioni di salute anche in un'ottica di carattere preventivo.

Prima probabilmente si trattava di una medicina d'attesa. Avveniva ciò che avviene negli ambulatori esterni: io mi rivolgo al medico curante quando ho un problema. La stessa cosa avveniva in carcere. Per cui, se per assurdo, nessuno manifestasse problemi per un mese, il medico non si faceva vedere. Quello che si vuole costruire adesso è invece una medicina attiva, di presa in carico, quindi indipendente dal fatto che il detenuto richieda una visita. (infermiera)

L'impianto organizzativo che si vuole creare si basa su un'azione direzionata di prevenzione da parte degli operatori sanitari. Quindi: inquadramento della persona, presa in carico, obiettivi di monitoraggio, lotta ai fattori di rischio quali il fumo, la tossicodipendenza, l'alimentazione incongrua e l'ozio forzato. (ex medico penitenziario)

L'Ausl ragiona dalla base per condividere e produrre qualcosa, l'amministrazione penitenziaria ragiona per circolari. Capita che muoia una persona detenuta..una volta veniva l'ispettore del provveditorato e verificava che tutto fosse stato fatto in regola. Purtroppo da poco è capitato un decesso, e per la prima volta tutti gli operatori si sono riuniti per capire come migliorare e come far sì che certe cose non capitino più. È un'ottica costruttiva e non inquisitoria. (medico incaricato)

Alcuni intervistati sostengono che questo processo assistenziale di natura medica sia ancora sconosciuto anche nella realtà esterna.

È una logica che si sta cercando di affermare anche all'esterno. Oggi siamo affetti da patologie che si manifestano nel tempo, e che non consentono di essere valutate solo nel momento in cui si manifestano più prepotentemente, perché potrebbe essere troppo tardi. (responsabile di programma)

La medicina sta cercando di adottare un linguaggio maternalista, finalizzato a recepire ed inglobare il disagio, non necessariamente di carattere patologico, in canali più strettamente medici. In tale processo la psichiatria, con maggior evidenza nel contesto carcerario, assume un ruolo di discernimento

fondamentale.

Quando vai un giro nelle sezioni impari a conoscerli. Chi ha sempre male, il più delle volte nasconde qualcosa. E allora gli fai un colloquio, nove volte su dieci si aprono con te, e dopo li segni per la visita psichiatrica. Loro sanno che c'è sempre qualcuno che li ascolta. (infermiera)

Il messaggio è: “ragazzi se avete dei problemi o se solo vi sentite giù venite in infermeria”. La nostra psichiatra non tende a somministrare farmaci, ha un'impostazione diversa. (infermiera)

C'è anche chi sostiene che tale processo di ridefinizione degli obiettivi e delle modalità di operare della medicina sia fortemente rischioso, data la capacità della stessa di riuscire ad assorbire, rimodulare e moltiplicare le richieste degli utenti.

C'è un abuso e un distorto utilizzo della prestazione sanitaria. Questo problema non è riconosciuto dall'amministrazione penitenziaria. Per loro il concetto è: “Hai un problemino? Vai in infermeria e prova a risolverlo”. Ma il problema della popolazione detenuta non è la sanità. L'infermeria è una valvola, e per l'amministrazione penitenziaria questa valvola è molto funzionale perché distoglie dalle problematiche vere. (responsabile di programma)

*C'è poi un altro problema su cui ci interroghiamo da tempo. C'è un abuso della risorsa sanitaria. Ma questo avviene anche negli ambulatori esterni di medicina generale, in cui ci sono quelli che noi definiamo **frequent tenders**. Nel 2012 parliamo di 15000 prestazioni, per me è un dato clamoroso. (medico incaricato)*

Sotto ogni aspetto si tende a riportare tutto al medico, come se il medico fosse uno strumento in grado di capire e controllare tutto. Questo fa parte dei meccanismi di deresponsabilizzazione che si stanno diffondendo. (responsabile di programma)

Seppur le opinioni sui limiti del principio di presa in carico non convergano, tutti sono concordi nel ritenere che sia necessario rispettare il criterio della

territorialità affinché il principio menzionato operi realmente. Ciò significa che tutte le Istituzioni chiamate ad intervenire nella vicenda detentiva, sono tenute a rispettare i programmi posti in essere fino a quel momento. Da ciò discende che la magistratura di sorveglianza nel disporre le traduzioni dei detenuti, dovrà necessariamente valutare il percorso clinico fino a quel punto seguito. Molti intervistati sostengono che la territorialità, in relazione alle prestazioni di carattere sanitario, non venga mai tenuta in considerazione e che ciò comporti uno spreco di risorse lavorative e soprattutto economiche.

Non c'è alcuna presa in considerazione della territorialità. Questo spostamento di detenuti da una parte all'altra senza alcun rispetto della territorialità rappresenta una grossa difficoltà di gestione e una forte riduzione dei frutti. (medico incaricato)

Le logiche sono diverse. Il magistrato di sorveglianza, ad esempio, nel concedere gli arresti domiciliari fa il suo lavoro. Ha concesso l'alternativa al carcere ad una persona che ne ha diritto. Ma può succedere che ciò accada nel mezzo di tutto un sistema che era stato messo in piedi per garantire a quella persona un eguale diritto alla salute.
(responsabile di programma)

Un'altra cosa interessante del pianeta carcere è che le regole di movimento della persona detenuta hanno scarsissimo riscontro nell'area sanitaria. Puoi aver disposto tutto un trattamento e un percorso di presa in carico della persona, ma una mattina accade che arrivi e la persona non c'è più perché è stata trasferita in un altro carcere.
(responsabile di programma)

Quel che si lamenta è un mancato rispetto dei percorsi creati dagli operatori sanitari, dal quale conseguono la perdita e l'inefficacia del trattamento sino a quel momento ideato secondo le patologie del paziente detenuto. Ma ciò, sotto altro aspetto, conferma l'assenza di una rete comunicativa tra i vari istituti penitenziari, i quali sino ad oggi non riescono a garantire un adeguato passaggio delle informazioni sanitarie.

In Emilia-Romagna dal 2001 è attivo il servizio della Cartella Clinica Informatizzata. I benefici di tale innovazione sono numerosi e riguardano

perlopiù la possibilità di ottimizzare il lavoro dei singoli operatori, nonché di monitorare sulle condizioni di salute della popolazione detenuta. Tuttavia le difficoltà di approccio al sistema informatico sono ancora presenti e, inoltre, la cartella non è stata compilata su tutto il territorio nazionale³⁶.

La mancanza di un adeguato passaggio di informazioni pregiudica il detenuto, il quale, nel nuovo istituto, dovrà ancora una volta convincere i medici della realtà della sua malattia, dimostrare che non si tratta di una mera simulazione e infine cercare di ottenere le cure che fino a quel momento gli venivano rese. Una riflessione di un detenuto su questa tematica appare fortemente esaustiva:

“...sottolineo il termine paura, perché questo è il sentimento più diffuso tra noi detenuti, quando dobbiamo rivolgerci ai medici del carcere: una paura fondata su ciò che vediamo ogni giorno attorno a noi, a volte anche su esperienze vissute in prima persona. In carcere entro, nel 1991, con una cardiopatia congenita (che da libero trascuravo). Poi, a seguito di un tentato suicidio, mi ricoverano nell'ospedale civile dove rimango per tre mesi, prendendo a forza vagonate di psicofarmaci...Questi farmaci mi provocano un'epatite devastante, dimagrisco a visto d'occhio, fino a pesare 50 chili e, naturalmente, i problemi al cuore si aggravano. Dimesso dalla psichiatria torno in carcere...mi impunto e smetto qualsiasi cura, finché non mi mandano al centro clinico di Pisa. Sono messo davvero male, anche se non me ne rendo conto. Vado avanti con due flebo di glucosio al giorno. Nelle prime settimane mi bucano da tutte le parti, poi mi mettono un catetere così posso attaccarmi da solo al “distributore” e “fare il pieno”. Al terzo mese mi dimettono e inizio a viaggiare da un carcere all'altro, in ogni posto la prima fatica consiste nel convincere i medici che non sono un simulatore, che ho bisogno di un vitto in bianco e possibilmente di stare in una cella dove non ci sono fumatori..oltre che delle medicine segnate nella cartella clinica. La percezione nell'incontrare i dottori, è quasi sempre quella: io sono un seccatore, forse fingo di essere malato per farmi scarcerare e, in ogni caso, sono poco degno di essere curato come essere umano. Spesso la visita inizia con una domanda sul reato a causa del quale sono detenuto: forse è un elemento

³⁶ Da una ricerca di L. Astarita (2007) emerge che la cartella è presente in tutti gli istituti dell'Emilia-Romagna. Su tutto il territorio nazionale sono state raccolte 105.000 schede relative allo stato di salute dei detenuti. Il servizio della Cartella Clinica Informatizzata ha una notevole importanza e, a tal fine, è necessario che sia strutturato adeguatamente in ogni Regione. L. Astarita (2007), *Le modalità dell'assistenza psichiatrica nel carcere di Bologna*, Antigone anno II n. 1, pp. 91-103.

importante per capire che malattia ho...”³⁷

Il criterio della territorialità caratterizza l'attività svolta dai Sert (Servizio per le tossicodipendenze), i quali hanno in qualche modo anticipato alcuni presupposti della Riforma. L'obiettivo di questi centri è quello di garantire un effettivo raccordo con il contesto carcerario nei confronti dei detenuti tossicodipendenti. Tale raccordo è finalizzato a garantire una continuità delle terapie metadoniche tanto all'esterno, quanto intramoenia. All'interno di ogni istituto è presente un'équipe proveniente dal Sert, composta principalmente da psicologi e psichiatri³⁸. In molti istituti l'attività sanitaria, così come disciplinata dalla nuova normativa, è stata ricostruita sulla falsariga delle attività svolte dal Sert. Tuttavia non tutti concordano con questa scelta.

La distorsione legata alla storia è quella di considerare da sempre il Sert come punta di diamante dell'intervento sanitario in carcere. In realtà noi abbiamo cercato di creare una sanità del tutto analoga a quella presente sul territorio, e a tal fine abbiamo riconosciuto la competenza in ambito penitenziario al Dipartimento Cure Primarie.
(responsabile di programma)

Dal Sert vengono solo per le persone tossicodipendenti. Quello che a noi interessa è che questo servizio sia rivolto a tutti, anche perché all'interno del carcere quelli che sono sempre stati maggiormente protetti sono i tossicodipendenti. Sembrava che gli altri avessero problemi del tutto marginali rispetto alla tossicodipendenza. (infermiera)

Altri continuano sostenendo che il Sert abbia privilegiato la popolazione italiana a discapito dei migranti tossicodipendenti.

³⁷ Ristretti Orizzonti, 2000, citato in *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, a cura di M. Esposito (2007), Franco Angeli, Milano.

³⁸ La prevalenza della componente psichiatrica all'interno dell'équipe del Sert è dettata dal fenomeno della doppia diagnosi. Si tratta della prassi per cui al soggetto tossicodipendente viene riconosciuto oltre a tale stato, anche un disagio di natura psichica. Da una ricerca di Laura Astarita, condotta nel carcere di Bologna e più in generale negli istituti dell'Emilia-Romagna, emerge che a circa il 40% delle persone con disagi psichici è stato certificato anche lo stato di tossicodipendenza. L. Astarita (2007), *Le modalità dell'assistenza psichiatrica nel carcere di Bologna*, op. cit.

Anche il Sert, per quanto si vanti del suo operato, non ha ancora attuato interventi specifici nei confronti dei migranti tossicodipendenti. Certo la legge non consente di mandarli in comunità, ma si poteva pensare a qualcos'altro. Insomma si potevano programmare degli interventi con le risorse che abbiamo. Invece queste risorse sono direzionate agli italiani, che in genere sono "iperistituzionalizzati" e conosciuti dai servizi. (coordinatrice infermieristica)

I migranti, tossicodipendenti e non, rappresentano la fetta di popolazione detenuta maggiormente svantaggiata. Il nostro ordinamento disciplina collegamenti con il territorio che privilegiano la residenza della persona e non considerano il reale radicamento della stessa, indipendentemente quindi dal possesso di una dimora stabile. Questo meccanismo esclusivo ed escludente, fa sì che i servizi, di qualsiasi genere, siano direzionati solo alla popolazione autoctona, o comunque a quella popolazione la cui territorialità è tracciabile secondo le procedure istituzionali.

III.IV L'equità nella tutela della salute.

Il principio di uguaglianza e di equità nella tutela della salute, come ribadito nelle pagine precedenti, è sancito dal d.lgs 230 del 1999, il quale dispone che "i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini liberi, alla erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate". La norma si allinea a quanto disposto dall'OMS con le direttive note come "Principio di equivalenza delle cure", nelle quali si sancisce la necessità di garantire al detenuto le stesse cure, mediche e psico-sociali, che sono assicurate a tutti gli altri membri della società.

Questi principi, in termini più strettamente organizzativi, sono stati realizzati attraverso l'ingresso delle aziende sanitarie negli istituti di pena. Tuttavia occorre domandarsi come gli stessi agiscano nelle pratiche quotidiane del contesto carcerario.

Molti intervistati ritengono che all'interno del carcere si viva una situazione paradossale. Ossia, per quanto riguarda le prestazioni sanitarie, si sostiene che le stesse siano maggiormente garantite rispetto alla realtà esterna.

I percorsi sono maggiormente garantiti nei confronti della popolazione detenuta, piuttosto che nei confronti di un cittadino libero. Questo, se non hai soldi per comprare il farmaco, fa senza. (responsabile di programma)

Nel carcere hai un medico a tua disposizione ventiquattro ore su ventiquattro, che sull'urgenza risponde sempre. Teoricamente un detenuto potrebbe venire a visita ogni mattina e ogni pomeriggio. (responsabile di programma)

A mio parere c'è ancora da lavorare sull'uguaglianza..anche se poi, per esempio, per il detenuto vengono acquistati farmaci e presidi a cui i cittadini liberi non hanno diritto (farmaci in fascia c). (infermiera)

Le contraddizioni e i paradossi della sanità penitenziaria, e più in generale della sanità all'interno della società, emergono con particolare evidenza nei confronti dei detenuti stranieri. Spesso si tratta di persone estremamente giovani e con uno stato di salute cagionevole, il cui primo contatto con i presidi sanitari territoriali avviene all'interno del contesto carcerario.

Il carcere, nel percorso che io ho vissuto, è forse il luogo dove gli stranieri sono effettivamente equiparati a chiunque. Non c'è una reale distinzione tra italiano e straniero. In carcere sono tutti curati dagli stessi medici, con le stesse modalità e con le stesse risorse. Questo sicuramente in teoria, in pratica i servizi tendono ad essere più complessi da usare. Una persona che parla meglio la lingua, che conosce i suoi diritti e si sa muovere meglio nell'ambiente, riesce ad usare meglio sia i servizi interni che i servizi esterni al carcere. (responsabile di programma)

La prima cosa che ti viene detta è: “sono in Italia ed è un mio diritto, in Italia si ha diritto alle cure e devo averle anche io”. Questo dal punto di vista umano è ampiamente comprensibile. (responsabile di programma)

I migranti molto spesso non hanno mai visto un servizio. Tu puoi fargli una diagnosi ma, se non hanno la residenza, non possono accedere a nessun percorso alternativo. (responsabile di programma)

Nei confronti dei migranti il carcere sembra rappresentare l'epilogo necessitato del loro percorso migratorio.

Alcuni intervistati ritengono che la garanzia di determinate prestazioni sanitarie, in modo maggiormente equo rispetto all'esterno, sia connessa, fra gli altri motivi, ad un progressivo innalzamento del livello culturale della popolazione detenuta. Più specificatamente sostengono che i detenuti hanno piena coscienza di ciò che prescrive la Riforma, riconoscono i loro diritti a livello sanitario e non esitano a farli valere sia nel contesto carcerario che, tramite i loro legali e familiari, nel contesto esterno.

La popolazione detenuta ha imparato perfettamente! È evidente che, dopo le sentenze della Corte Europea, la loro coscienza si è rinforzata molto. (responsabile di programma)

Al di fuori le protesi odontoiatriche sono calmierate solo nei confronti dei cittadini privi di reddito, con gravissimi problemi di masticazione o nei confronti dei soggetti disabili. Sono calmierate, non gratuite. Il vecchio ordinamento prevedeva la fornitura gratuita delle protesi per la popolazione detenuta. Con l'aziendalizzazione i detenuti, a fronte di questo diritto negato dall'amministrazione penitenziaria, denunciano l'Azienda e la Regione. In un anno abbiamo fornito quindici protesi. (responsabile di programma)

Questo atteggiamento per cui tutto è dovuto non è corretto. Io mi impegno a fare tutto ma tu non puoi vanificare quello che sinora ho fatto. Se fuori non ti presenti ad un esame senza un preavviso, paghi lo stesso. Qui no. (medico incaricato)

I detenuti, seguendo le parole degli intervistati, sembrano aver piena coscienza dei diritti che l'ordinamento riconosce loro. Ma soprattutto conoscono, anche su consiglio dei loro avvocati, le modalità per rendere tali diritti effettivamente tutelati. Molti affermano che sono state sottoscritte numerose denunce nei confronti delle direzioni aziendali, aventi ad oggetto le inadempienze degli operatori sanitari. Il soggetto processuale è cambiato. Non è più

l'amministrazione penitenziaria, bensì la singola azienda sanitaria, la quale è chiamata a rendere conto della sua attività negli istituti di pena. Questo cambiamento potrebbe consentire di mettere in luce i livelli assistenziali effettivamente garantiti all'interno dei singoli istituti.

