

ANTIGONE



Rivista *ANTIGONE*

a cura dell'associazione Antigone onlus

SEDE OPERATIVA: via Silvano n. 10, fabbricato D, scala I, 00158 Roma

SEDE LEGALE: via della Dogana Vecchia n. 5, 00186 Roma

TEL.: 06 443631191 - FAX: 06 233215489

SITO: www.associazioneantigone.it - E-MAIL: segreteria@associazioneantigone.it

DIRETTORE RESPONSABILE: Claudio Sarzotti (Università di Torino)

CO-DIRETTORE: Stefano Anastasia (Università di Perugia)

COMITATO SCIENTIFICO: Amedeo Cottino (Università di Torino); Alessandro De Giorgi (San José State University); Luigi Ferrajoli (Università di Roma Tre); Paolo Ferrua (Università di Torino); Carlo Fiorio (Università di Perugia); Francesco Maisto (magistrato); Alberto Marcheselli (Università di Torino); Antonio Marchesi (Università di Teramo); Pio Marconi (Università di Roma La Sapienza); Alessandro Margara (Fondazione Giovanni Michelucci); Luigi Marini (magistrato); Dario Melossi (Università di Bologna); Giuseppe Mosconi (Università di Padova); Mauro Palma (PC-CP, Consiglio d'Europa); Massimo Pavarini (Università di Bologna); Livio Pepino (Associazione studi giuridici Giuseppe Borrè); Tamar Pitch (Università di Perugia); Franco Prina (Università di Torino); Eligio Resta (Università di Roma Tre); Iñaki Rivera Beiras (Universitat de Barcelona); Marco Ruotolo (Università di Roma Tre); Loïc Wacquant (University of California, Berkeley)

REDAZIONE

COORDINATORI: Daniela Ronco, Giovanni Torrente

CORPO REDAZIONALE: Perla Allegri, Rosalba Altopiedi, Cecilia Blengino, Giuseppe Campesi, Carolina Canziani, Giulia Fabini, Valeria Ferraris, Patrizio Gonnella, Simona Materia, Susanna Marietti, Michele Miravalle, Silvia Mondino, Benedetta Perego, Ivan Pupolizio, Simone Santorso, Alvise Sbraccia, Vincenzo Scalia, Alessio Scandurra, Daniele Scarscelli, Valeria Verdolini, Francesca Vianello

IN COPERTINA: Giovanni Battista Piranesi, Carceri d'invenzione (1745-1761), Tavola XI, ediz. Jaspard, Polus et, Monaco, 1961; tavole riprodotte da Bracon-Duples-sis, con prefazione di Marguerite Yourcenar (collezione privata)

STAMPA TIPOGRAFICA: Vulcanica S.r.l. - Nola (NA) - Luglio 2017

Pubblicazione realizzata con il contributo della Compagnia di San Paolo di Torino

Editoriale Scientifica Srl

via San Biagio de' Librai, 39 - 80138 Napoli

TEL./FAX: 081 5800459

SITO: www.editorialescientifica.com - EMAIL: info@editorialescientifica.com

ANTIGONE
SEMESTRALE DI CRITICA
DEL SISTEMA PENALE E PENITENZIARIO

Editoriale Scientifica
Napoli

ANTIGONE

SEMESTRALE DI CRITICA DEL SISTEMA PENALE E PENITENZIARIO

(ISSN = 1828-437X)
2 FASCICOLI ANNUALI

ITALIA/ ITALY	45,00 €
Singolo fascicolo	24,00 €
ESTERO/FOREIGN	90,00 €
Abbonamento online	45,00 €

Francesco Buongiorno

UFFICIO ABBONAMENTI
editoriale.abbonamenti@gmail.com

INDICE

(N. 1/2 – 2016 *La tutela della salute in carcere tra diritto vigente e diritto vivente*)