Tuttavia, altri non concordano con tale impostazione e sostengono che i detenuti, se realmente avessero piena coscienza di ciò che dev'essere loro garantito, potrebbero instaurare un altissimo contenzioso per le inadempienze fino ad oggi perpetrate.

Esistono cose che dovevano essere fatte ma non sono state fatte. E su queste i detenuti potevano fare qualcosa. Ad esempio, sono sicuro che per molti anni non siano state fatte le vaccinazioni. Sono certo che un numero non piccolo di epatiti che sono state prese in carcere e che oggi si sono trasformate in cirrosi, potevano essere evitate con specifiche misure per l'epatite b. (responsabile di programma)

Nonostante la coscienza più o meno reale dei singoli, alcuni intervistati ritengono che l'uguaglianza non potrà mai operare in modo pieno, data l'assenza di una capacità di scelta del soggetto detenuto, data la peculiarità del contesto in cui la stessa si esplica, e data l'assenza di strumenti di monitoraggio idonei a verificare che la tutela della salute sia effettivamente garantita.

Io non credo che nel contesto carcerario vengano garantiti maggiori diritti che nella realtà esterna. In carcere si cerca di fare qualcosa che possa essere analogo a quel che c'è fuori. Ma quel che c'è fuori non è assolutamente paragonabile a quel che c'è dentro semplicemente per un motivo: dentro non si può scegliere, non si hanno opzioni. Le opzioni le dobbiamo continuamente creare noi, e non sempre si riesce a ritagliarle sulle singole situazioni. (responsabile di programma)

Quando una persona arriva in carcere per qualsiasi tipo di reato la sua salute ne risente inevitabilmente. Il sovraffollamento, le regole, la deprivazione dell'identità sono tutte cose che esistono ed incidono. E poi devi contare sulla deontologia dei singoli agenti che in qualche modo sono degli intermediari della salute. La Riforma ha apportato effettivamente dei benefici, ma non arriveremo mai ad una piena attuazione

del principio di uguaglianza. Noi ci impegniamo perché il diritto alla salute sia garantito, ma non abbiamo strumenti per controllare che sia effettivamente garantito.

(coordinatrice infermieristica)

Dalle parole degli intervistati emerge che tutti condividono l'idea che in carcere le prestazioni sanitarie sono erogate e garantite in modo equo. Tuttavia non tutti abbracciano in maniera altrettanto unanime il paradosso per cui il principio di uguaglianza nella tutela della salute abbia subito un totale sovvertimento, finendo per esprimere maggiormente i suoi presupposti nel contesto carcerario, piuttosto che nella realtà degli ospedali e degli ambulatori. Secondo alcuni il fattore ambientale e il fattore volitivo incidono a tal punto da rendere impossibile l'affermazione del principio di uguaglianza. Ma, a nostro avviso, occorre chiedersi se nella realtà esterna tali fattori non incidano con altrettanta intensità, soprattutto in relazione alla possibilità di scegliere le strutture in cui curarsi, le terapie adatte e i professionisti a cui affidare la propria condizione di malato.

Ciò induce a riflettere concretamente sulla salute nella società, in particolare negli strati inferiori. Ma tale riflessione rischia inevitabilmente di condurre alla conclusione per cui il carcere, che pure affligge sotto altri molteplici aspetti, di fatto rispetta il criterio di equità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

IV CAPITOLO

ALCUNE RIFLESSIONI SUL PERSONALE SANITARIO

IV.I Introduzione.

In questi paragrafi, sempre attraverso le parole degli intervistati, proveremo a delineare l'assetto organizzativo degli istituti penitenziari, per quel che attiene alla gestione dell'area sanitaria. Ci occuperemo di capire come sia avvenuto il trasferimento del personale medico e del personale infermieristico, concentrandoci sugli aspetti contrattuali e sull'interpretazione del proprio ruolo professionale da parte degli operatori.

Tratteremo della specificità dei compiti attribuiti agli operatori sanitari, e tenteremo di evidenziare le modalità con le quali viene costruita e trasferita la competenza tra i “vecchi” e i nuovi assunti.

Infine cercheremo di evidenziare le criticità che si manifestano nel rapporto tra medici e pazienti detenuti.

Gli operatori intervistati prestano la loro attività negli istituti penitenziari di Bologna, Modena, Ferrara, Parma, Rimini e Ravenna. Si tratta di istituti differenti per capienza regolamentare, indici di sovraffollamento, regimi detentivi applicati, caratteristiche della popolazione detenuta e numero di professionisti impiegati. Nonostante ciò è possibile evidenziare delle variabili ricorrenti nell'organizzazione e nella gestione dell'area afferente alla tutela della salute.

IV.II Il personale medico.

Il personale medico, dopo forti resistenze, è transitato alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale. Con il d.lgs 230 del 1999 si è stabilito che la medicina penitenziaria, incardinata nell'amministrazione penitenziaria, transitasse nel Servizio Sanitario Nazionale. Tale transito, oltre ad aspetti strettamente contrattuali, è considerato idoneo ad agevolare i medici nella

revisione del loro ruolo professionale. Cambia il datore di lavoro, e in tal modo dovrebbe cambiare anche l'approccio dei singoli professionisti rispetto alla salute dei detenuti. Ciascun operatore dovrebbe sentirsi svincolato da esigenze di sicurezza e maggiormente proiettato in una più ampia tutela del benessere del singolo individuo.

La sanità è sempre stata utilizzata nelle carceri in modo sbagliato anche da parte dell'amministrazione penitenziaria..cosa che capita anche oggi, però il fatto che ci siano professionisti che provengono da contesti diversi, pian piano immette un elemento di modificazione in questo modo di operare. (responsabile di programma)

Gli ex medici penitenziari sono stati così inquadrati nei ruoli delle singole AASSLL. Il personale è pressoché rimasto invariato, salvo qualche sporadica nuova assunzione dettata da un fisiologico *turn-over*. Raramente durante le interviste emerge una riflessione sulle scelte compiute dalle singole aziende, le quali avrebbero potuto imporre un più elevato ricambio all'interno del personale sanitario penitenziario.

Secondo le parole degli intervistati, il transito alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale non è sufficiente a modificare il modo di operare e di interpretare la loro professione. Emerge che si tratta ancora di professionisti fortemente legati alla precedente esperienza, che fanno fatica ad accettare e metabolizzare tale elemento di diversificazione.

Sono abituati a restare appiattiti dalle esigenze di sicurezza piuttosto che dalle esigenze di carattere sanitario..dopo vent'anni che fai parte di un determinato contesto è difficile cambiare il tuo modo di operare. (responsabile di programma)

Si tratta di persone di circa cinquanta o sessant'anni, con una personalità già strutturata che sono chiamati a cambiare l'approccio con il loro lavoro. (coordinatrice infermieristica)

I medici fanno fatica a non rispondere più alla direzione penitenziaria e a doversi rifare alla direzione delle singole Ausl. (coordinatrice infermieristica)

Hanno un'autonomia che molte volte rende difficile fargli capire dove si è diretti, e quindi ottenerne la partecipazione. (ex medico penitenziario)

La difficoltà sta nel conciliare gli usi, le consuetudini e le norme dell'ordinamento penitenziario, con un atteggiamento maggiormente finalizzato alla cura dei pazienti, sempre in un contesto di sicurezza, ma in un'ottica di continuità delle cure. (medico incaricato)

Alcuni intervistati inoltre ritengono che la Riforma abbia comportato una sorta di declassamento dei medici, e una progressiva perdita dei privilegi che prima gli venivano accordati dall'amministrazione penitenziaria.

A ciò si somma l'ampliamento delle responsabilità facenti capo al singolo professionista, il quale oggi è tenuto a rispondere direttamente, in solido con la singola Ausl, per le inadempienze di carattere sanitario.

Il carico di lavoro del personale sanitario è aumentato a dismisura. Dobbiamo essere maggiormente garanti nei confronti dei pazienti. (medico incaricato)

I medici oggi si sentono maggiormente responsabili rispetto a prima. Se prima c'era il cappello della direzione su tutto, adesso se non fai un certo esame e ci sono delle ripercussioni, la responsabilità è del medico. (coordinatrice infermieristica)

Abbiamo le paghe di dieci anni fa . Il lavoro è cambiato, i rischi sono aumentati, ma non gli incentivi. (medico incaricato)

Prima noi avevamo più voce in capitolo, si discuteva con la direzione e si cercava di risolvere il problema. Ora è tutto più burocratico e burocratizzare qualcosa significa renderla più difficoltosa, e ciò sempre a discapito dei livelli più bassi. (medico incaricato)

La perdita di privilegi è stata una delle argomentazioni maggiormente paventate da coloro che si sono opposti all'approvazione della Riforma. Più

specificatamente l'AMAPI (associazione medici amministrazione penitenziaria italiana), che rappresentava tutto il personale medico incardinato nell'amministrazione penitenziaria, si è fortemente opposta al passaggio di competenze, con motivazioni che sottolineano, da una parte, l'esigenza di garantire la specificità dei compiti dei sanitari e, dall'altra, gli effetti pregiudizievoli conseguenti all'inquadramento del personale nei ruoli dell'Ausl.

In realtà le resistenze di tale categoria derivavano più che altro dal timore di perdere alcune guarentigie accordate dall'inquadramento giuridico della categoria stessa, tra le quali, prima fra tutte, la possibilità di esercitare altre funzioni sanitarie all'esterno, senza alcun limite di incompatibilità che, al contrario, coinvolge tutto il personale del Servizio Sanitario Nazionale³⁹.

Tuttavia, nei fatti, il “declassamento” non è stato sancito, e la categoria ha chiesto e ottenuto il mantenimento del regime disciplinato dall'art. 2 della legge 740 del 1970, il quale dispone che “ai medici penitenziari non sono applicabili le norme sulle incompatibilità e sul cumulo di impieghi, né alcuna altra norma concernente gli impieghi civili dello Stato”.

Hanno un regime di compatibilità con altri lavori, di fatto fanno tre o quattro lavori e la loro presenza rispetto alle necessità del servizio è, come dire, parziale. (ex medico penitenziario)

Il datore di lavoro è cambiato, ma il problema è che i medici hanno comunque un rapporto di tipo libero professionale. (responsabile di programma)

Hanno una contrattualistica del lavoro che li tutela molto, però diventerà molto pesante anche per loro stare dentro ad un contesto che spinge verso una direzione completamente diversa. (coordinatrice infermieristica)

Si tratta di medici che non hanno l'incompatibilità con altri lavori, mentre nell'azienda non puoi avere altri rapporti. (coordinatrice infermieristica)

Le guarentigie sono state mantenute e le resistenze sono venute meno.

³⁹ P. Buffa (2013), *Prigioni. Amministrare la sofferenza*, op. cit.

Il mantenimento di questo regime contrattuale comporta la necessità di organizzare il lavoro all'interno dell'istituto secondo le esigenze dei singoli professionisti. In questo modo è possibile che le prestazioni sanitarie vengano garantite solo in determinate fasce orarie, almeno per quanto riguarda gli istituti minori. Inoltre, da un punto di vista più strettamente umano, potrebbe conseguire un parziale investimento dei singoli operatori nell'attività svolta all'interno del carcere, rispetto al coinvolgimento per le mansioni, sicuramente più remunerative, svolte all'esterno.

Una delle difficoltà che abbiamo avuto è l'organizzazione, perché i medici prestavano il loro lavoro in carcere a seconda dei loro bisogni esterni. Quindi un medico di medicina generale che ha l'ambulatorio tre volte alla mattina e due al pomeriggio, veniva in carcere due volte alla mattina e tre al pomeriggio. Adesso vogliamo cambiare tutto e dare degli orari precisi, e per questo qualcuno ha deciso di andar via. (coordinatrice infermieristica)

L'attività all'interno del carcere non è organizzata secondo le necessità del carcere, ma secondo l'organizzazione che ciascuno ha fuori. Ad esempio, in ogni braccio ci sono orari diversi in base agli orari ambulatoriali del medico che ci va. Questo è inaccettabile. (responsabile di programma)

Molti di loro erano abituati ad un sistema di carattere prestazionale, ossia faccio la visita e prescrivo le terapie. (responsabile di programma)

È difficile per loro sviluppare dentro un vero senso di appartenenza, perché questo è il loro secondo lavoro. L'investimento è relativo, il più delle volte interessa l'aspetto economico. (coordinatrice infermieristica)

Le vicende organizzative del personale predominano sulle esigenze, sugli interessi e sulle aspettative dei detenuti. La garanzia delle prestazioni sanitarie si riduce e si appiattisce a seconda delle esigenze professionali dei singoli operatori.

Il nuovo obiettivo dell'organizzazione carceraria sembra essere quello di

preservare e garantire maggiori diritti, non tanto nei confronti dei detenuti, quanto piuttosto nei confronti di tutti coloro che operano all'interno del contesto carcerario⁴⁰. Alcuni intervistati sottolineano la necessità di mantenere fermo questo regime affinché sia preservata l'incolumità fisica e psichica dei singoli operatori.

Da un punto di vista professionale bisogna trovare degli spunti per rimanere vivi professionalmente. (ex medico penitenziario)

A volte i medici si ammalano a lavorare in carcere...io stesso mi sono beccato il diabete da stress per i problemi che avevo qui dentro. (medico incaricato)

È oggettivamente riconosciuta la specificità dell'ambiente carcerario, ed è inopinabile che lo stesso influisca negativamente su tutti coloro che lo attraversano, siano essi detenuti o operatori.

Tuttavia, l'assetto sin qui descritto, appare del tutto inconciliabile con la presunta volontà del legislatore di garantire all'interno del contesto carcerario un servizio equivalente a quello prestato ai cittadini liberi. In effetti, lo stesso, sembra piuttosto rispondere alla volontà del legislatore di accogliere le istanze di centri di potere i cui interessi confliggono con i presupposti della Riforma.

Nonostante ciò dalle interviste emerge come i responsabili di programma e i coordinatori infermieristici si stiano mobilitando per definire un assetto più idoneo alle reali esigenze dei detenuti.

IV.III Il personale infermieristico.

Il personale infermieristico, a differenza del personale medico, è stato

⁴⁰ Le esigenze di carattere strettamente organizzativo non riguardano solo il personale sanitario, ma sembrano estendersi a chiunque presti mansioni all'interno del contesto carcerario. In tal senso Anastasia e Gonnella, in una riflessione sugli operatori carcerari, sostengono che "l'organizzazione della vita interna è funzionale ai ritmi del personale di polizia. Alle sette si chiudono le celle perché nei turni pomeridiani vi sono meno agenti che di mattina. Tutto si ferma. Il carcere assomiglia agli uffici pubblici degli anni Sessanta. Prima di tutto vengono i bisogni del personale. Solo nel caso in cui casualmente vi sia una coincidenza di interessi fra gli uni e gli altri si terrà conto anche dei detenuti, altrimenti fa niente". Anastasia e Gonnella (2005), *Patrie galere. Viaggio nell'Italia dietro le sbarre*, Carocci, citato in Buffa P. (2013), *Prigionieri. Amministrare la sofferenza*, op. cit. p 81.

completamente sostituito o comunque integrato nella maggior parte degli istituti regionali. In alcuni casi è avvenuto un inquadramento degli infermieri nei ruoli dell'Ausl, in altri ciò era già avvenuto da diversi anni, e in altri ancora, la maggior parte, si sono effettuate nuove assunzioni.

La figura dell'infermiere in ambito carcerario presenta diversi profili di interesse. All'interno delle categoria dei sanitari gli infermieri, date le mansioni cui sono adibiti, partecipano con più frequenza alla quotidianità dei detenuti e hanno la possibilità di instaurare un dialogo che prescinde da aspetti prettamente medici.

Tuttavia, sotto altro aspetto, si tratta degli operatori il cui ruolo è stato maggiormente sminuito, e in molti casi non riconosciuto, tanto da parte degli operatori penitenziari, quanto da parte del personale medico.

L'infermiera è sempre stata vista come mera distributrice di compresse. Io non sostituisco una macchina. (infermiera)

Gli infermieri erano considerati meri esecutori, sia da parte dei medici, che da parte degli agenti. (coordinatrice infermieristica)

Nella visione degli agenti l'infermiera è quella che tira fuori la cartella, somministra la compressa e fa quello che dicono loro. Non è così. L'infermiera può mettere in atto programmi di salute per il paziente, può trattarsi di corsi di educazione, colloqui, visite di controllo. può trattarsi di tante cose. Ma questo spesso non viene considerato. (infermiera)

Ci sono stati dei momenti in cui gli agenti chiedevano che l'infermiera si trasformasse in un poliziotto. Mi chiedevano di ispezionare le bocche dei detenuti per verificare che avessero assunto la terapia. Gli ho risposto che non esiste, sono persone in grado di intendere e di volere. Il problema della sicurezza è il loro e non del sanitario. (infermiera)

Ci sono due contrapposte esigenze. Il regolamento d'istituto dice che la terapia deve essere presa davanti all'infermiere, mentre dal punto di vista medico si dovrebbe

puntare alla responsabilizzazione del singolo paziente. L'amministrazione penitenziaria spinge molto sul controllo per evitare accumuli di farmaci. (medico incaricato)

Nonostante le resistenze di alcuni operatori carcerari e di una parte del personale medico, sembra che questa fetta di operatori sanitari stia cercando di intraprendere percorsi maggiormente autonomi e indipendenti rispetto ai condizionamenti interni.

All'interno di questa categoria la Riforma ha rappresentato il presupposto per procedere ad una revisione del loro ruolo professionale, delle loro mansioni, e delle loro competenze, seppur all'interno di un contesto fortemente limitativo quale quello carcerario.

Ora si ha una maggiore messa in evidenza delle peculiarità dell'infermiere e una maggiore possibilità di ritagliarsi un ruolo autonomo. (infermiera)

La concezione di infermiere in carcere non esisteva e quando siamo arrivati c'è stato un grosso conflitto perché non eravamo più a disposizione di quello che loro pensavano. C'era una cultura nuova da far passare: gli infermieri sono tutti laureati e non sono più dei generici esecutori. (coordinatrice infermieristica)

Sicuramente da parte dell'infermiera c'è stato un nuovo modo di interpretare il proprio ruolo professionale, anche se bisogna sottolineare che nelle singole strutture sanitarie non è poi tutto rose e fiori. L'autonomia che riconosce la legge è ben più ampia di quella che esiste nella pratica. (infermiera)

Il ruolo dell'infermiere ora è diverso. Non hai più il mansionario e sei responsabile di quello che fai. (coordinatrice infermieristica)

Il rapporto con il singolo detenuto è cambiato molto. Per noi non è un detenuto. Noi non siamo neanche tenuti a sapere perché sta in galera, e questo la dice lunga.. (infermiera)

Gli infermieri e le infermiere, secondo le parole degli intervistati, sono quelli che maggiormente hanno recepito i principi della Riforma, e che con fatica

stanno cercando di ritagliarsi una loro autonomia professionale. Tale percorso di emancipazione, di per sé conflittuale, ha il pregio di rendere visibile la distinzione tra l'area custodiale e l'area sanitaria. Si tratta di una distinzione che non riguarda solo le modalità di operare, ma si estende ad ulteriori fattori determinati da una diversa cultura professionale. Questo percorso di progressiva libertà professionale, a nostro avviso, è stato reso possibile dall'ampio *turn-over* che ha interessato il personale infermieristico. Si tratta, nella maggior parte dei casi, di professionisti ignari rispetto alle peculiarità del contesto carcerario, che sono in grado di riproporre all'interno delle mura pratiche e modelli acquisiti all'esterno. Questo aspetto ha il pregio di consentire che i detenuti, almeno nelle prestazioni rese dagli infermieri, godano di un servizio sanitario non intriso dal pregiudizio derivante dalla loro condizione.

IV.IV Specificità degli interventi sanitari nel contesto carcerario.

Come sottolineato nelle pagine precedenti, una delle argomentazioni di coloro che si opponevano all'approvazione della Riforma si basava sulla specificità dell'intervento sanitario in carcere. Molti medici dell'associazione AMAPI, sostenevano che le competenze di medicina generale non fossero sufficienti per operare all'interno dell'istituto penitenziario.

La specificità delle competenze deriverebbe innanzitutto dalle peculiarità del contesto carcerario. Un contesto di per sé patogeno, che richiede un'accurata conoscenza, data dall'esperienza sul campo, delle modalità di influire e rimodulare la personalità e il corpo degli individui che lo subiscono.

La specificità inoltre sarebbe dettata dalle caratteristiche dei pazienti detenuti. Sotto questo aspetto, nella visione della maggior parte degli operatori sanitari, è necessario aver coscienza del ruolo che la salute svolge per i detenuti. Molti ritengono che in carcere si assista ad un completo sovvertimento del patto terapeutico. In questa visione la salute rappresenta un audace strumento, ampiamente utilizzato per ottenere la scarcerazione.

Spesso i sintomi dei pazienti non sono considerati reali, ma vengono letti come mezzo per ottenere una relazione positiva del sanitario da inviare al magistrato

di sorveglianza.

Se queste sono le premesse, ciascun sanitario dovrebbe essere in grado di discernere gli episodi di simulazione rispetto a quelli in cui effettivamente si è in presenza di un reale disturbo.

Tuttavia la Riforma ha inteso negare la peculiarità degli interventi sanitari nel contesto carcerario. Ciò è stato fatto disciplinando il principio di uguaglianza nella tutela della salute, in base al quale i detenuti e gli internati devono essere pienamente equiparati ai cittadini liberi. E se tale equiparazione esiste nella erogazione dei servizi sanitari, dovrà necessariamente esistere anche nel momento in cui si decifrano i sintomi del paziente detenuto. Malgrado le statuizioni di principio muovano verso una piena uguaglianza, all'interno del percorso di valutazione e successivo trattamento della patologie riscontrate, la cultura professionale del singolo medico penitenziario risulta ancora oggi fondamentale. Inoltre, alcuni degli intervistati, sostengono che per operare all'interno del carcere siano necessarie ulteriori e più specifiche competenze.

Il carcere è una realtà molto differente dagli ospedali e dagli ambulatori. Questi, pur con le grandissime innovazioni degli ultimi anni, rimangono contesti tradizionali della storia clinica. (responsabile di programma)

Parecchi danno l'idea di chi cade a terra chiedendo aiuto, ma nel momento in cui gli si dice di aggrapparsi rifiutano l'aiuto e spostano la mano..la patologia è spesso accentuata da parte dei pazienti. (medico incaricato)

Io credo che sia necessario acquisire specifiche competenze. A tal fine è determinante l'esperienza sul campo. (infermiera)

Una formazione di medicina generale non è sufficiente, anche perché l'assetto istituzionale e la condizione detentiva modificano fortemente l'approccio di un medico. (responsabile di programma)

Altri si concentrano su elementi prevalentemente deontologici. Più specificatamente, ritengono che la peculiarità della loro professione risieda

principalmente nel sapersi prendere cura di qualsiasi paziente, indipendentemente dal motivo per cui si trova in carcere. A tal fine è necessario ricercare un approccio con il paziente che prescindano, per quanto possibile, dal reato che lo stesso ha commesso.

Il medico deve sapersi muovere nel contesto carcerario, che vuol dire riconoscere le regole dettate dall'amministrazione penitenziaria in materia di sicurezza e sapersi comportare rispetto a queste, trattare le persone come persone, saper conservare le stesse modalità che hai con una persona all'esterno. Il medico non deve pensare di avere a che fare con dei minorati o con persone che sono il reato che hanno commesso.
(ex medico penitenziario)

Un aspetto che difficilmente emerge è il livello valoriale del singolo professionista. Il carcere ti pone costantemente davanti alla contraddizione del doverti prendere cura di persone che hanno commesso delitti anche gravi. È qui che vengono in gioco i valori etici e professionali del singolo operatore. (responsabile di programma)

Dalle parole degli intervistati, seppur con approcci molto differenti che in alcuni casi evidenziano il contesto, in altri l'alterazione del rapporto medico-paziente, e in altri ancora l'etica del singolo professionista, emerge la necessità di riconoscere la specificità degli interventi sanitari nell'ambiente carcerario.

Tuttavia una specializzazione carceraria non è ancora stata creata.

In relazione ai nuovi assunti, nella maggior parte dei casi, non sono stati ideati appositi corsi di aggiornamento o di formazione. Ciò è in linea con i presupposti del d.lsg 230 del 1999 il quale, sancendo il passaggio di competenze dall'amministrazione penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, ha riconosciuto che le abilità praticate all'interno degli ospedali fossero spendibili anche all'interno del contesto carcerario.

A livello regionale, con la deliberazione num. 8237 del 2011, è stato approvato il “percorso clinico-assistenziale per le persone detenute”. Si tratta di una sorta di manuale operativo, nel quale vengono definiti specifici standard clinico-assistenziali e specifiche modalità di intervento da attuare durante tutto il periodo della detenzione. Il documento viene distribuito fra tutti gli operatori

sanitari, i quali dovranno “formarsi” in relazione ai moduli e ai protocolli definiti dallo stesso.

Questa Regione sta cercando di formare le persone che operano in carcere rispetto a determinati obiettivi. In tal senso il percorso assistenziale non è un libro freddo da leggere, ma contiene l'insieme dei principi metodologici che devono essere rispettati all'interno del carcere. Senza formazione questa Riforma non ha via d'uscita. (ex medico penitenziario)

Sempre a livello regionale, si sta cercando di inserire all'interno dei singoli istituti di pena una nuova figura professionale, quella del promotore della salute. Il compito primario di tale figura è quello di promuovere una maggiore equità nella tutela della salute delle persone recluse. A tal fine è necessario individuare preliminarmente le difficoltà riscontrate da parte della popolazione detenuta nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Si tratta di una sorta di *trait d'union* tra la popolazione detenuta e il personale sanitario. Nei confronti della prima deve promuovere una maggiore responsabilizzazione della stessa per quanto riguarda lo stato di salute, e inoltre deve creare i presupposti affinché i singoli detenuti possono esprimere il loro disagio.

Nei confronti del personale sanitario invece, il promotore di salute deve mobilitarsi affinché gli stessi siano in grado di instaurare relazioni significative con i pazienti, superando in tal modo le diversità culturali e comunicative presenti.

“Il promotore di salute dovrebbe essere un'equivalente dell'educatore di strada per i Sert. Si immagina una figura di questo tipo all'interno di ogni sezione, capace di cogliere il disagio in un'ottica di prevenzione. È chiaro che l'operatore deve essere formato a ritenere il malessere come un elemento da indagare”. (ex medico penitenziario)

A livello regionale (Emilia-Romagna, Veneto, Lombardia), su finanziamento del Ministero, è stata individuata la figura del promotore di salute. Si tratta di una figura

che dovrà essere presente negli istituti, il cui compito è quello di favorire una pre-presenza in carico sanitaria. (responsabile di programma)

Infine, per quanto attiene all'esperienza dei singoli istituti, la specificità degli interventi è stata garantita attraverso un passaggio di conoscenze professionali tra i “vecchi” operatori sanitari e i nuovi assunti. Tale passaggio è stato attuato attraverso la previsione di un periodo, più o meno lungo, di affiancamento.

Io parlo con quelli che chiedono di venire in carcere. Una volta ottenuta l'autorizzazione, iniziano con degli affiancamenti e quindi con dei turni aggiuntivi rispetto alla loro attività. Terminata questa fase, sentiamo il parere della persona, nonché di coloro che l'hanno affiancata e, nel caso, procediamo al passaggio. Una volta dentro continuano con l'affiancamento di un esperto e in parallelo c'è una formazione data dagli incontri periodici con l'equipe sanitaria. (responsabile di programma)

Ci sono stati dei corsi ma non così soddisfacenti, è prevalso l'affiancamento. Se ti trovi con chi ha voglia di farti vedere e tu vuoi imparare allora sì..ma spesso c'è chi vive solo del suo orticello. (medico incaricato)

Chi viene in carcere per la prima volta non fa un corso ma un affiancamento. È un affiancamento complicato perché il carcere è molto differente dagli ospedali e dagli ambulatori. (responsabile di programma)

IV.V Il rapporto tra medico e detenuto.

Il rapporto tra il medico e il detenuto sembra muoversi solo apparentemente lungo i binari ordinari che si instaurano fra medico e paziente. Le manifestazioni patologiche sembrano “diverse”, ma anche il ruolo e la posizione del sanitario rispetto alle stesse sembra essere “diversa”. Sotto questo profilo, le funzioni attribuite al medico sono definite dalla disciplina vigente e dall'ordinamento penitenziario. Ma, per quanto la normativa possa presentarsi esaustiva, si tratta comunque di una figura inserita in un'Istituzione totale, che poco ha di sanitario.

Un rapporto tra medico e paziente presuppone una fiducia tra i due soggetti, che

consenta al primo di agire esclusivamente a tutela della salute, e agevoli l'altro nell'affidare la sua condizione ad un professionista. In carcere l'elemento fiduciario è spesso assente.

La presa in carico da modello presuppone un'alleanza terapeutica tra paziente e medico. Ma in carcere il livello di alleanza terapeutica è molto fragile. (responsabile di programma)

In carcere si ha una sorta di sovvertimento del patto terapeutico. Io di norma con il mio paziente ho un rapporto che si basa sulla fiducia. Io mi aspetto che lui mi racconti i suoi problemi e che rispetti le indicazioni terapeutiche, e lui si aspetta che io in scienza e coscienza gli dica come la penso sul suo caso. Anche nella vita ci può essere discrepanza, ma in carcere la salute è uno strumento per tante cose. (responsabile di programma)

La salute, secondo molti degli intervistati, rappresenta uno strumento per ottenere la scarcerazione per incompatibilità con il regime carcerario, ovvero per ottenere un'autorizzazione per una visita esterna che consenta al detenuto di allontanarsi per poche ore dalla routine carceraria. In altri casi la salute, e più specificatamente la degradazione della stessa attraverso gesti autolesionistici, può essere finalizzata a ripristinare una comunicazione con l'Istituzione; in altri ancora può rispondere all'esigenza del detenuto di riadattare la sua personalità al contesto di cui fa parte.

Tuttavia da ciò non consegue necessariamente che la fiducia non possa entrare a far parte del patto terapeutico. Il medico deve essere messo nelle condizioni di poter esercitare la sua professione e di poter rispondere adeguatamente alle richieste (inerenti al suo operare) che gli sono rivolte dal detenuto. Ma anche quest'ultimo deve essere in grado di instaurare un'alleanza con il personale sanitario, e ciò è possibile solo se nella visione della popolazione detenuta i sanitari si occupino esclusivamente di curarli, sulla base di esigenze prevalentemente mediche.

Molto spesso accade che il medico sia considerato una delle poche persone con

cui evadere per pochi istanti dalla realtà carceraria.

Ho sempre la sensazione che quando entrano in ambulatorio siano per loro cinque minuti di vita normale in un ambiente che non ha niente a che fare con la normalità.
(responsabile di programma)

Spesso chi non ha una visita passa dall'infermeria anche solo per fare due chiacchiere.
In questo modo si esce per un attimo dalla routine. (infermiera)

In carcere non hai niente da fare in tutta la giornata, quindi andare dal medico rappresenta il modo più banale per uscire dalla cella. (ex medico penitenziario)

Queste affermazioni sembrerebbero favorire il legame fiduciario tra medico e paziente detenuto. Tuttavia, almeno secondo l'impostazione di coloro che ritengono che la salute rappresenti solo uno strumento per ottenere dei benefici, anche queste forme di comunicazione potrebbero risultare finalizzate ad instaurare una fittizia fiducia con il medico, affinché lo stesso accolga senza riserve le problematiche che gli vengono descritte dal singolo detenuto.

Con il termine *medicalizzazione impropria*⁴¹ si fa riferimento al fenomeno per cui la persona malata strumentalizza la sua condizione al fine di ottenere dei vantaggi.

In ambito carcerario molti medici sostengono che spesso il detenuto aggravi le sue reali condizioni o simuli uno stato patologico, al fine di ricevere un parere del sanitario che lo agevoli nell'ottenere determinati provvedimenti, quali il ricovero esterno, la traduzione, ovvero la concessione di misure alternative alla detenzione.

Per il detenuto la patologia rappresenta spesso uno strumento per ottenere la scarcerazione. (responsabile di programma)

Io posso aiutare chi vuole farsi aiutare, non chi non vuole. Ci sono persone che pensano che più è alto il fascicolo sanitario, più è alta la possibilità di uscire fuori.

⁴¹ Laura Baccaro (2003), *Carcere e salute*, op. cit.

Giocano con la loro pelle ma non ti fanno entrare. (medico incaricato)

Quest'ultima affermazione fa riflettere sull'utilizzo che il detenuto fa del suo corpo. Durante la detenzione sembra operare una sorta di dissociazione tra il corpo e la mente dell'individuo. Il detenuto cede il suo corpo all'Istituzione, al fine di preservare la componente più intima di sé stesso. Più specificatamente Laura Baccaro sostiene che “il detenuto non tutela più la sua salute nel momento in cui non comunica più con sé stesso (scissione interna che avviene al momento dell'ingresso in carcere) ma, per ripristinare questa comunicazione, giunge a menomare il suo corpo mantenendosi così paradossalmente più sano”⁴². Secondo l'autrice, i gesti di autolesionismo molto spesso sono finalizzati a ripristinare una comunicazione orizzontale con l'Istituzione. Quest'ultima, per sopravvivere, ha bisogno di corpi integri. Il mandato che la legge le attribuisce, su un piano prettamente formale e teorico, non ammette che il corpo venga sottratto o danneggiato. L'impostazione fin qui descritta presuppone una sorta di riconoscimento dell'autorità da parte del detenuto. Ma può esserci anche una forte necessità comunicativa e autopoietica di costruzione continua del sé e, sotto questa prospettiva, la deformazione corporea, con tatuaggi, piercing, tagli e menomazioni può aiutare il detenuto nella costruzione di una nuova identità maggiormente adatta al contesto⁴³.