Editoriale	7
di G. Cordini, G. Fornero	
J. Luther, <i>Carcere salutare e salute incarcerata</i>	13
F. Maisto, <i>La sanità penitenziaria negli Stati generali dell'Esecuzione penale</i>	25
L. Cesaris <i>Disabilità in carcere: una minorata tutela della salute</i>	43
M. V. Valentino, <i>Diritto alla salute e carcere dall'ottica della detenzione femminile</i>	85
P. Macchia, <i>La tutela della salute in carcere secondo un diverso modello sanitario: il caso della Svizzera</i>	115
C. Sarzotti, <i>Per un'analisi socio-giuridica della riforma della sanità penitenziaria: appunti per un modello teorico di ricerca</i>	143
D. Ronco, <i>Rappresentazioni su salute, malattia e medicina in carcere, tra struttura e cultura penitenziaria</i>	159
D. Petrini, <i>La tutela del diritto alle salute in carcere nell'esperienza di un Garante comunale</i>	175
A. Trisciuglio, <i>La condizione dei detenuti nella legislazione tardoimperiale romana</i>	189
E. Pirfo, M. P. Golzio, <i>Suicidio e condotte suicidarie in carcere tra aspetti psicopatologici e contestuali</i>	199
A. Pellegrino, M.P. Golzio, <i>L'organizzazione sanitaria in carcere: l'esperienza di Torino</i>	207

Altri saggi

C. Cherchi, <i>Curare il carcere. Note sul passaggio di competenze in materia di sanità penitenziaria</i>	219
V. Pellegrino, M. Inglese, <i>Il tempo nella vita quotidiana del carcere: il "presente senza futuro" e le difficili forme di resistenza biografica</i>	233
S. Mondino, <i>Islam in carcere: una ricerca in due istituti penitenziari piemontesi</i>	255

Rubrica giuridica

Silvia Calderoni, <i>L'Italia e il reato di tortura: aspettando Godot</i>	279
Perla Allegri, Benedetta Perego, <i>Giustizia penale e discriminazione a partire dal caso statunitense Buck vs. Davis</i>	299
 <i>Recensioni</i>	
Alberto Burgio, Marina Lalatta Costerbosa, <i>Orgoglio e genocidio. L'etica dello sterminio nella Germania nazista,</i> Derive Approdi, Roma, 2016, di A. Cottino	307
Patrizio Gonnella, Marco Ruotolo (a cura di), <i>La giustizia e il carcere secondo Papa Francesco,</i> Jaca Book, Milano, 2016 di G. Torrente	310
A. Senaldi, <i>Cattivi e primitivi, ombre corte,</i> Verona, 2016, di X. Chiaromonte	312
Marina Lomunno, <i>Il cortile dietro le sbarre: il mio oratorio al Ferrante Aporti,</i> Elledici, Torino, 2015 di G. Torrente	314
 Note sugli Autori	 317

Editoriale

Giovanni Cordini, Giulio Fornero

In questo numero della rivista sono pubblicate le relazioni svolte nel corso dell'incontro di studi avente per tema *La tutela della salute in carcere tra diritto vigente e diritto vivente* svoltosi al Campus Luigi Einaudi di Torino il 29 aprile 2016 e presieduto, nelle sue due sezioni per i profili di carattere giuridico e clinico, rispettivamente da Mario Dogliani e dal primo coautore di questo editoriale. Nell'occasione vari studiosi di diversa formazione sono stati impegnati a discutere della salute in carcere. La restrizione in carcere, com'è ben noto, comporta la soggezione a un regime che limita e condiziona sempre la libertà del soggetto e il suo stile di vita. Una tale condizione si aggrava e diventa assai penosa e difficile se, quando si sconta la pena, intervengono dei seri problemi di salute.

Come noto, il riordino della medicina penitenziaria previsto dal decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, ha avuto completa attuazione con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria". Le varie regioni italiane hanno recepito tale decreto con normative specifiche.

La Regione Piemonte, ad esempio, con D.G.R. n. 2-8947 del 10 giugno 2008, ha emanato il D.G.R. n. 14-9681 del 30 settembre 2008, con la "Istituzione del Sistema Sanitario Penitenziario Regionale. Individuazione di un modello organizzativo sperimentale". Con tale D.G.R. si è deliberato, tra l'altro, di dare mandato alla ASL TO2 di istituire la Struttura Operativa Complessa "Presidio Sanitario per la Tutela della Salute Lorusso e Cotugno" e di trasferire le funzioni sanitarie, i beni strumentali e l'uso dei locali correlati alle attività cliniche relative alla sezione attenuata di II livello Arcobaleno e alla sezione Sestante rispettivamente ai Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche ed al Dipartimento di Salute Mentale. Si sono inoltre definite le aree tematiche sanitarie a cui si rivolge il Servizio Sanitario Penitenziario della Regione Piemonte: Epidemiologia, Prevenzione e promozione della salute, salubrità degli ambienti di vita e di lavoro e igiene degli alimenti, Medicina generale e prestazioni specialistiche, valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi, Sistema di urgenza-emergenza 118, Malattie infettive, Prevenzione, cura e riabilitazione per gli stati di alcool e tossico-dipendenza, Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale, Tutela della salute delle detenute e delle minorenni sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole, Minori, Integrazione sociosanitaria – stranieri, Medicina legale, Medico competente, Farmacia.