Tuttavia chi è chiamato ad interpretare le manifestazioni corporee del detenuto, non dovrebbe pensare che dietro ogni sintomo ci sia una possibile simulazione di colui che lo avverte. Ciò contribuisce ad alterare le capacità di giudizio e di valutazione degli operatori sanitari, nei compiti dei quali non dovrebbe essere ricompresa l'analisi delle finalità carcerarie e non che muovono i pazienti detenuti.

La sanitarizzazione è un processo che gli stessi medici vivono come risposta ai problemi. I vecchi medici penitenziari sono fortemente medicalizzati e sanitarizzati.

⁴² Laura Baccaro, *Riflessioni critiche su carcere e salute: quando parlare di salute è parlare di libertà*, in M. Esposito (2007), *Malati in carcere*, op. cit.

⁴³ Riflessione emersa durante una discussione privata, in data 25.01.2014.

Tendono sostanzialmente a portare dentro parti che non afferiscono direttamente al sistema sanitario. (responsabile di programma)

È molto più facile pensare che uno simuli, perché sei sempre stato abituato a credere che il detenuto sia un simulatore. È molto più facile sminuire un mal di testa e credere che non sia un'urgenza, perché prima si faceva così. (coordinatrice infermieristica)

La strumentalizzazione e la *sanitarizzazione* dei problemi, non avvengono solo da parte dei detenuti; con larga frequenza sono perseguite dalla stessa amministrazione penitenziaria, la quale riversa sull'area sanitaria la gestione di situazioni scomode, pregiudizievoli dell'ordine e della sicurezza necessari affinché il carcere “funzioni”.

Il sistema penitenziario oggi scarica sul sistema sanitario, in maniera non cosciente e volontaria, ma comunque in un corto circuito interessante, tutta una serie di contraddizioni. Il primo sintomo è sempre un equivalente sanitario: tentato suicidio, autolesionismo, crisi d'ansia, angoscia, disturbi psicosomatici. (responsabile di programma)

La sanità è sempre stata usata nelle carceri in modo sbagliato anche da parte dell'amministrazione penitenziaria. È stata usata come prassi e non come idea, come una specie di braccio armato per tenere buona la gente. (responsabile di programma)

La maggior parte degli intervistati sottolinea un senso d'impotenza nel risolvere le situazioni che vengono loro attribuite dall'amministrazione penitenziaria.

Fai fatica a dire che il mal di stomaco di un detenuto non è un mal di stomaco. Poi se ti accorgi che non ha prospettive, che non ha un lavoro, che non riesce a telefonare a casa..il mal di stomaco è giustificato. Ma tu non puoi lavorare su quest'altra parte, perché ovviamente su quest'altra parte puoi incidere minimamente. (responsabile di programma)

Per rispondere adeguatamente ai disagi dei detenuti dovresti incidere su tutta una serie di fattori, quali celle, promiscuità, lavoro esterno..dovresti incidere su tutto il sistema, e

ciò richiede l'investimento di risorse che nessuno oggi ha o che comunque non intende spendere. (responsabile di programma)

Le esigenze di sicurezza, intesa come ordine dell'istituto e disciplina di coloro che lo vivono, prevalgono su qualsiasi aspetto dell'organizzazione carceraria, e la Riforma non sembra aver scalfito questa preminenza. La salute, anche nell'assetto dettato dalla nuova normativa, sembra doversi sacrificare in un dimensione organica e ambientale.

Affinché l'ordine sia ristabilito o comunque mantenuto, indipendentemente dalla natura delle ragioni che lo hanno smosso, si attribuisce agli operatori sanitari il compito di risolvere i fattori problematici. Ma con quali modalità e con quali strumenti potranno essere momentaneamente risolti questi episodi? Si chiederà ai medici, non più sanitari ma legali, di dialogare, sedare e contenere i detenuti “agitati”, quel tanto che basta perché le cause alla base del disagio vengano oscurate. La risposta farmacologica, e più specificatamente la somministrazione di psicofarmaci, in queste ipotesi diventa uno dei mezzi possibili per riportare la “tranquillità” nella sezione.

L'equilibrio tra l'ascoltare e il contenere è molto labile, soggettivo e soprattutto fortemente legato al sistema carcerario di riferimento. (responsabile di programma)

Prima di tutto viene privilegiato l'aspetto custodiale. Davanti all'urgenza questo decade, ma è necessaria un'urgenza vera e propria..è necessario il pericolo di vita, altrimenti predomina l'aspetto custodiale. (medico incaricato)

Io ho lavorato per molti anni in Medio Oriente, nello Stato di Israele e lì, per analogia, la sicurezza è il tabù che giustifica qualsiasi cosa. Devo espropriare un paese arabo per motivi di sicurezza, nessun problema posso buttare giù tutto. Magari la sicurezza non c'entra niente, ma il suo mantenimento è una cosa che viaggia sopra la testa di tutto e di tutti. Tutti devono comunque piegarsi a questa passione che sovrasta ogni cosa..anche qui il problema non è la sicurezza nazionale, il problema è eventualmente capire come far sì che certe persone agiscano in maniera diversa. La sicurezza della società andrebbe calibrata in modo differente. (responsabile di programma)

Il problema degli operatori sanitari sui quali si riversano, da una parte, esigenze di sicurezza e disciplina e, dall'altra, esigenze di scarcerazione, è mantenere un'autonomia di giudizio. In questo senso la separazione tra l'area trattamentale e l'area medica appare funzionale ad un superamento di questa impostazione, ma occorre domandarsi se sia sufficiente ad incidere realmente su un sistema granitico e monolitico come il carcere.

V CAPITOLO

PATOLOGIE E DETENZIONE

V.I Il corpo nel tempo e nello spazio della prigione.

Il carcere si caratterizza per le sue capacità di incidere in modo ortopedico sul corpo e sulla mente del detenuto.

Per quanto la spettacolarizzazione dei supplizi sia venuta meno, la detenzione è ancora una sofferenza legale destinata a produrre malattia. Riprendendo Foucault “laddove il corpo marchiato, squarciato, bruciato annientato del suppliziato è scomparso, è apparso il corpo del prigioniero, doppiato dell'individualità del “delinquente”, della piccola anima del criminale che l'apparato stesso del castigo, ha fabbricato come punto di applicazione del potere di punire”⁴⁴.

Il carcere è ancora oggi una pena corporale. “Dire che il carcere è il luogo o lo strumento per patire il dolore della sola perdita della libertà è mentire o prestare fede alle bugie dei giuristi”⁴⁵.

Oggi, come prima, è necessario riflettere sul rapporto tra corpo e potere, o meglio, tra persona privata della libertà e realtà penale.

Il corpo inquisito è trasformato dall'attività dei mezzi di comunicazione di massa in simbolo della devianza, incarnazione del reato commesso le cui conseguenze dovrebbero, da una parte, allontanare gli altri consociati dall'adottare comportamenti equivalenti e, dall'altra, collaborare a diffondere un senso di insicurezza sociale funzionale al mantenimento del sistema penale. I mezzi di comunicazione di massa si trasformano in *imprenditori morali*, capaci di comunicare e trasmettere la paura ad un numero ampio di persone, ma anche di alimentare questo senso di paura e, non da ultimo, di crearlo.

I mass media secondo Dal Lago (2004) rappresentano una vera e propria *macchina della paura*, i cui ingranaggi incidono irrimediabilmente sulla

⁴⁴ M. Foucault (1975), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, op. cit., p.79

⁴⁵ M. Pavarini, in Gallo e Ruggiero (1989), *Il carcere immateriale*, edizioni sonda, p. 2

coscienza sociale. Tale capacità di orientamento e di definizione, sempre secondo l'autore, dipende da alcuni fattori strategici. Innanzitutto dall'accordo instaurato tra gli attori sociali impegnati, a qualsiasi titolo, nella produzione di definizioni. In secondo luogo dalla possibilità accordata agli stessi di definire determinate situazioni. In tal senso, davanti alla commissione del reato, la vittima è legittimata per prima a definire gli elementi contestuali dell'accaduto, indipendentemente dall'accertamento di una responsabilità dell'autore del fatto. Infine il terzo fattore strategico consiste nel trasformare l'allarmismo della situazione così definita, in pericolo oggettivo. In questa ultima fase è fondamentale la capacità della stampa di imporre "la definizione della situazione" e in tal modo di costruire ciò che dev'essere considerato rilevante o di interesse pubblico⁴⁶.

Le stesse caratteristiche possono essere applicate al rito penale.

In ogni caso si tratta di un processo di comunicazione sociale, in cui alla persona prossima alla detenzione sono accordate limitate capacità d'intervento, così come è circoscritta la rilevanza riconosciuta all'immagine di sé, alla propria identità, e alle ragioni che hanno dettato un determinato comportamento.

Ciò che ci viene restituito da parte dell'Istituzione è un uomo vuoto, un simbolo, un simulacro, al quale vengono riconosciute limitate possibilità di comunicare⁴⁷. Terminato l'atto pubblico del processo, e terminata la costruzione di un forte allarmismo sociale, l'uomo internato perde visibilità e non ricopre più alcun interesse per l'opinione pubblica, la quale procederà a ricercare un nuovo simbolo di insicurezza.

Tuttavia per il sistema penale la rilevanza del deviante è ancora alta. È proprio a partire dal momento dell'internamento che la sofferenza legale inizia a produrre i suoi effetti. La detenzione è una pena corporale, produce morte e malattia; è

⁴⁶ L'autore compie un'accurata analisi dei meccanismi che nella società contemporanea hanno contribuito a creare un forte allarmismo nei confronti dei soggetti migranti. In questo processo il potere dei mass media di attribuire un significato predominante a determinati fenomeni appare fondamentale per una progressiva criminalizzazione dei migranti. Noi riteniamo che questo potere agisca con le stesse modalità, nella definizione e individuazione delle categorie che, in un dato momento storico, sono etichettate come devianti. A. Dal Lago (2004), *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano.

⁴⁷ Laura Baccaro (2003), *Carcere e salute*, op. cit.

volutamente inflitta, a livello funzionale, per far soffrire l'anima e ,secondo i criteri di legittimazione, per emendarla. Coerente con questa impostazione è il passaggio prospettato da Gallo e Ruggiero (1989), dal Panopticon al carcere piranesiano.

Il Panopticon di Bentham è un modello architettonico adottato dalla maggior parte delle prigioni tra gli anni '30 e '40 del XIX secolo. Questo modello si caratterizza per un gioco di luci e vetri che non consentono al detenuto di capire quando viene sorvegliato. L'obiettivo è far sì che la sorveglianza sia permanente nei suoi effetti, piuttosto che nella pratica. I detenuti in tal modo dovrebbero interiorizzare la norma e farsi portatori essi stessi del meccanismo della sorveglianza. Il Panopticon è “il modo più diretto di tradurre nella pietra l'intelligenza della disciplina; di rendere l'architettura trasparente alla gestione del potere; di permettere che alla forza e alle costrizioni violente sia sostituita la dolce efficacia di una sorveglianza senza pecche”⁴⁸.

Al contrario nel carcere piranesiano viene introdotta una quarta dimensione, la dimensione del tempo. Dalla tortura dello spazio alla tortura del tempo. La cella, le mura, le serrature sono trasformate in metafore meno palpabili ma altrettanto incisive. Il prigioniero diviene prigioniero di sé stesso, del proprio labirinto mentale, il quale può essere vissuto solo interiorizzando le norme che lo generano. E la reclusione non consiste più, o non solo, nella limitazione dello spazio, ma si estende ad una dilatazione insopportabile del tempo, che nelle tavole di Piranesi, è immaginato come un susseguirsi di scale elicoidali, pozzi senza fine, precipizi incolmabili, soffitti irraggiungibili, asimmetrie ottiche e specularità visive che rendono la restrizione concreta ma altrettanto infinita.

Dal carcere materiale si passa al *carcere immateriale*, nel quale la dimensione temporale e la sua percepita estensione rendono la pena una sofferenza senza fine. È il tempo ad essere centrale. Gallo e Ruggiero sostengono che la sicurezza, le norme interne, l'ordine carcerario devono necessariamente trasformarsi in scansione dei giorni, e in una rigida autodisciplina, attraverso la quale il detenuto si autogestisce durante la reclusione. “Al detenuto è chiesto di

⁴⁸ M. Foucault (1975), *Sorvegliare e Punire*, op. cit, p.273

farsi regola esso stesso, regola di sé stesso e contro sé stesso”⁴⁹.

Il tempo indefinito in uno spazio limitato è il primo elemento ad incidere irrimediabilmente sullo stato di salute del soggetto detenuto. È un tempo che crea un profondo stato di solitudine in un ambiente forzatamente rumoroso. Tra il vociare dei detenuti, il suono della radio, il rumore delle chiavi e il trambusto della televisione, la comunicazione si svuota e il detenuto perde progressivamente la capacità di attribuire un significato costruttivo alla relazione con l'esterno. È un tempo vuoto e rumoroso, il cui scorrere lentamente non è in alcun modo controllabile.

Il problema del nostro carcere oggi è la noia, non ci sono attività. (infermiera)

La testa deve essere occupata. Bisognerebbe provare a parlare e capire come si può intervenire. (medico incaricato)

Tutto ciò avviene in uno spazio estremamente limitato, in cui i detenuti sono costretti ad una convivenza forzata. La promiscuità coatta è un altro fattore idoneo ad acuire l'insalubrità dell'ambiente carcerario, favorendo il contagio delle patologie infettive. Ma incide anche su un altro aspetto. Priva il detenuto del suo spazio vitale e lo costringe ad una tortura che in molti casi può essere più snervante della solitudine.

Non so se ha mai visto un convento? Quando le celle sono aperte, i detenuti fanno così..vanno avanti e indietro. Se solo avessero uno spazio per poter semplicemente passeggiare. (responsabile di programma)

La restrizione della libertà in celle molto piccole con quattro detenuti, è pregiudizievole innanzitutto dal punto di vista psicologico. (medico incaricato)

Il sovraffollamento incide soprattutto sulle patologie psichiatriche, sulle patologie infettive e sui gesti di autolesionismo. A me pare che questi ultimi aumentino in modo direttamente proporzionale all'affollamento. (infermiera)

⁴⁹ Gallo e Ruggiero (1989), *Il carcere immateriale*, op. cit. p. 8

Tutti gli intervistati riconoscono che lo stato di salute è fortemente condizionato dal sovraffollamento ma, nessuno riconosce che quest'ultimo possa incidere sulle proposte di cura rivolte ai pazienti. Ciò appare contestabile, quantomeno se si ritiene che le prestazioni sanitarie non si limitino a meri supporti farmacologici.

I detenuti sono mutilati, tanto nelle possibilità di movimento, quanto nelle possibilità di occupare il tempo con attività che li rendano mentalmente attivi. Si tratta di una condizione fisica e psichica forzata, in cui l'intreccio tra l'elemento temporale e l'elemento spaziale, allontana la realtà carceraria anche dal più esteso concetto di normalità.

Il detenuto, secondo Gallo e Ruggiero (1989), è cosciente che l'immobilità fisica e mentale causa una progressiva regressione della sua personalità. A nostro avviso si tratta di una visione radicale, che non sempre rispetta l'individualità delle singole esperienze detentive, che possono differenziarsi per durata, regime applicato e soprattutto per le capacità di resistenza del singolo.

Maggiormente diffusa è la consapevolezza che per sopravvivere è necessario mantenere uno stretto legame di dipendenza con l'Istituzione carceraria. Forse questo è l'aspetto più umiliante dell'esperienza detentiva: il detenuto è costretto ad utilizzare proprio quegli stessi servizi che sono causa primaria della sua menomazione. Ciò avviene attraverso la compilazione della "domandina", finalizzata ad autorizzare anche la più banale delle richieste che il detenuto muove all'Istituzione. La domandina per comprare il dentifricio, la domandina per chiamare a casa, la domandina per fare ginnastica, la domandina per avere un colloquio, la domandina per (r)esistere.

L'Istituzione riconosce al singolo detenuto limitate capacità di valutazione, di scelta e di autodeterminazione, e al contrario spinge affinché lo stesso interiorizzi le pratiche e le norme carcerarie auto-disciplinandosi rispetto alle stesse.

"La domandina rappresenta in carcere l'elemento più grottesco e irritante dei labirinti burocratici; il carcere è anche questo: una sorta di ufficio pubblico che punisce con la lentezza dei suoi "servizi" e obbliga l'utente alla completa

paralisi”⁵⁰.

Tempo, spazio e fittizia comunicazione con l'Istituzione carceraria, sono i primi elementi ad incidere irrimediabilmente sul corpo e sulla mente dei detenuti.

I detenuti possono reagire a questa menomazione principalmente attraverso l'adozione di due contrapposti comportamenti: quello aggressivo e quello depressivo. Può trattarsi insomma di un'esplosione o di un'implosione nervosa.⁵¹

Il comportamento aggressivo è finalizzato a creare disordine, a venir meno alla disciplina del carcere, ma può essere fortemente controproducente, perché rigidamente penalizzato dall'Istituzione e poco adeguato alla convivenza con gli altri detenuti. Quello depressivo può invece manifestarsi in una sorta di necessitata acquiescenza. Tuttavia, a nostro avviso, non è possibile leggere una così netta separazione tra le due reazioni, essendo spesso incrociate, o quantomeno alternate durante il periodo detentivo.

L'implosione può sfociare in atti di autolesionismo, ma le cause che spingono alla menomazione volontaria del corpo possono essere le più disparate. In tal senso appare centrale decifrare il significato attribuito dal detenuto alla sua azione. L'autolesionismo può essere dettato da una psicosi o nevrosi carceraria; può essere un atto di protesta nei confronti dell'amministrazione penitenziaria e dell'autorità giudiziaria, finalizzato a ripristinare una comunicazione con gli attori istituzionali; può rispondere alla ragionata volontà di ottenere dei benefici penitenziari; e infine può essere finalizzato a rimodulare l'individualità del detenuto in base al contesto di cui fa parte. Secondo alcuni intervistati:

“l'autolesionismo può rappresentare un fattore culturale” (medico incaricato)

Altri si concentrano maggiormente sulla volontà della popolazione detenuta di resistere alle inadempienze dell'amministrazione penitenziaria.

I gesti di autolesionismo sono un buon indicatore di come sta procedendo l'istituto. Nelle strutture piccole con operatori attivi si può ridurre fortemente l'autolesionismo.

⁵⁰ Gallo e Ruggiero (1989), *Il carcere immateriale*”, op. cit. p. 25.

⁵¹ Laura Baccaro (2003), *Carcere e salute*, op. cit.

(responsabile di programma)

Secondo me bisogna distinguere fra autolesionismo e tentativi di suicidio. Chi pratica gesti autolesionistici in qualche modo vuole attirare l'attenzione. Per quanto riguarda i tentativi di suicidio possono essere praticati per lo stesso motivo oppure no. È in relazione a quest'ultima situazione che è necessaria una forte attenzione. (medico incaricato)

Gonin (1994) descrive lo strazio e la menomazione del corpo imprigionato. Parla degli ingoiatori, che considerano il loro tubo digerente come un ripostiglio; descrive la vocazione diffusa per la bocca sdentata; analizza i segni della pelle martirizzata, schermo di tutte le proiezioni, dai rossori, agli eczemi fino alle menomazioni volontarie, alle auto amputazioni di dita, orecchie e altro ancora. L'autore sostiene che tali comportamenti sono molto rari al momento dell'incarcerazione (1,7%), ma aumentano nel primo periodo di detenzione, quando il detenuto inizia a prendere coscienza del vuoto carcerario (9%). Dopo quattro mesi subentra la rassegnazione per la condizione che si vive; dopo sei mesi le percentuali si stabilizzano intorno al 4,5%, e si mantengono intorno al 3,5% per tutta la durata della detenzione⁵².

I gesti di auto menomazione possono alternarsi a scioperi della fame, ingestione di corpi estranei e ricerca di uno stato di stordimento farmacologico. In relazione a quest'ultima modalità di evasione dalla routine carceraria, emerge che l'utilizzo degli psicofarmaci in carcere è fortemente sovra-rappresentato.

Dilatazione e svuotamento del tempo, vincolatività dello spazio e assenza di una reale comunicazione con l'Istituzione sono i primi fattori ad incidere sul corpo imprigionato. Anche se in modo non esaustivo, abbiamo cercato di delineare gli aspetti essenziali di questo primo impatto con la realtà carceraria, soffermandoci su alcune delle modalità di reagire a questo assetto da parte dei detenuti. Nei prossimi paragrafi analizzeremo le principali patologie che si manifestano con l'incarcerazione o forse sono dalla stessa create e riprodotte.

⁵² Gonin (1994), *Il corpo incarcerato*, Gruppo Abele, Torino.

V.II Il disagio psichico e sensoriale causato dalla detenzione.

Gonin, su proposta del Consiglio di ricerca del Ministero della Giustizia, ha condotto una ricerca sulle condizioni di salute in carcere. Obiettivo della ricerca è realizzare “un'analisi approfondita delle relazioni esistenti, in termini di causa ed effetto, fra le condizioni di vita in carcere e il manifestarsi o l'aggravarsi di patologie più frequenti, riscontrate nel contesto carcerario⁵³”.

L'analisi è stata condotta attraverso la somministrazione ai detenuti di sesso maschile di un questionario, al fine di rilevare le loro impressioni sullo stato di benessere all'interno dell'istituto e, più specificatamente, sulle modificazioni nella percezione di sé stessi e del mondo, sulle modificazioni della sensibilità, e sui problemi e malesseri relativi ad un'intimità turbata.

I dati raccolti sono stati confrontati con un gruppo sociologicamente affine ai reclusi, ma in stato di libertà.

Il primo risultato che emerge è una progressiva trasformazione dei sensi. Nel momento in cui si entra in prigione si modificano, con minore o maggiore intensità, i riferimenti spaziali e temporali e ciò provoca nella persona un forte senso di vertigine. Questo disagio non diminuisce con l'assuefazione al contesto carcerario, ma rimane stabile e produce diverse modificazioni sensoriali.

L'olfatto viene modificato e progressivamente perso, o quantomeno diminuito, già dai primi giorni di detenzione. “La prigione è innanzitutto un odore. È questo odore che urta le narici di chi entra, questo odore composito, greve, che ristagna e impregna. Un odore che rende tutto uniforme, talmente invadente da diventare irrespirabile, per cui l'unica soluzione per tollerarlo è amputarsi l'olfatto⁵⁴”. Anche la vista ne risente. La delimitazione degli spazi e la scarsa luminosità delle celle, rendono lo sguardo del detenuto costantemente coartato e tagliato. Inoltre con l'assenza di una reale comunicazione, lo sguardo smette di essere il primo sostegno della parola, e finisce per essere costantemente distolto dal viso dell'altro. Molti si lamentano di accusare una diminuzione repentina della loro vista nei primi mesi di detenzione, e il numero sale durante tutta la durata dell'incarcerazione.

⁵³ Gonin (1994) op. cit.

⁵⁴ Gonin (1994), op. cit, p. 78.

Fortemente connessa all'assenza di comunicazione in un ambiente fortemente cacofonico, è la perdita dell'udito. Il detenuto in costante allarme al fine di recepire i rumori della presenza dell'Istituzione, vede diminuita la sua capacità uditiva per iperacutezza. Infine, anche il tatto, subisce delle modificazioni. Gonin racconta di un detenuto che chiede costantemente del cotone e delle garze. Alla domanda degli operatori sul perché di questa richiesta, il ragazzo risponde “con questi posso conservare il tatto”⁵⁵. Emerge la necessità dei detenuti di preservare una gamma tattile che consenta alla pelle di rilevare gli eventi esterni.

Sempre a livello sensoriale, un altro elemento che emerge dalla ricerca della équipe francese, è la costante sensazione di freddo, anche durante i mesi più caldi. I ricercatori sostengono che questo dato sia in parte dettato dalla fatiscenza delle strutture, dai muri di cemento armato, e dalla scarso riscaldamento dell'ambiente. Tuttavia alcuni proseguono sostenendo che si tratti di una sensazione aggressiva che proviene dall'interno dell'uomo, e che è completamente dissociata dal caldo. Viene raccontato di un detenuto che durante una seduta di psicoterapia si domanda la causa di questa sensazione che non lo abbandona mai. A tale domanda un altro detenuto risponde “fai l'idiota o cosa? Tu hai i piedi nella tomba amico mio. Tutto il mondo ti crede morto!”⁵⁶.

Fin dal primo momento in cui la persona attraversa le mura dell'istituto la sua salute ne risente irrimediabilmente, e l'assenza di riferimenti temporali e spaziali comporta una progressiva perdita delle capacità sensoriali elementari.

La pena, ancora oggi di tipo corporale, ma altrettanto idonea ad incidere sulla psiche del detenuto, sembra essere pensata per comportare una degradazione dello stato di salute di chi la subisce. Tuttavia occorre considerare che la detenzione si esplica in un contesto peculiare e con un'organizzazione peculiare.

Le condizioni di contesto non sono condizioni sane. Gli agenti e i detenuti fumano in spazi chiusi, nonostante una legge nazionale lo vieti in tutti i locali pubblici. C'è un forte inquinamento acustico, c'è scarsa luminosità. Sull'alimentazione bisogna stendere

⁵⁵ Gonin (1994), op. cit., p. 84.

⁵⁶ Gonin (1994), op. cit., p. 88.

un velo pietoso, e c'è il cemento armato che d'inverno è una spugna e d'estate rilascia calore. (responsabile di programma)

Basta pensare all'assenza di movimento. Le attività motorie del detenuto sono ridotte praticamente a zero e l'alimentazione resta uguale, quando non diventa uno strumento di compensazione di tipo psicologico. Questi elementi creano facilmente patologie di carattere metabolico, quali il diabete e l'ipertensione. (responsabile di programma)

Il carcere può essere a sua volta altamente patogenetico. Può comportare disturbi psichiatrici, disturbi visivi, dislipidemia, obesità, autolesionismo e patologie articolari per lo scarso movimento. (infermiera)

Secondo me esiste una forte propensione a creare disagio. (medico incaricato)

Quando una persona arriva in carcere per qualsiasi tipo di reato la sua salute ne risente inevitabilmente. Il sovraffollamento, le regole, la deprivazione dell'identità sono tutte cose che esistono e incidono. Devi adeguarti ad un ambiente che non hai scelto e la tua salute psichica ne risente almeno a livello di stress. (coordinatrice infermieristica)

La struttura e l'organizzazione della prigione, se non sempre idonee a provocare il sopravvenire di patologie acute, creano nella persona un forte stress.

Lo stress della detenzione “non è limitato ai momenti di esercizio visibile dell'arbitrio, ma si proietta anche nella sfera delle possibilità future, nell'incertezza di quanto può accadere da un istante all'altro”⁵⁷. Questo livello di stress, nel regime ordinario, è aumentato dalla necessità che i detenuti avvertono di esercitare un forte autocontrollo, “basandosi sull'autogestione della pena e sull'osservazione del comportamento, nonché sulla verifica continua del processo educativo. I detenuti possono sopravvivere soltanto riducendo la distanza tra le proprie aspettative e la realtà della loro esistenza”⁵⁸.

Alcuni membri della fondazione statunitense “National prison project” si sono concentrati sugli effetti che il carcere comporta sui detenuti soggetti al regime di

⁵⁷ Gallo e Ruggiero (1989), op. cit. p. 40.

⁵⁸ Gallo e Ruggiero (1989), op. cit. pp. 88- 91

isolamento (Gallo e Ruggiero, 1989). Quelli immediatamente visibili sono:

- claustrofobia: l'isolamento in uno spazio chiuso e invariato induce sensazioni prossime al panico claustrofobico. Se il regime rimane inalterato possono prodursi gravi psicosi e senso di irrealtà;
- irritabilità permanente: i detenuti vivono profondi sentimenti di rabbia senza possibilità di sfogarli. A lungo andare la rabbia può comportare disturbi psicosomatici;
- depressione: manca un obiettivo esterno e la rabbia si trasforma in depressione. Ciò può condurre a gesti autodistruttivi quali l'automutilazione e il suicidio;
- sintomi allucinatori: l'ambiente visivo monotono provoca delle allucinazioni nei detenuti;
- abbandono difensivo: si cerca di resistere all'isolamento desensibilizzandosi, in modo da combattere la sofferenza;
- ottundimento delle capacità intellettive e apatia: l'immobilità dell'ambiente comporta una diminuzione delle abilità di focalizzare l'attenzione;

Questi sono solo alcuni degli effetti che l'isolamento continuo può provocare. In Italia non esiste una ricerca simile ma, a nostro avviso, data l'invasività e la rigidità del regime del carcere duro, è possibile ritenere questi risultati comunque applicabili all'interno della nostra esperienza.

Tuttavia secondo Gallo e Ruggiero (1989), lo stress della detenzione è paradossalmente maggiore nei detenuti soggetti al regime ordinario di carcerazione, piuttosto che nei detenuti sottoposti ad un regime di sorveglianza particolare. Ciò, sempre secondo gli autori, perché nella prima condizione è richiesto alla persona di esercitare una maggiore capacità di autocontrollo, che consenta la convivenza con gli altri detenuti all'interno dell'Istituzione, e che aiuti a combattere quotidianamente la sofferenza provocata dalla carcerazione.

Ogni elemento dell'organizzazione carceraria è potenzialmente patogeno per il detenuto.

Il disagio psichico rappresenta la vera emergenza degli istituti penitenziari italiani. Il carcere, quando non è esso stesso causa prima del disturbo, si rappresenta all'esterno come contenitore del dilagante disagio mentale, e come "fotografia" di una crescente marginalità sociale costituita da migranti,

prostitute, tossicodipendenti, *homeless*, alcolisti e nomadi. Il carcere è un sistema introflesso che, attraverso la segregazione e la neutralizzazione, esprime un controllo sulle condotte devianti, siano esse di tipo sociale, o di tipo psicopatologico. La funzione rieducativa sfuma, e si espande la capacità dell'Istituzione di degradare e debilitare progressivamente la persona.

Il carcere si caratterizza come ambiente preferenziale per la reclusione delle persone con disturbi psichici. Il fenomeno della “porta girevole”, caratterizzante i servizi psichiatrici, si esplica tra carcere e territorio in un costante e perverso scambio di utenti, per i quali il contenimento forzato risulta l'unica strada praticabile.

Nel momento in cui la detenzione viene concepita come pena è fisiologica la creazione del disagio. A volte può esserci una medicalizzazione di tipo strumentale, ma alla lunga basta poco perché il disagio si trasformi in patologia. (responsabile di programma)

Alcuni intervistati ritengono che la pena abbia ancora una funzione medicinale, soprattutto per quanto riguarda la gestione e il controllo del disagio psichico.

I disturbi psichici che stanno alla base di comportamenti abnormi e socialmente pericolosi, sono spesso espressi da disturbi della personalità. Questi sono presenti in carcere in modo significativo, e sovente determinano esplosioni di aggressività.

In Italia, per quanto riguarda il disagio mentale, sono stati individuati sei livelli che interagiscono e spesso si sovrappongono⁵⁹:

- psicotico: la capacità di intendere e di volere è compromessa e la richiesta di cura è bassa;
- parapsicotico: è il campo più frequente nel contesto carcerario. Vi confluiscono tutte le forme psicopatologiche di tipo comportamentale e le diagnosi di confine. La capacità d'intendere e di volere è fortemente compromessa e la richiesta di cura è alta;
- psicosomatico: in questa categoria sono ricompresi soggetti con disturbi precedenti rispetto alla detenzione, soggetti il cui disturbo è dettato dalla

⁵⁹ Laura Baccaro (2003), op. cit.

detenzione, e soggetti con crisi psichiche acute, passibili di sviluppo cronico. In questi soggetti è preservata la capacità di intendere, ma non quella di volere;

- nevrotico: è il campo meno presente, se si intendono solo i disturbi strutturati, mentre sono rappresentate le manifestazioni nevrotiche, i disturbi d'ansia e i disturbi dissociativi. La capacità d'intendere e di volere è in parte integra;

- tossicomano: la tossicodipendenza in questo caso è tale da prevalere sulle capacità d'intendere e di volere della persona;

- reattivo: comprende quei soggetti caratterizzati da un acuto disordine nelle capacità relazionali e nelle capacità di adattamento. La capacità d'intendere e di volere in questi detenuti è soggetta a rapido declino;

L'interazione tra questi diversi campi è estremamente complessa e richiederebbe un intervento cucito sulle singole situazioni, nonché un'adeguata attività di monitoraggio. Tuttavia in carcere una delle risposte più immediate rispetto al disagio psichico è rappresentata dalla somministrazione di farmaci.

Secondo un'indagine di Antigone, associazione che si occupa di monitorare le condizioni detentive sul territorio italiano, gli psicofarmaci sono la categoria di farmaci maggiormente somministrata⁶⁰. I farmaci del sistema nervoso rappresentano, nell'anno 2005 e in relazione al carcere di Bologna, il 49, 21% dei farmaci acquistati, e il 43,33% di quelli consumati. Queste alte percentuali non rispondono all'incidenza delle patologie psichiatriche che, seppur presenti, non sono quelle maggiormente diffuse nella realtà carceraria. Qual'è allora la spiegazione di un così ampio utilizzo di psicofarmaci? Alcuni degli intervistati sottolineano la rilevanza della forzata immobilità fisica e mentale. Altri ritengono che siano determinanti, da una parte, il contesto ambientale e, dall'altra, un progressivo aumento dei disturbi di carattere psichiatrico.

C'è un elemento fondamentale che è l'ozio, il padre della necessità di utilizzare gli psicofarmaci. In qualche modo la gente deve passare il tempo, allontanarsi dai problemi, e quindi tende a stonarsi anche con i farmaci. Spesso è difficile dirgli di no.
(ex medico penitenziario)

⁶⁰ L. Astarita (2007), *Le modalità dell'assistenza psichiatrica nel carcere di Bologna*, Antigone anno II n. 1 pp. 91-103.