In quegli anni 2006-2010, il secondo coautore di questo editoriale svolgeva le funzioni di Direttore Generale della ASL 3 di Torino e in seguito della ASL TO2, nata il 1 gennaio 2008 dall'accorpamento della ASL 3 di Torino e della ASL 4 di Torino ed ha operato per predisporre e per attuare il trasferimento alla ASL TO2 delle funzioni di sanità penitenziaria indicate, collaborando con i colleghi clinici relatori a questo conve-

gno. Successivamente la Conferenza Unificata Stato-Regioni ha approvato il 22 gennaio 2015 il documento “Linee Guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali” e la Regione Piemonte ha recepito l’Accordo con D.G.R. n. 20-1542 del 8 giugno 2015.

Si è trattato di porsi l’obiettivo strategico indicato dall’OMS, ovvero “migliorare la salute per tutti e ridurre le disuguaglianze di salute”, affrontando le disuguaglianze sociali e agendo sui determinanti sociali e ambientali di salute. OMS Europa propone, infatti, di “lavorare insieme” per investire sulla salute nell’intero arco della vita mirando all’empowerment, affrontare le malattie non trasmissibili e trasmissibili, rafforzare i servizi sanitari con al centro la persona, creare comunità resilienti e ambienti favorevoli. Tutti i settori e i livelli di governo e l’empowerment dei cittadini contribuiscono a creare salute, non solo i professionisti sanitari. La tutela della salute in carcere è un valore anche per la tutela della salute in generale.

Come propone il Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), la promozione della salute negli istituti penitenziari, con la partecipazione attiva dell’Amministrazione Penitenziaria, del personale che vi presta attività e delle persone detenute, riguarda la salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, l’adozione di stili di vita salutari e la maggiore equità nella tutela della salute delle persone reclusi, con attenzione alle differenti tipologie di disagio e malessere e alla diversa provenienza etno-culturale.

Come viene specificato meglio dagli articoli dei colleghi clinici in questa rivista, la nuova organizzazione sanitaria penitenziaria ha privilegiato la presa in carico e la responsabilità clinica, la progettazione basata su obiettivi clinici e terapeutici. Particolare attenzione è stata prevista per la tutela della salute delle mamme e dei bambini. I problemi sanitari delle persone detenute, infatti, sono problemi di Medicina Generale e Specialistica, con particolare riferimento alla Patologia delle Dipendenze, alle Malattie Infettive, alla Salute Mentale, con rilevanza per la prevenzione del suicidio e delle condotte suicide. La tutela della salute in carcere dovrà essere, quindi, sempre meno prescrizioni e prestazioni ad elevato rischio di inappropriata e sempre più promozione della salute e accesso appropriato ai servizi sanitari da parte delle persone in detenzione.

Gli altri temi che emergono dalla lettura dei saggi, efficacemente confrontati e riassunti nell’articolo introduttivo da Jörg Luther, sono numerosi: dall’esame della riforma della sanità penitenziaria (attraverso il contributo del coordinatore del tavolo degli Stati Generali dell’Esecuzione Penale che si è occupato di sanità penitenziaria Francesco Maisto, nonché i saggi più strettamente socio-giuridici di Claudio Sarzotti e Daniela Ronco), all’organizzazione sanitaria nel carcere vista nella prospettiva degli stessi operatori sanitari (si vedano i già citati articoli di Elvezio Pirfo e Antonio Pellegrino entrambi scritti con la collaborazione di Maria Paola Golzi); dalla questione molto poco studiata delle persone reclusi affette da disabilità (cfr. la ricostruzione puntuale della normativa sul tema di Laura Cesaris), al ruolo della relativamente nuova figura del Garante dei diritti delle persone private della libertà personale (rispetto al quale Davide Petrini fornisce un contributo prezioso nella sua duplice veste di Garante del Comune di Alessandria e di

studioso della materia); dalla specifica ottica della detenzione femminile (con il saggio di Maria Vittoria Valentino che auspica il superamento della tradizionale percezione della donna detenuta vista esclusivamente della sua funzione genitoriale), ai profili comparativi sia rispetto ad altri ordinamenti normativi europei (nello specifico quello della Confederazione Elvetica analizzato da Patrizia Macchia), sia nei confronti di suggestive analogie con istituti giuridici alquanto risalenti nel tempo (in particolare da Andrea Trisciuglio nel suo articolo sul carcere nell'epoca tardo-romanica dei primi imperatori cristiani dopo Costantino).