Su questo ci sono due scuole di pensiero. Una scuola ritiene che l'utilizzo di benzodiazepine e di neurolettici atipici in carcere sia sproporzionato rispetto all'esterno. Questa scuola non tiene conto di due aspetti. Il primo è il contesto: l'individuo modifica alcuni aspetti di sé, anche importanti, a seconda del contesto in cui si trova. Il secondo riguarda le caratteristiche della popolazione che afferrisce al carcere, la quale ha un livello di disturbo della personalità e un livello di disturbo del controllo degli impulsi molto alti. Si tratta di disturbi non controllabili dal sistema carcerario. Non sono sufficienti le celle, le sbarre e gli agenti con le spalle larghe! In questi casi l'uso di benzodiazepine e di neurolettici atipici è utile. Non è la risposta, ma è l'unica risposta disponibile. (responsabile di programma)

Non riesci a dare supporto solo con il dialogo, allora lo dai in altro modo. È come il Sert fuori, spaccia solo metadone! (medico incaricato)

Noi abbiamo dei comportamenti diversificati. C'è chi non riesce a dormire, chi è tossicodipendente, chi è agitato e bisogna tranquillizzarlo, chi chiede il farmaco e glielo si dà. È ovvio che se l'unica proposta è il farmaco, non ci si occupa della salute ma li si tiene buoni. Se mi devo occupare della salute devo creare nuove proposte, e per creare proposte servono risorse, quantomeno umane. (responsabile di programma)

L'utilizzo degli psicofarmaci è uno dei problemi più difficili da risolvere. Gli stessi detenuti ci dicono che se avessero un lavoro non prenderebbero i farmaci. (infermiere)

Fino a quando ci sarà una condizione detentiva così lo psicofarmaco continuerà ad avere la funzione generale di sedare il malessere, e quella più particolare di rappresentare una moneta di scambio. (coordinatrice infermieristica)

L'utilizzo degli psicofarmaci sembra una scelta necessitata, l'unica possibile per rispondere al disagio creato dalla detenzione. I medici affrontano il tema in modo quasi naturalizzato, come se davanti alla mancanza di alternative, questa scelta fosse ovvia. Nessuno riconosce il rischio insito in tale pratica di creare nuove dipendenze, mentre viene riconosciuto, seppur con timidezza, il pericolo di agevolare il progressivo sviluppo di forme di contenimento farmacologico. A nostro avviso occorre riflettere sui limiti di questa pratica, al fine di individuare

le situazioni in cui l'uso massiccio di psicofarmaci risponde ad un reale disagio, e quelle in cui risponde ad una mera strategia del potere di mantenere l'ordine e la disciplina all'interno della sezione. Di questa seconda finalità i sanitari, in linea di principio, non dovrebbero interessarsi.

V.III La malattia dietro le sbarre.

Il carcere accoglie soggetti con una salute fortemente cagionevole. Si tratta di disturbi preesistenti alla carcerazione che durante la stessa possono aggravarsi e trasformarsi in ulteriori sintomi.

Nel 2003/2004, per conto dell'amministrazione penitenziaria, ho condotto un lavoro sui detenuti di tutta Italia. Circa 120.000 persone sono state sottoposte a screening. Le percentuali sono: un 30% sani, un 70% malati. In questo 70%, oltre il 10% presenta patologie complesse. (ex medico penitenziario)

Ciò che oggi incide sul nostro carcere è la presenza di detenuti con plurime patologie. Questo comporta un forte investimento di risorse. (medico incaricato)

Oltre ai sintomi di carattere più strettamente sensoriale e al disagio psichico indotto dalla reclusione, in carcere esistono delle patologie sovra-rappresentate. Fra queste predominano la patologia dentaria, quella dermatologica e quella digestiva.

Al momento d'ingresso nell'istituto, la otorinolaringologica e quella polmonare predominano. Seguono i disturbi dermatologici.

Trascorsi sei mesi dall'ingresso nell'istituto le malattie della pelle diminuiscono, i disturbi dell'apparato digerente si associano a quelli respiratori, ponendosi come disturbi più frequenti dopo quelli dentari⁶¹.

Le patologie cardiovascolari colpiscono soggetti di età più bassa rispetto all'esterno (40-50 anni). Sono frequenti anche le malattie articolari e le bronchiti croniche ostruttive, dovute ad un ampio utilizzo di sigarette. Inoltre comportano

⁶¹ Laura Baccaro (2003), op. cit.

difficoltà di gestione le malattie del ricambio e le malattie metaboliche (Ibidem).

In carcere le patologie che si presentano più frequentemente sono: tutti i disturbi psicosomatici, quindi gastriti, pleriniti, problemi dermatologici e ansia diffusa. Ti trovi davanti a persone di 25 anni che lamentano dolori alle articolazioni. Il mio direttore si lamenta spesso per le spese sui farmaci. Non si spiega budget così alti in relazione a uomini dai 25 ai 50 anni, che statisticamente dovrebbero essere sani. (responsabile di programma)

In carcere si diffondono soprattutto patologie degenerative di tipo cronico. Queste iniziano a instaurarsi in soggetti molto giovani, e difficilmente si manifestano subito, ma riappaiono dopo dieci anni quando ormai è troppo tardi. (responsabile di programma)

Anche le malattie infettive, le epatiti virali non A e l'infezione da HIV hanno una forte incidenza sulla popolazione carceraria rispetto alla popolazione esterna. Alcuni intervistati sostengono che le malattie infettive siano in parziale decrescita.

Per quanto riguarda le patologie molto gravi, quali la TBC, i casi conclamati in dieci anni sono stati due. Anche l'HIV è in forte decrescita all'interno dei penitenziari, si attesta intorno all'1,5%. Mentre un problema serio è quello delle epatiti, soprattutto l'epatite c. (medico incaricato)

Il quadro clinico del contesto carcerario è molto variegato, ma le patologie sinora menzionate risultano fortemente sovra-rappresentate negli istituti penitenziari della Regione. Un altro dato che spesso emerge è che questi disturbi interessano soggetti con un'età molto meno avanzata rispetto alla popolazione esterna. Si tratta di persone marginali, che spesso hanno il primo contatto con i servizi sanitari all'interno dell'istituzione carceraria.

Le patologie definite della detenzione, sono patologie che si manifestano e si riproducono prima di essa, in un costante circuito di esclusione di alcuni strati della popolazione da qualsiasi forma di benessere.

La popolazione detenuta è una popolazione che in termini di salute parte svantaggiata. Rispetto ai determinanti della salute ha tutte le negatività. La maggior parte dei detenuti vengono da storie che li espongono già fortemente a rischio per la salute; culturalmente e socialmente sono svantaggiati perché solitamente sono poveri e immigrati (questo è il detenuto tipo di questa Regione), quindi con tutta una storia di migrazione alle spalle e con quale futuro non si sa. Pochi sono i detenuti ricchi, e chi ha i soldi in carcere fa presto ad uscire. (ex medico penitenziario)

Le disuguaglianze prodotte all'esterno si ripropongono e si mantengono all'interno del contesto carcerario.

La Riforma impone alle singole aziende di predisporre generali interventi di carattere preventivo per quanto riguarda la salute in carcere, e più specifici interventi in relazione al disagio psichico, alla tossicodipendenza e ai detenuti migranti.

Tutti gli intervistati concordano nel ritenere che, salva qualche rara campagna di screening e qualche corso di educazione sanitaria, all'interno degli istituti la prevenzione non è in nessun modo valorizzata, né perseguita come obiettivo.

Da noi culturalmente non esiste la riduzione del danno e non c'è neanche un monitoraggio sulle malattie sessualmente trasmissibili. (coordinatrice infermieristica)

Attualmente non è stata attuata nessuna pratica medica di riduzione del danno. (medico incaricato)

Non si sta seguendo alcuna attività di prevenzione primaria. Ci si limita sporadicamente a dare qualche consiglio durante la visita. (infermiera)

Alcuni intervistati riconoscono che l'assenza di interventi di carattere preventivo è dettata, da una parte, dalla scarsità delle risorse economiche e, dall'altra, dal ritardo nell'implementare e ridefinire l'organizzazione sanitaria all'interno degli istituti.

Sulla prevenzione noi non abbiamo fatto molto. Tutte le energie sono state spese nel portare a regime il sistema e quindi nel far sì che venissero rispettati i modelli aziendali medi a livello territoriale. Le energie da spendere nella prevenzione non le avevamo. (responsabile di programma)

A livello di prevenzione io ne vedo davvero poca. Essendo poveri di personale non riesci ad incidere più di tanto. Sulla carta c'è scritto che la visita d'accoglienza dev'essere fatta da varie figure. Di fatto è il medico di guardia che la fa, e poi eventualmente segnala il nuovo arrivato a cui vengono fatti uno o due colloqui. Ma più di tanto non si riesce a fare. L'utenza è parecchia e il personale è sempre lo stesso. (medico incaricato)

Tuttavia c'è anche chi si muove in un'ottica di prevenzione informale, non riconosciuta dall'Istituzione.

Ho fatto una riunione con le infermiere in cui si discuteva delle spese per i materiali, e soprattutto per i guanti. Io ho chiesto loro di non dare più i guanti, né ai detenuti, né all'amministrazione penitenziaria. Una collega mi ha detto che lei avrebbe continuato a distribuire i guanti fra i detenuti. Le ho chiesto il perché, e lei mi ha spiegato che li usano come profilattici. I profilattici non puoi distribuirli, e i guanti rappresentano l'unica alternativa autorizzata. (coordinatrice infermieristica)

Noi abbiamo il segreto professionale. Ma quando ti dicono che oggi si faranno in dieci con la stessa siringa tu, sia a livello deontologico, che a livello etico, non puoi far finta di niente. Il nostro compito è la tutela della salute, ma le regole non te lo consentono. (coordinatrice infermieristica)

I brani appena riportati, a nostro avviso, esprimono una forte valenza decostruttiva rispetto all'immagine di un ambiente che appare all'esterno come fortemente normato e controllato dallo staff, e in particolare dalla polizia penitenziaria. Inoltre dimostrano la componente etica dei singoli professionisti, nonché la capacità degli stessi di adattarsi in maniera spesso originale alla rigidità delle regole penitenziarie.

Con la Regione adesso stiamo cercando di elaborare delle linee guida che impongono il test dell'HIV ogni sei mesi, in linea con le direttive europee. Ma da qui verranno fuori dei numeri politicamente rilevanti. Anche perché se una persona entra, fa il test ed è negativo, dopo sei mesi è ancora negativo, e dopo altri sei è positivo all'HIV, l'Istituzione deve chiedersi dove la persona ha contratto il virus. Quando hai questi dati, non puoi più negare che in carcere si abbiano rapporti sessuali o che ci si scambi le siringhe. (responsabile di programma)

L'amministrazione penitenziaria incide anche sulle modalità di prevenzione. Sembra regnare in carcere la tendenza ad occultare le pratiche realmente vissute da coloro che lo abitano. Dar voce a queste significherebbe porre in essere forti interventi di riduzione del danno, ma ciò è possibile solo attraverso un cambiamento culturale e politico, che neanche all'esterno è prossimo ad avvenire.

V.IV I detenuti nessuno: tossicodipendenti e migranti.

In quest'ultimo paragrafo ci concentreremo sulle prestazioni rese e sulle condizioni di salute di alcune categorie di detenuti, definiti detenuti nessuno. Secondo Berzano (1994) in questa classificazione possono essere ricompresi, tra gli altri, i tossicodipendenti e i migranti. L'autore fa riferimento alla variabile delle risorse personali del detenuto e a quella delle reti sociali disponibili. L'intreccio di queste variabili da luogo a quattro distinte situazioni. La categoria che a noi qui interessa si caratterizza per la scarsità tanto di risorse personali, quanto di reti sociali. Per questi soggetti il carcere rappresenta il terminale dell'esclusione⁶².

I detenuti con specifica diagnosi di tossicodipendenza, secondo i dati della Regione aggiornati al 31.12.2012, in Emilia-Romagna rappresentano il 29,3% della popolazione detenuta, sopra la media nazionale che è del 19,4%⁶³.

Per il 54,2% dei detenuti l'eroina è la sostanza primaria d'uso e abuso; la cocaina

⁶² L. Berzano, *Aree di devianza*, citato in M. Esposito (2007), op. cit.

⁶³ *Relazione sulla situazione penitenziaria in Emilia-Romagna*, anno 2012.

caratterizza il 23,1% del totale dei detenuti tossicodipendenti; mentre l'alcol e il tabacco incidono molto meno.

Nei confronti dei tossicodipendenti, come sottolineato nelle pagine precedenti, la presenza dell'equipe del Sert ha in qualche modo anticipato lo spirito della Riforma. I professionisti dell'equipe integrata garantiscono ai loro utenti la terapia metadonica a scalare, e più raramente la terapia metadonica di mantenimento.

Un fenomeno altamente diffuso all'interno di questa popolazione è quello della cosiddetta doppia diagnosi. Al detenuto tossicodipendente, oltre allo stato tossicomane, viene riconosciuto un disturbo di carattere psichiatrico. Questo fenomeno riguarda il 40% della popolazione tossicodipendente (Astarita, 2007). Si tratta di un fenomeno complesso, che porta a dubitare dei limiti della diagnosi psichiatrica. Più specificatamente, premesso che, nella maggior parte dei casi, la persona tossicodipendente ha problemi di tipo psicologico che in qualche modo hanno condotto alla tossicodipendenza, occorre domandarsi se questo disturbo possa comunque essere classificato nei disturbi di carattere psichiatrico. Se ciò avviene, la risposta farmacologica è utile, oppure bisogna ammettere che il carcere produce un disagio che, sommato alla tossicodipendenza, non può essere "trattato" all'interno dell'istituto?

Il tossicodipendente con l'ingresso in carcere può vedere aumentato il proprio disagio, senza che ciò necessariamente comporti una diagnosi di tipo psichiatrico, idonea a legittimare dei trattamenti farmacologici fortemente aggressivi. Ciò peraltro avviene comunque. La maggior parte degli intervistati sostengono che i tossicodipendenti sono quelli che con maggiore frequenza richiedono la somministrazione di psicofarmaci e antidolorifici, probabilmente per placare le dolorose crisi d'astinenza. E il più delle volte ottengono una risposta positiva alla loro richiesta.

Tuttavia bisognerebbe iniziare a muoversi su linee che esulano da trattamenti farmacologici intramurari. La tossicodipendenza è una patologia che non ammette cura all'interno del contesto carcerario.

Un'altra categoria che necessita di concrete riflessioni è quella dei detenuti

migranti. Al 31.12.2012 la popolazione straniera negli istituti di pena dell'Emilia-Romagna rappresenta il 51,2% della popolazione detenuta.

Si tratta di una popolazione complessivamente più giovane di quella autoctona. Gli ultra quarantenni sono il 21% del totale tra i migranti, contro il 43% dell'intera popolazione carceraria. La fascia di età fino ai 29 anni, inoltre, che per l'intera popolazione detenuta rappresenta un quarto del totale, costituisce il 38% del totale fra i migranti⁶⁴.

Si tratta di una componente sempre più incisiva che, nel tempo, ha comportato variazioni rilevanti nelle caratteristiche socio-demografiche degli istituti di pena.

Ormai il detenuto tipo in questa Regione è povero e immigrato. (ex medico penitenziario)

I migranti rappresentano la popolazione target, ma anche la popolazione più sofferente. È dolorosissimo andare in carcere. Vedi tante persone detenute per il reato di clandestinità costrette a scontare la pena accanto ad altre che magari avevano commesso più gravi reati. Volevamo dare un'impressione di sicurezza e invece abbiamo generato maggiore insicurezza. E questa insicurezza è data dalla presenza di un esercito di persone che potenzialmente possono diventare delinquenti, a causa della frustrazione dettata dall'arresto e dalla detenzione. (coordinatrice infermieristica)

Le condizioni di salute dei migranti, dalle parole degli intervistati, sembrano più gravi rispetto a quelle della popolazione autoctona. Le patologie sovra-rappresentate, come per i detenuti italiani, sono quelle dentarie, dermatologiche e infettive. Tuttavia, per quanto il quadro clinico sia attinente alla realtà penitenziaria, sembra che tali patologie comportino un maggiore deterioramento delle condizioni di salute rispetto alla popolazione detenuta autoctona. Da ciò consegue la difficoltà di intervenire in modo efficace.

Questo dato, a nostro avviso, può essere letto come conseguenza di una totale assenza dei servizi sanitari e sociali per i migranti. Il carcere rappresenta il primo, o il secondo considerando le forze dell'ordine, e unico luogo in cui queste

⁶⁴ *Relazione sulla situazione penitenziaria in Emilia-Romagna, anno 2012.*

persone entrano in contatto con i servizi territoriali.

Tuttavia le risorse offerte da questi servizi, soprattutto di carattere sanitario, si basano su un concetto di salute strettamente clinico, in cui l'organismo è un ingranaggio fisico e psichico. Parlare di salute significa parlare di malattia, e viceversa.

Non è riconosciuta nessuna specificità agli interventi predisposti nei confronti dei detenuti migranti.

Noi curiamo tutti allo stesso modo. Diciamo che non distinguiamo tra detenuti stranieri e detenuti italiani. (infermiera)

Il carcere forse è l'unico posto in cui gli stranieri sono effettivamente equiparati a chiunque. (responsabile di programma)

Tuttavia, nonostante l'equità nella prestazioni sia effettivamente garantita, a nostro avviso, occorre domandarsi se il percorso migratorio e la repentina incarcerazione non incidano in modo singolare sulle condizioni di salute del migrante. Il corpo è uno strumento per comunicare con l'esterno, per essere nell'esterno. È la nostra manifestazione di stare nel e con il mondo.

Il corpo del migrante è un corpo di costante conflitto e di costanti violenze e tensioni riprodotte dagli attori sociali. È un corpo impossibilitato ad esprimersi in un mondo che gli è spesso ostile. L'unica forma di manifestarsi risiede nella possibilità di ledersi, menomarsi, degradarsi. Ma, anche in questi casi, la comunicazione sociale fallisce per le frettolose semplificazioni dei destinatari della stessa.