Com'è a tutti noto, l'articolo 32 della Costituzione afferma che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Nello stesso testo si dispone che nessuno possa essere obbligato a un trattamento sanitario se non per disposizione della legge. Si tratta di affermazioni di principio che non possono essere compresse o negate in ragione della particolare condizione in cui si trova il soggetto; anzi, si potrebbe ritenere che la restrizione della libertà debba assicurare una maggiore attenzione nei confronti di soggetti che possono accedere con maggiore difficoltà ai servizi sanitari e che rischiano di vedere del tutto compromessa la loro salute psicofisica. Ne deriva l'esigenza di tenere conto, nel formulare le regole giuridiche e nel definire protocolli e codici di comportamento, di tutte quelle circostanze che rendono difficoltosa la vita di una persona quando la stessa è costretta in carcere. Si tratta, in effetti, di un'esigenza perfettamente comprensibile in base ad un comune sentire e che, tuttavia, nel concreto svolgersi della vita carceraria, propone una domanda essenziale: come rendere effettiva la garanzia del rispetto dei diritti fondamentali e dell'umana dignità della persona quando la stessa si trova a scontare una pena in una struttura carceraria?

La Carta costituzionale, in tema di reati e di pene, all'articolo 27 indica un obiettivo e propone un modello che devono sempre indirizzare ed orientare l'opera di ciascun responsabile: la rieducazione del condannato e il senso di umanità al quale ogni "trattamento" deve essere conformato. Ove fossero solo queste le ragioni che rendono conto dell'utilità di un dibattito multidisciplinare concernente la salute in carcere, di un confronto che vede coinvolti giuristi, medici, qualificati operatori del settore, già sarebbe del tutto giustificato l'impegno di quanti hanno discusso questi temi e prodotto gli scritti che sono pubblicati in questo numero della rivista. Ciò nondimeno i lettori potranno rinvenire molte altre ragioni d'interesse, sia per il rigore e la competenza dei diversi Autori, sia per il costante riferimento alle esperienze concrete e quotidiane che alcuni tra gli Autori hanno maturato sul piano professionale, sia per i molteplici spunti proposti all'attenzione dell'osservatore.

**La tutela della salute in carcere
tra diritto vigente e diritto vivente**

Carcere salutare e salute incarcerata

Jörg Luther

Abstract: *L'Autore produce oltre alla sintesi di alcune delle relazioni del convegno, propone un inquadramento dei problemi della salute e sanità in carcere nell'ottica giuridica delle istituzioni del diritto pubblico e costituzionale. Una prima riflessione misura l'interdisciplinarietà del tema della sanità penitenziaria. Il secondo passo indaga alcuni dei problemi che emergono e che in parte sono risolti dai contributi, in parte esigono ricerche ulteriori. In una terza parte si propone una ricognizione dei diritti fondamentali e degli interessi pubblici che richiedono di essere ponderati e bilanciati nella soluzione dei problemi della salute in carcere. L'ultima parte affronta le fonti giuridiche che disciplinano la sanità in carcere.*

Parole chiave: sanità penitenziaria, scienze naturali e umanistiche, criticità, diritti fondamentali, costi economici, fonti del diritto

1. Scienze e professioni competenti e responsabili

Il tema della sanità penitenziaria è un tema delle scienze umanistiche, con elementi di scienze naturali, in particolare di medicina umana, di scienze sociali e, se si vuole, di scienze dello spirito. Le figure più interessate sono ovviamente i detenuti, il personale della polizia penitenziaria, i medici del servizio sanitario nazionale che prestano servizio in carcere, psicologi, educatori e sacerdoti, ma anche molti amministratori delle strutture centrali e dei provveditorati regionali e varie figure di giurista sono coinvolte.

Le scienze naturali che se ne occupano sono innanzitutto quelle mediche, in particolare medicina generale, medicina legale, medicina del lavoro, epidemiologia e infettivologia, neuropsichiatria, ginecologia e pediatria ecc. Anche le scienze dell'alimentazione potrebbero contribuire.

Le scienze giuridiche che se ne occupano sono soprattutto giuspubblicisti i cui saperi si inquadrano in (sub)settori scientifici quali il diritto e la procedura penale, in particolare il diritto penitenziario che disciplina l'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà personale, oppure il

diritto amministrativo, in particolare quello sanitario e dell'assistenza sociale, e il diritto costituzionale, in particolare quello delle garanzie dei diritti fondamentali nonché, in particolare per la figura del pubblico ministero e del giudice di sorveglianza, l'ordinamento giudiziario.

Altre discipline giuridiche speciali confinanti con altre scienze generali che potrebbero contribuire sono la sociologia e filosofia del diritto, l'antropologia e la criminologia, la psicologia e pedagogia giuridica, le scienze culturali del diritto comparato e della storia del diritto, ma anche le scienze economiche e la contabilità pubblica.

Il numero delle scienze e dei saperi supera ovviamente le competenze professionali, ma la questione di fondo è se le varie figure coinvolte siano capaci di comunicare, cooperare e di formare una rete aperta all'integrazione dei saperi di cui non dispongono. In tale prospettiva, i contributi di Francesco Maisto sulle proposte degli *Stati Generali dell'Esecuzione Penale* rispetto alla sanità penitenziaria e quello di Claudio Sarzotti e Daniela Ronco sulla ricostruzione del processo che ha portato alla riforma del 2008 mettono a nudo le insufficienze della rete di servizi che si occupano del tema. Come in ogni caso di cooperazione, servirebbe una riflessione più approfondita sulla ripartizione delle responsabilità. Questo vale non solo per la responsabilità penale e disciplinare, ma anche quella civile nei confronti di eventuali vittime della sanità penitenziaria. E dovrebbe valere anche per il giurista che frequenta il carcere spesso solo da visitatore e utente libero del Servizio Sanitario Nazionale, talora anche come difensore o garante dei soggetti privati della libertà personale, oppure come insegnante della propria scienza.

2. Alcune criticità della salute in carcere

Emergono dalla letteratura sul tema della sanità penitenziaria alcune criticità ricorrenti che occorre sottolineare senza pretesa di esaustività.

2.1. Morti in carcere

L'associazione Antigone si è fatta promotrice di un *European Prison Observatory* il cui report sui problemi riscontrabili in Europa indica come prima criticità il numero dei morti, in particolare quello dei suicidi (S. Marietti,

2013, pp. 30-31). Anche se i dati italiani con 43 suicidi su 123 morti nel 2015 e 34 su 115 nel 2016 (cfr. <http://www.ristretti.it/areestudio/disagio/ricerca/>) evidenziano tendenze di apparente miglioramento, anche se relazionabili alle variazioni della popolazione carceraria, resta il problema principale come prevenire i suicidi. Non è dato sapere se l'amministrazione penitenziaria ha istituito un gruppo di studio dotato di sufficienti competenze scientifiche per un *risk assessment* e misure di prevenzione al riguardo.

2.2. Disturbi psichici

I risultati accessibili del progetto ME.D.I.C.S. Mentally Disturbed Inmates Care and Support (cfr. <https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/72d8750c26e25115f83603720e3a11ce.pdf>) dimostrano che soprattutto il carcere prolungato nuoce alla salute mentale, evidenziano che un terzo dei detenuti mostra problemi di "psychological distress"; di questi solo il 17% vengono diagnosticati al momento dell'ingresso in prigione, tutti gli altri nei 18 mesi successivi. L'abuso dei psicofarmaci non viene negato, ma non è quantificato. Uno studio dell'Università di Firenze conclude: "The entire penitentiary staff should intervene in different cases in order to ease the phenomenon: overcrowding, violence, solitude, lack of privacy, lack of activities such as work and education, total isolation from the outside world, insecurity on future prospective, difficulties in linguistic and cultural communication, difficulty in access healthcare and social services. In this context, it is clear that medical assistance and pharmacological therapy should represent only one part of the social intake by the penitentiary institution" (E. Santoro, G. Caputo, 2016).