Per i maghrebini gli atti di autolesionismo, come il tagliarsi, rappresentano un fattore culturale. (medico incaricato)

Altri invece cercano di leggere le manifestazioni e i sintomi dei detenuti stranieri secondo il paradigma clinico occidentale.

Gli stranieri sono quelli che soffrono maggiormente il disagio psichico. Un italiano che va in carcere riesce a leggere la detenzione meglio di uno straniero che è venuto qui con grandi progetti di migrazione, ha vent'anni e si trova in carcere. Secondo me questi ragazzi molto spesso non riescono a leggere la loro sofferenza. A me spesso sembra che non riescano a leggere i bisogni che stanno vivendo. (coordinatrice infermieristica)

Entrambe le affermazioni sopra riportate confermano la volontà di interpretare pratiche, sintomi e manifestazioni corporee secondo gli schemi e i presupposti tipici della nostra società. Ciò che piuttosto spicca, nonostante le buone intenzioni degli intervistati, è una loro incapacità di aprirsi ad una comunicazione i cui elementi possono essere rimodulati dagli attori che vi partecipano.

Dalle interviste emerge spesso una diffusa difficoltà nel rapporto del medico con il paziente, dettata dalla scarsa conoscenza delle lingue, da un'insufficiente educazione sanitaria, e da una pressoché assente assistenza sanitaria precedente all'incarcerazione. Questa difficoltà per alcuni sembra essere simulata dai detenuti stranieri.

La lingua è uno degli aspetti manipolativi. Spesso ti sorprendi di quanti facciano finta di non capire. (responsabile di programma)

Gli ostacoli ad una fruttuosa comunicazione vengono spesso rimossi in via informale, attraverso l'ausilio dei connazionali, o attraverso le conoscenze linguistiche dei singoli operatori.

Noi abbiamo la fortuna di avere due medici che parlano l'arabo. Quindi sotto questo aspetto siamo fortemente avvantaggiati. (responsabile di programma)

Noi usiamo molto gli altri detenuti per comunicare con i detenuti stranieri. (infermiera)

Spesso gli altri detenuti si fanno portavoce dei problemi dei loro connazionali. (medico incaricato)

In altri casi, ma con meno frequenza nella quotidianità della realtà carceraria, si ricorre alla figura del mediatore culturale, figura espressamente prevista dall'ordinamento penitenziario.

In relazione ai migranti, e alla specificità della loro presenza e condizione, non emergono interventi o investimenti direzionati. Emergono piuttosto una serie di auspicî. Alla domanda relativa alla predisposizione di appositi moduli per la tutela della salute dei detenuti stranieri, la maggior parte degli intervistati ha risposto negativamente. I più volenterosi, invece, si sono soffermati sulla volontà di attivare corsi di educazione sanitaria, basati principalmente sulla traduzione nelle varie lingue degli opuscoli informativi distribuiti tra la popolazione reclusa.

Riprendendo Fassin, “cos'è che nelle nostre società si gioca intorno al corpo, alla malattia, alla sofferenza nel rapporto con l'immigrazione? Si tratta di considerare che la salute non esiste in sé, segnata in qualche modo nei geni, nei microbi, o nei processi psichici, ma esiste nella relazione che è storicamente costruita dagli attori sociali. Due aspetti ci sembrano particolarmente significativi: la costruzione della differenza in termini di cultura nelle istituzioni medicali e sanitarie, e lo sviluppo della cittadinanza sociale intorno al corpo e alla malattia”⁶⁵.

Dalle parole dell'autore, nella comprensione della relazione tra salute e immigrazione, emergono fondamentalmente due rischi: la *culturalizzazione* dei disagi, ovvero interpretare come tratto culturale quello che è il prodotto di una condizione di profonda esclusione e discriminazione sociale; e la *medicalizzazione o psichiatrizzazione*, ossia interpretare e trattare come patologie, manifestazioni non inerenti all'area medica. Questa è una riflessione di carattere metodologico, e forse ancor prima di carattere etico, su cui gli operatori sanitari, dati i cambiamenti delle caratteristiche delle popolazione detenuta, dovrebbero soffermarsi.

⁶⁵ Didier Fassin, citato in *Immigrazione, salute e carcere: alcune riflessioni*, a cura di Alain Goussot, consultabile su <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/>

CONCLUSIONI

La Riforma attuata con il d.lsg 230 del 1999 ha il pregio di aver immesso nel contesto carcerario un innovativo elemento di diversificazione. La tutela della salute è attribuita al Servizio Sanitario Nazionale e non più all'amministrazione penitenziaria. Ciò consente una fondamentale suddivisione tra due Istituzioni, i cui compiti sono profondamente diversificati e spesso inconciliabili.

L'area custodiale e trattamentale è appositamente creata per risocializzare, o reprimere, a seconda dei punti di vista, categorie di soggetti considerati devianti. Attraverso la repressione di determinate condotte, le agenzie penali procedono ad esercitare sui membri della comunità un ampio controllo sociale. Il controllo sociale tuttavia non si concretizza solo attraverso l'esercizio brutale del potere punitivo. È un processo in cui il singolo individuo ha un ruolo preciso. In tal senso, la tendenza verso lo sviluppo della nostra individualità ci spinge ad una costante interazione con il mondo esterno. Secondo Mead (Melossi, 2002), questa interazione, questo costante scambio con diversi attori sociali, finisce per spingere l'individuo a far proprio il punto di vista dell'altro. È un processo che si articola e si trasforma all'interno dei vari contesti nei quali si esplica la vita di ciascun individuo. Così lo Stato, e per esso il sistema penale, rappresenta la punta di un *iceberg* la cui base abbraccia la scuola, la famiglia, i mezzi di comunicazione e più in generale i gruppi di riferimento di ciascun soggetto.

In questa visione il carcere interviene per accogliere disuguaglianze già riprodotte all'esterno. La sua funzione è di inglobarle e, in tal modo, di preservare gli altri membri della società.

L'area sanitaria, a differenza dell'area custodiale, dovrebbe muoversi esclusivamente verso la tutela del benessere di ciascun individuo. Questa tutela non dovrebbe limitarsi alla mera preservazione dell'integrità fisica del soggetto, ma dovrebbe estendersi al fine di garantire livelli di vita che siano rispettosi dei desideri, delle aspettative e delle reali possibilità di ciascun soggetto. Parlare di salute significa anche parlare di uguaglianza e di pari opportunità. Purtroppo la sanità attuale presenta anch'essa delle forti contraddizioni. Da una parte si

assiste ad una costante moltiplicazione delle ipotesi di malattia ma, dall'altra, non esistono i mezzi per farvi fronte, quantomeno nei confronti degli strati più marginali della popolazione.

Nonostante le funzioni, più o meno condivise, attribuite a pena e sanità, una loro diversificazione all'interno del contesto carcerario appare comunque innovativa. Ciò almeno dal punto di vista teorico. In pratica, gli operatori da noi intervistati ritengono che esistano ancora delle forti contraddizioni che ostano ad una piena realizzazione di questo assetto.

Ogni carcere si caratterizza per un suo spiccato individualismo (Buffa, 2013). Questo aspetto dipende per lo più dalle caratteristiche di colui che di volta in volta ricopre il ruolo di direttore dell'istituto. Da ciò consegue che la Riforma è riuscita, in modo più o meno intenso, a penetrare le singole realtà penitenziarie. Più specificatamente, a prescindere dall'impianto organizzativo che di fatto è stato recepito in tutti gli istituti della Regione, la tutela della salute e la sua indipendenza da esigenze di carattere disciplinare, dipendono dall'equilibrio e dall'interazione che di volta in volta si instaurano tra il medico referente e il direttore dell'istituto.

A nostro avviso appare riduttivo sostenere che questo assetto specifico dipenda esclusivamente dalla direzione. Le caratteristiche gestionali di ogni istituto non sono determinate solo dalla direzione, ma sono dettate anche da altre categorie professionali, come la polizia penitenziaria, la quale rappresenta un potere altrettanto determinante.

Gli operatori, nella maggior parte dei casi, subiscono l'ingerenza dell'area custodiale e reagiscono attraverso la mediazione e la negoziazione delle loro scelte. A queste modalità di reazione rispetto alle peculiarità sin qui descritte fa eccezione il personale infermieristico, il quale, sempre secondo le parole degli intervistati, sembra ricercare una maggiore autonomia professionale, tanto nei confronti dell'amministrazione penitenziaria, quanto nei confronti del personale medico.

La ricerca di una più ampia emancipazione, a nostro avviso, dipende dall'ampio *turn-over* che ha interessato questa categoria professionale. Nella maggior parte dei casi si sono effettuate nuove assunzioni nei confronti di professionisti privi

di ulteriori esperienze in ambito carcerario.

Al contrario, per quanto riguarda il personale medico, gli ex medici penitenziari, salvo qualche rara eccezione, sono stati inquadrati nei ruoli delle singole aziende. Si tratta di professionisti con una lunga esperienza in ambito carcerario, spesso prossimi al pensionamento, per cui appare difficile re-interpretare il loro ruolo professionale, ignorando così le esigenze di sicurezza che per troppi anni hanno caratterizzato il loro operare. Inoltre, date le resistenze dell'AMAPI (associazione medici penitenziari italiana), talmente strutturate e predominanti da compromettere l'approvazione della Riforma, nei confronti di questa categoria sono state mantenute una serie di guarentigie (Buffa, 2013). Più specificatamente nei loro confronti non operano il divieto di cumulo di impieghi e il regime di incompatibilità, sanciti per la maggior parte del personale delle AASSLL.

Si tratta quindi di professionisti che spesso svolgono altri lavori. Questo dato comporta serie difficoltà nella definizione di un assetto organizzativo che risponda compiutamente alle esigenze di cura dei detenuti e, dal punto di vista etico e professionale, consegue un limitato investimento del singolo operatore nell'attività svolta all'interno del carcere.

Nonostante le differenze tra categorie professionali, e le differenze tra singoli operatori, le esigenze di disciplina e ordine dell'istituto incidono notevolmente sull'area sanitaria. Con il termine *sanitarizzazione* dei problemi ci si riferisce alla tendenza a ricercare un intervento medico per disagi e disturbi che non necessariamente attengono a profili sanitari. Gli operatori dichiarano che si tratta di un atteggiamento perpetrato tanto dai detenuti, quanto dagli agenti penitenziari.

I primi, sempre secondo le parole degli intervistati, spesso simulano o comunque accentuano i loro disturbi al fine di ottenere dei benefici, come traduzioni, ricoveri esterni e relazioni positive sulla predisposizione di misure alternative alle detenzione. In altri casi i detenuti considerano il passaggio in infermeria, e quindi il dialogo con gli operatori sanitari, come un momento di rottura dall'apatia provocata dalla detenzione.

A differenza della popolazione reclusa, gli agenti richiedono l'intervento medico

per contenere le situazioni di disordine, per prevenire o risolvere episodi di autolesionismo e più in generale per far fronte a deficit strutturali e organizzativi della realtà penitenziaria. Tuttavia i sanitari su queste situazioni hanno limitate possibilità d'intervento. Una di queste è la somministrazione di farmaci.

In carcere l'utilizzo di psicofarmaci è nettamente superiore rispetto all'esterno. Da un'indagine di Antigone, associazione che si occupa di monitorare le condizioni detentive sul territorio italiano, gli psicofarmaci sono la categoria di farmaci maggiormente somministrata⁶⁶. I farmaci del sistema nervoso rappresentano, nell'anno 2005 e in relazione al carcere di Bologna, il 49, 21% dei farmaci acquistati e il 43,33% di quelli consumati. Queste alte percentuali non rispondono all'incidenza delle patologie psichiatriche che, seppur presenti, non sono quelle maggiormente diffuse nella realtà carceraria.

Sugli operatori sanitari incombono dunque responsabilità che non sempre attengono all'area medica. Nonostante ciò, la maggior parte degli intervistati, afferma che con la Riforma è possibile muoversi verso una più ampia tutela della salute. Secondo molti è un percorso ancora in atto, che necessita molti anni per una sua completa definizione, ma che ha già apportato dei benefici. Le ore del personale sanitario sono aumentate, si sono ampliate le figure specialistiche all'interno del carcere e, quando ciò non è avvenuto, sono aumentate le visite presso le strutture esterne.

Sempre per quanto attiene all'erogazione di prestazioni sanitarie, viene sottolineato il verificarsi all'interno del contesto carcerario di un fenomeno paradossale. Si sostiene che, in un momento di scarsità di risorse finanziarie, nel carcere le prestazioni sono effettivamente erogate secondo criteri di equità e di uguaglianza. Questo significa che tutti coloro che all'esterno sono esclusi dal circuito del benessere, in carcere hanno la possibilità di entrare in contatto con i servizi sanitari. Anzi molto spesso il carcere rappresenta il primo e unico luogo in cui a determinati individui è data la possibilità di intercettare i servizi territoriali.

Ciò, a nostro avviso, si verifica con sempre maggiore incidenza nei confronti dei

⁶⁶ L. Astarita (2007), *Le modalità dell'assistenza psichiatrica nel carcere di Bologna*, Antigone anno II n. 1, pp. 91-103.

migranti.

Il nostro ordinamento disciplina collegamenti con il territorio che privilegiano la residenza della persona e non considerano il reale radicamento della stessa, indipendentemente dal non possedere una dimora stabile. Questo meccanismo esclusivo ed escludente fa sì che i servizi, di qualsiasi genere, siano direzionati solo alla popolazione autoctona, o comunque a quella popolazione la cui territorialità è tracciabile secondo le procedure istituzionali.

A ciò si aggiunge la produzione ormai pluridecennale di politiche altamente criminalizzanti nei confronti dei migranti. Per queste persone il carcere sembra rappresentare l'esito unico e ineliminabile del loro percorso migratorio.

Non tutti gli intervistati condividono l'idea che il criterio di equità nelle prestazioni sanitarie abbia subito un totale sovvertimento, da cui consegue una rilettura dello stesso secondo le pratiche e i modelli spesi all'interno del contesto carcerario. Secondo questi operatori l'assenza di una autodeterminazione in materia sanitaria in capo al detenuto, e la specificità dell'ambiente carcerario, rendono di fatto impossibile una piena attuazione del principio di uguaglianza. Tuttavia, a nostro avviso, occorre domandarsi se nella realtà esterna, in relazione a determinate fasce di popolazione collocata ai margini del mercato, sia possibile parlare di libertà sul proprio stato di benessere e di autodeterminazione rispetto allo stesso. Occorre domandarsi quali aspettative di vita nutrono tali soggetti, quale concetto di salute sia loro ascrivibile, e quali prestazioni assistenziali e sanitarie siano effettivamente garantite. Questa riflessione rischia di condurre all'affermazione per cui il carcere, che sotto altri e non secondari aspetti infligge, questo criterio di equità effettivamente lo rispetta.

Il principio di uguaglianza non è l'unico caposaldo della Riforma. Il passaggio di competenze in ambito sanitario al Servizio Sanitario Nazionale, dovrebbe inoltre agevolare la totale presa in carico dei pazienti detenuti. L'intento del legislatore è di trasformare la medicina penitenziaria da medicina d'attesa, basata esclusivamente su una richiesta del detenuto, in una medicina attiva, che si occupi di intervenire preventivamente per rimuovere situazioni di non-benessere attraverso un'attività integrata di tutti i servizi territoriali. Perché questo avvenga è necessario garantire il rispetto del criterio di territorialità, e quindi garantire

che il soggetto permanga nel luogo in cui effettivamente sono presenti i suoi interessi e i suoi affetti.

Gli operatori intervistati ritengono che molto spesso l'amministrazione penitenziaria e la magistratura di sorveglianza si muovano in maniera del tutto svincolata rispetto alla programmazione assistenziale e sanitaria. Il mancato rispetto della pianificazione altrui, oltre a violare in criterio di territorialità, contribuisce a vanificare tutte le attività fino a quel momento poste in essere.

Seppur in maniera non esaustiva, abbiamo sinora cercato di analizzare gli elementi principali dettati dall'applicazione della nuova normativa in materia di sanità penitenziaria. Tuttavia questa analisi non può prescindere dalla peculiarità del contesto carcerario.

Il carcere è una fabbrica di *handicap* e la detenzione è ancora una pena corporale, idonea ad incidere irrimediabilmente sul corpo e sull'anima del detenuto. Parlare di salute in carcere significa accettare un concetto di benessere degradato, ridimensionato e ridotto ai minimi livelli.

La prigione produce morte e malattia. Nonostante ciò, perché le funzioni istituzionali della pena si esplicino, è necessario preservare l'integrità del corpo del detenuto. La pena, in quanto risocializzante, dovrà agire sulla componente malata del detenuto, dovrà emendarlo, redimerlo al fine di restituirlo alla società. Ma nella sua funzione afflittiva, la pena dovrà necessariamente agire sulla componente sana, affinché il soggetto percepisca il dolore e la sofferenza della detenzione, e in tal modo rivaluti il senso della sua azione.

Il detenuto dev'essere sano perché una sua responsabilità a livello penale possa essere affermata. L'Istituzione penale, a livello puramente teorico, necessita di corpi integri e menti consapevoli su cui spiegare i suoi effetti. Senza questi la sua legittimazione e la sua stessa esistenza verrebbero meno.