2.3. Malattie infettive e carenze di igiene

I manuali della medicina penitenziaria indicano come rischi sanitari particolari del carcere le tossicodipendenze e patologie infettive come virus HIV, epatiti, tubercolosi ecc. Il rapporto per l'Italia di Antigone in tale prospettiva ha posto in luce la mancanza di distribuzione di siringhe monouso e l'insufficienza dei servizi odontoiatrici per i reclusi tossicodipendenti. La trasmissione di malattie infettive attraverso rapporti sessuali ha portato in alcuni Paesi europei alla distribuzione di preservativi, ma poco approfonditi sembrano essere i problemi legati alla violenza sessua-

le o ai diritti della transessualità in carcere. Uno studio più approfondito meriterebbero anche i tatuaggi. Il report di Antigone sulle prigioni italiane rileva, inoltre, problemi di igiene dovuti alla carenza di carta igienica e di materiali di pulizia. Al riguardo converrebbe stabilire dei livelli essenziali di assistenza.

2.4. Il fumo imprigiona

Le carte della World Health Organisation dedicano particolare attenzione ai problemi del consumo di tabacco: “While total smoking bans in prisons may be seen as coercive and unrealistic as cigarettes would become, like drugs, an illicit substance to be smuggled and traded, partial smoking bans may be more effective. In the United Kingdom, smoking in public places in prisons is banned but prisoners are allowed to smoke in their own cells” (S. Enggist, L. Møller, G. Galea, C. Udesen, 2014). Una ricerca commissionata dal Ministero della Giustizia inglese ha concluso alla fine del 2016 che questa tutela è insufficiente¹. La proposta della *Prison Governors Association* del Regno Unito non è stata approvata nel corso del 2016 e un ricorso che intendeva imporre un divieto più ampio resta in attesa di una decisione della Corte Suprema (cfr. <https://www.theguardian.com/society/2017/mar/20/supreme-court-to-consider-appeal-to-enforce-smoking-ban-in-uk-jails>). In Italia, i divieti di fumare in luoghi nei quali non si può evitare il fumo passivo non sono sempre fatti osservare nelle carceri e si sperimenta l’ammissione di sigarette elettroniche².

¹ “In light of the scientific evidence of the health effects of exposure to SHS and the data on exposure of prison staff in England and Wales to SHS presented in this report the National Offender and Management Service (NOMS) should consider implementing measures to further reduce or eliminate SHS within the prison estate” (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/469654/SHS_in_Prisons_Final_Report_minus_Appendix.pdf).

² Cfr. la risposta ad una interrogazione parlamentare al Senato del 19 dicembre 2015 in http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=Resau-la&leg=17&id=00903800&part=doc_dc-ressten_rs-gentit_300387ddfc&parse=no

2.5. Assistenza sanitaria agli stranieri

Problemi particolari di malattie meno comuni e di comunicazione esistono per l'assistenza agli stranieri (cfr. <http://www.ristretti.it/aree-studio/salute/inchieste/ferrari/quarto.htm>). Al riguardo possono servire non solo interpreti e mediatori culturali, ma anche ad esempio un maggiore coinvolgimento dei familiari nell'anamnesi dei casi. Una raccomandazione del Consiglio d'Europa del 1984 richiede a questo proposito: "Foreign prisoners, who in practice do not enjoy all the facilities accorded to nationals and whose conditions of detention are generally more difficult, should be treated in such a manner as to counterbalance, so far as may be possible, these disadvantages".

2.6. L'organizzazione sanitaria e i suoi costi

L'integrazione della sanità penitenziaria in quella generale decisa nel 2008 e attuata solo a rilento ha riscosso più consensi che dissensi, ma richiederebbe una valutazione scientifica più approfondita³. Le critiche dettagliate delle relazioni di Claudio Sarzotti, Daniela Ronco e Carlotta Cherchi stimolano un serie di domande giuridiche ulteriori. Ad esempio, come è disciplinata la preparazione, selezione e rotazione del personale medico negli istituti penitenziari, come ne viene garantita la sicurezza e come è retribuito questo personale? Il contributo di Davide Petrini segnala tra i tanti problemi pratici la necessità di cartelle cliniche informatizzate. Come è organizzata poi la medicina d'emergenza e di "pronto soccorso"? Come si possono superare le lamentate carenze dei trasporti dei detenuti in strutture sanitarie esterne? Al di là delle esperienze e problematiche particolari degli ospedali psichiatrici giudiziari, si dovrebbe anche riflettere sulla necessità o opportunità di creare qualche ospedale penitenziario in ambito regionale o per le prigionie di massima sicurezza (art. 41-bis), ad esempio sul modello del United States Medical Center for Federal Prisoners (MCFP Springfield) e delle Justizvollzugskrankenhäuser regionali in Germania. Questo modello potrebbe essere meno costoso di quella dell'art. 7 legge 296/1993 secondo la quale "in ciascun capoluogo di provincia negli ospedali generali sono riservati reparti destinati