La detenzione è un evento che sconvolge l'esistenza di ciascun individuo. Con l'ingresso in carcere la salute ne risente innanzitutto a livello emotivo e sensoriale. L'udito, l'olfatto, il tatto, il gusto e la vista diminuiscono progressivamente nell'immobilità carceraria. La stessa immobilità da cui può conseguire una degradazione dei riferimenti temporali e spaziali tipici della quotidianità esterna.

Questa improvvisa deprivazione dell'identità spesso conduce ad una riaffermazione della stessa attraverso gesti di autolesionismo.

L'autolesionismo secondo Laura Baccaro (2007), servirebbe a ciascun detenuto per ripristinare uno scambio comunicativo, il più possibile orizzontale, con l'amministrazione penitenziaria. Ci si menoma il corpo al fine di ripristinare un'interazione con l'Istituzione.

Come sottolineato precedentemente nel carcere non sono ammessi corpi volontariamente menomati.

Fuori da un implicito riconoscimento di autorità dell'Istituzione carceraria, la menomazione del corpo può anche essere finalizzata a riscrivere e reinterpretare la propria individualità all'interno del contesto carcerario.

Quale sia la reazione di ciascun detenuto, più o meno disciplinata e ordinata, aggressiva o acquiescente, la detenzione produce fin dall'inizio un profondo scuotimento nell'equilibrio fisico e psichico del detenuto.

Inoltre all'interno del contesto carcerario esistono delle patologie sovrarappresentate. Fra queste, le patologie dermatologiche, quelle dentarie e quelle digestive. Anche le malattie infettive, le epatiti virali non A e l'infezione da HIV hanno una forte incidenza sulla popolazione carceraria rispetto alla popolazione esterna. Queste patologie, definite della detenzione, per quanto in carcere possano diffondersi e acuirsi, nascono prima della stessa, in un costante circuito di esclusione, in cui la prigione rappresenta semplicemente un esito neutralizzante.

Questi dati riscrivono e confermano la fisionomia attuale del carcere, quale contenitore di un dilagante disagio sociale di categorie marginali, quali migranti, tossicodipendenti, *homeless*, prostitute e nomadi. Il carcere si manifesta all'esterno come "aspiratore sociale" (Esposito, 2007, p. 330), la cui missione primaria è sostanzialmente far scomparire dallo scenario sociale gli scarti della società di mercato.

L'Istituzione carceraria contiene e reprime soggetti con scarse risorse materiali. Tale penuria secondo Marmot (2004), padre dell'epidemiologia sociale, espone i soggetti ad un maggior rischio di contrarre malattie, anche di carattere infettivo, e una minore capacità di resistere alle stesse. L'autore afferma che:

“lungo il percorso della metropolitana che attraversa Washington D.C. dai quartieri poveri e neri a sud-est fino alla ricca e bianca contea di Montgomery si guadagna un anno e mezzo di speranza di vita ogni miglio, per un totale di venti anni e mezzo di speranza di vita tra gli estremi. A Londra, lo scarto tra gli estremi è di sei anni di speranza di vita. A Torino, dove c'è meno segregazione territoriale, la distanza tra quartieri ricchi e quartieri poveri è di circa tre anni di speranza di vita”⁶⁷.

L'ambiente sociale influisce sui processi psicologici, che a loro volta incidono sui processi biologici. La povertà materiale e sociale rende l'individuo più esposto a patologie, anche di carattere cronico. E lo stesso individuo sarà soggetto privilegiato dell'azione del sistema penale

Se questi sono i presupposti, pensare di riformare il carcere significa anche, nonostante i pregevoli intenti della disciplina in materia di sanità penitenziaria, confermare la sua fisionomia, i suoi limiti e le sue capacità di scelta dei destinatari della sanzione. A nostro avviso, perché il carcere smetta di rappresentare l'epilogo necessitato di alcune categorie sociali, e perché nei confronti di queste smettano di operare dinamiche di esclusione sociale, economica e assistenziale, è necessario che la regolamentazione incida all'esterno dello stesso, rimodulando i deficit strutturali attraverso i quali si spiega un perverso scambio di “utenti” tra carcere e territorio.

Modificare il carcere significa innanzitutto analizzare le funzioni che la società e il mercato gli attribuiscono, individuare i profili soggettivi delle categorie prescelte dal sistema penale, i reati con maggior incidenza e, non ultimi, gli effetti fisici, psichici e sociali della detenzione. Significa insomma agire in un momento anteriore rispetto all'incarcerazione. Ma perché ciò avvenga è necessario rinunciare alla tendenza degli ordinamenti nazionali, ad implementare verso il basso la responsabilità delle scelte che non si ha il coraggio di assumere a monte. In altri termini è necessario evitare di ricondurre ogni responsabilità nella fase finale di un processo di criminalizzazione molto

⁶⁷ Marmot M, *Status Syndrome- how your social standing directly affects your health and life expectancy*. Bloomsbury & Henry Holt, New York, citato in Esposito M (a cura) (2007), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano, p. 322.

più articolato, in cui partecipano diversi attori sociali e non solo quelli che da ultimo si occupano di gestire l'organizzazione carceraria.

Regolamentare la realtà penitenziaria significa innanzitutto accettare la possibilità di liberarsi del carcere. È questo il fine nobile a cui nessuno, semplicemente ragionevole, potrà mai rinunciare.

TRACCIA INTERVISTA

1) RIFORMA SANITARIA

- A cinque anni dall'entrata in vigore del decreto 1° aprile del 2008 pensa che la Riforma sia stata pienamente attuata? Se no, quali aspetti ostano ad una sua piena attuazione?

1a) ASSETTO ORGANIZZATIVO

- La legislazione in materia di sanità penitenziaria prevede un riparto di competenze tra la Ausl, che si occupa di erogare prestazioni sanitarie, e l'Amministrazione penitenziaria, che si occupa di garantire la sicurezza negli istituti, tutto ciò in un'ottica di reciproca collaborazione. Si è realizzata una forma d'integrazione tra i due sistemi? Se si, in che forma?
- Con l'attuazione della Riforma sono mutati i rapporti tra il personale sanitario e gli altri operatori del carcere? Se si, perché? Come?

1b) TURN-OVER

- Una delle argomentazioni maggiormente sottolineate da coloro che si opponevano alla Riforma era il rischio che i “vecchi” medici penitenziari subissero un declassamento con l'inquadramento nei ruoli della Ausl. Che cosa è avvenuto al riguardo? Quale ruolo ricoprono ad oggi i “vecchi” operatori sanitari?
- Com'è organizzata la turnazione all'interno dell'istituto?
- Accanto ai vecchi dipendenti dell'Amministrazione penitenziaria esistono, e in che misura, ulteriori dipendenti della Ausl che svolgono mansioni all'interno del carcere?

2) EVENTUALE SPECIFICITA' DEGLI INTERVENTI INTRAMURARI

- Il contesto carcerario presenta dei caratteri di specificità. Crede che sia necessario acquisire ulteriori e nuove competenze da parte di chi non ha mai esercitato tale professione, o che le pratiche, le esperienze e i moduli praticati all'esterno siano spendibili anche all'interno del contesto carcerario?
- Sono stati organizzati ad esempio dei corsi di aggiornamento ad hoc oppure è prevalso uno scambio di esperienze professionali tra vecchi e nuovi?

- Gli esperti del settore sottolineano un atteggiamento di c.d “sanitarizzazione” dei problemi *intramurari*, tanto da parte dei detenuti, quanto da parte dell'amministrazione penitenziaria. Quanto questo aspetto, strettamente connesso con esigenze gestionali del carcere, si ripercuote sul lavoro degli operatori sanitari?
- Esistono delle differenze d'interpretazione del proprio ruolo professionale tra “vecchi” e “nuovi”? Penso ad esempio alle modalità di recepire le numerose richieste di carattere sanitario provenienti dai detenuti, ai ricoveri ospedalieri esterni, agli episodi di simulazione.

3) SALUTE E DETENZIONE

- La Riforma ha sancito il principio di eguaglianza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie tra cittadini liberi e cittadini detenuti. A livello sostanziale questa equiparazione si è realizzata? Se sì, in che modalità?
- Secondo lei esistono patologie specificatamente riconducibili alla detenzione? Se sì, quali sono e quali pratiche di riduzione medica del danno sono state attuate?

3a) SOVRAFFOLLAMENTO

- Quanto il problema del sovraffollamento incide sulle condizioni di salute dei detenuti? E sotto altro punto di vista, quanto la proposta di cura è influenzata dal problema del sovraffollamento?

3b) DISAGIO MENTALE E TOSSICODIPENDENZE

- Nelle linee guida del DPCM 1° aprile del 2008 è prevista l'erogazione di interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale. Soprattutto per quanto attiene alla prevenzione, la vostra azienda ha sinora attuato qualche tipo di intervento?
- Che cosa pensa della somministrazione di psicofarmaci in carcere?
- Pensa che le esigenze di sicurezza incidano sulle scelte farmacologiche effettuate dai medici? Se sì, in che termini?

3c) STRANIERI IN CARCERE

- Sempre fra le linee guida è stabilita la necessità di rivolgere particolare attenzione programmatica per quanto riguarda gli interventi rivolti alla tutela

della salute della popolazione straniera. Numerosi nodi critici infatti, quali la comunicazione medico-paziente, la necessità di competenze in materia di bisogni specifici dei migranti, la scarsità di aiuti esterni e la scarsità di mediatori culturali, rendono complessa la salvaguardia del benessere del paziente. Sotto questo punto di vista, cosa pensa sia già stato fatto e cosa pensa si debba ancora fare?

- All'interno delle Aassll sono già stati sperimentati degli interventi specificatamente direzionati nei confronti della popolazione straniera? Se sì, pensa che siano applicabili anche al contesto carcerario?

APPENDICE LEGISLATIVA

Legge 26 luglio 1975 n. 354. “Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 212 del 9 agosto 1975.

Decreto legislativo 22 giugno 1999 n. 230. “Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999.

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 nella Gazzetta Ufficiale n. 195 il 22 agosto 2000.

Decreto del Consigli dei Ministri 1 aprile 2008. “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse, e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 il 30 maggio 2008.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Associazione Antigone (a cura di) (2011), *Le prigioni malate. Ottavo rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione in Italia*, Edizioni dell'Asino, Roma.
- Astarita L. (2007), *Le modalità dell'assistenza psichiatrica nel carcere di Bologna*, in “Antigone. Quadrimestrale di critica al sistema penale e penitenziario” anno II n.1, pp 91-103.
- Baccaro L. e Morelli F. (2009) , *Morire di carcere*, in Criminalia.
- Baccaro L. (2007), *Riflessioni su carcere e salute: quando parlare di salute è parlare di libertà*, in Esposito M. (a cura di), *Malati in carcere*, Franco Angeli, Milano.
- Baccaro L., *Carcere e salute* (2003), Padova, Edizioni sapere.
- Barbieri F. e Cappelli A. (2012), *Il corpo degli ultimi*, in “Antigone. Quadrimestrale di critica del sistema penale e penitenziario”, anno VII n.1.
- Bernard E. Harcourt (2010), *Neoliberal penalty. A brief genealogy*, in Theoretical Criminology.
- Brunetti B. (2007), *L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario*, in Esposito M. (a cura di), *Malati in carcere*, Franco Angeli, Milano.
- Brunetti e Stagnini (2002), *La tutela della salute dei detenuti. Scenari collaborativi tra il sistema sanitario nazionale e il sistema sanitario penitenziari*, www.ristretti.it.
- Buffa P. (2013), *Prigioni. Amministrare la sofferenza*, Gruppo Abele, Torino.
- Buffa P. (2012), *Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale e operativa*, in Rassegna penitenziaria e criminologica, Nuova serie, Anno XV, gennaio-aprile 2012.
- Campesi G., *Il controllo delle “nuove classi pericolose”, Sotto-sistema penale di polizia ed immigrati*, consultabile su <http://www.altrodiritto.unifi.it/>
- Canestrari S., Cornacchia L., De Simone G. (2007), *Manuale di diritto penale*, Il Mulino, Bologna.
- Caputo G. (2012), *Detenuti e diritti sociali: un welfare povero per i poveri*, in “Antigone. Quadrimestrale di critica del sistema penale e penitenziario”, anno

VII, n.1.

Ceraudo F., *Il binomio droga-carcere. La strategia di riduzione del danno*, consultabile su <http://www.ristretti.it/>.

Ceraudo F. (1997), *La pena e la salute in carcere alla ricerca di un sostanziale equilibrio*, "Archimedia", Pisa.

Ceraudo F. (1996), *Il suicidio in carcere*, "Medicina Penitenziaria" n. 27.

Cersosimo G. e Rauty R., *Riflessioni sul controllo sociale: dalla normalità della devianza alla normalità della malattia*, consultabile su <http://www.farminindustria.it>.

Comitato Nazionale per la Bioetica, *La salute dentro le mura*, approvato il 27 settembre 2013.

Crisci C. e Ferrari C. (2007), *La salute del detenuto nella giurisprudenza della Corte di Giustizia Europea*, in "Antigone. Quadrimestrale di critica al sistema penale e penitenziario", anno II N.3.

Dal Lago A. (1999), *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano.

De Donatis V. (1994), *Rischi inerenti le patologie psichiatriche: atti di autolesionismo e aggressività*, "Medicina Penitenziaria", n. 22.

De Ferrari F. e Romano C. (2003), *Sistema penale e tutela della salute*, Giuffrè.

Di Santo R., *La sociologia della salute: dal dibattito epistemologico alla "valutazione della qualità del servizio"*, consultabile su <http://www.asmbasilicata.it>.

Esposito M. (a cura di) (2007), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, "Salute e Società", Franco Angeli, Milano.

Filippi S. e Santoro G. (2007), *Il diritto alla salute in carcere*, in "Antigone. Quadrimestrale di critica al sistema penale e penitenziario", anno II n. 1.

Foucault M. (1975), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino.

Gallo E. e Ruggiero V. (1983), *Il carcere immateriale*, Edizione Sonda, Milano.

Gobbi M. (2012), *La salute detenuta: tra diritto e sicurezza. Un'indagine nella casa circondariale di Rimini*, Bologna, Università degli studi di Bologna, consultabile su <http://amsdottorato.unibo.it/>.

- Goffman E. (1961), *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.
- Gonin D. (1994), *Il corpo incarcerato* (1994), Gruppo Abele, Torino
- Goussot A.(a cura di), *Immigrazione, salute e carcere: alcune riflessioni*, consultabile su <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/>
- Magliona B. Sarzotti C. (a cura di) (1996), *La prigionia malata. Letture in tema di AIDS, carcere e salute*, L'harmattan, Torino.
- Martucci P. e Corsa R. (2006), *Scienza e diritto il lotta per il controllo sociale. Origini del manicomio criminale nella psichiatria positivista del tardo ottocento*, articolo su nuova serie rivista, pp. 73-89.
- Martucci P. (2009), *Se il Boss si deprime. La tutela della salute (anche) psichica, fra diritti dei detenuti ed esigenze securitarie*, in *Criminalia*.
- Melossi D. (2002), *Stato, controllo sociale, devianza*, Mondadori, Milano.
- Mosconi G. (2005), *Il carcere come salubre fabbrica della malattia*, in *Per non morire di carcere. Esperienze di aiuto nelle prigioni italiane tra psicologia la lavoro di rete*, (a cura di) Cocato G, Rigione S., Franco Angeli, Milano.
- Osservatorio regionale sulle dipendenza - Regione Emilia-Romagna (2011), *Rapporto 2011. Assistenza sanitaria erogata negli istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna*.
- Pardi A., *Politica, cura e controllo sociale. La parabola dell'antipsichiatria*, su <http://www.aperture-rivista.it/>.
- Pavarini M. Guazzaloca B. (2004), *Corso di diritto penitenziario*, Edizioni Martina, Bologna.
- Pavone M., *Problemi di tutela della salute in carcere*, consultabile su www.altalex.com.
- Regione Emilia-Romagna (2010), *Monitoraggio sull'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"*, licenziato dall'Osservatorio Permanente nell'incontro del 23.07.2010.
- Ruotolo M. (2002), *Diritti dei detenuti e costituzione*, Giappichelli, Torino.

Sarzotti C. (2007), *La qualità del servizio sanitario del carcere nella percezione di un campione di medici penitenziari*, in “Antigone. Quadrimestrale di critica al sistema penale e penitenziario” anno II n2.

Sarzotti C. (2007), *I medici penitenziari tra istanze securitarie e paradigma del rischio: un'indagine sul campo*, in in Esposito M. (a cura di), *Malati in carcere*, Franco Angeli, Milano.

Sbraccia A. (2007), *Migranti tra mobilità e carcere: storie di vita e processi di criminalizzazione*, Franco Angeli, Milano

Starnini, *Il passaggio della sanità penitenziaria al servizio sanitario nazionale*, in “Autonomie locali e servizi sociali”, Il mulino, numero 1 del 2009.

Quadrelli E. (1999), *Stranieri in carcere: una ricerca etnografica*, Firenze, Università degli studi di Firenze, consultabile su <http://www.tsd.unifi.it/>.

Wacquant L. (2006), *Punire i poveri. Il nuovo governo dell'insicurezza sociale*, Derive Approdi, Roma.