³ Cfr. come punto di partenza il volume collettaneo curato da M. Esposito (2007).

in via prioritaria al ricovero in luogo esterno di cura, ai sensi dell'art. 11 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e successive modificazioni, dei detenuti e degli internati per i quali la competente Autorità abbia disposto il piantonamento”.

3. I diritti fondamentali e gli interessi pubblici da bilanciare

Il tema della salute in carcere riguarda innanzitutto i diritti degli stessi detenuti che sono “persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà” (art. 13, co. 5 Cost.), ma restano individui dei quali la Repubblica deve tutelare la salute come diritto individuale e come interesse della collettività (art. 32, co. 1). Se è punito ogni trattamento sanitario che comporti “violenza fisica e morale” nei loro confronti (art. 13, co. 4), inclusi trattamenti di tortura, questo non esclude che la legge non possa disporre l'obbligatorietà di trattamenti sanitari rispettosi della persona umana nei loro confronti se questi trattamenti tutelano la salute degli altri detenuti, di chi opera nell'istituzione penitenziaria e di chi li visita, inclusi i propri familiari (art. 32, co. 2).

Il diritto alla salute ha aspetti di libertà negativa, di integrità psico-fisica, e aspetti positivi di prestazione di servizi di cura e prevenzione, approvvigionamento farmaceutico e ausili sanitari.

Per quanto riguarda gli aspetti negativi, la tutela dell'integrità psico-fisica è aggiuntiva rispetto alla libertà personale. La “detenzione” (art. 13, co. 1) è concepita come restrizione della libertà personale che deve avere “limiti massimi”, se preventiva (art. 13, co. 5) e limiti di “senso di umanità” e di funzione rieducativa” (art. 27, co. 3), se punitiva. Pertanto, se è legittima, non è violazione e quindi mai soggezione totale e privazione totale della libertà personale intera, sempre solo privazione “di” o, più precisamente, restrizione della stessa ad una condizione di “responsabilità” (art. 27, co. 1), condizione personale e sociale come tale non discriminatoria e non negatrice in toto della pari dignità sociale (art. 3, co. 1).

La detenzione, come spiega Michel Foucault in *Sorvegliare e punire* (1976)⁴, intende colpire certo il sentimento universale e costante della

⁴ Cfr. la citazione del discorso di Duport in assemblea costituente: 79: “Come potrebbe la prigione non essere la pena per eccellenza in una società in cui la libertà è un

libertà quale fondamento della società. Assoggettando il corpo alla disciplina di un'istituzione "totale ed austera", il meccanismo di coercizione e ordine imposto dal carcere deve "rigenerare i condannati", realizzare "regole di una sana morale". Ma colpire il sentimento non significa colpire la salute che non è sinonimo, ma sempre solo fonte parziale di felicità e di benessere. Nel carcere, la salute individuale diventa parte della salute "interesse della collettività". Citando Jeremy Bentham con Michel Foucault: "Il panoptismo è capace di "riformare la morale, preservare la salute, rinvigorire l'industria, diffondere l'istruzione, alleggerire le cariche pubbliche, stabilizzare l'economia come sulla roccia, sciogliere, invece di tagliare, il nodo gordiano delle leggi sui poveri; tutto questo con una semplice idea architettonica" (M. Foucault, 1976, p. 71).

Questo non vuol dire che il carcere non possa nuocere alla salute e che il legislatore non debba tutelare la salute anche dal carcere. Questa tutela non implica solo un diritto soggettivo al trasporto dall'istituto penitenziario in un'istituzione ospedaliera, cioè ad una sostituzioni tra istituzioni pur sempre a tendenza totali e austere, ma forse anche un diritto a una maggiore libertà personale o attenuazione delle restrizioni della stessa come strumento indispensabile di una cura. La Corte costituzionale, con la sentenza n. 414 del 1991, ha dapprima dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 47-ter della legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà) nella parte in cui non prevede che perfino la reclusione militare sia espiata in detenzione domiciliare quando trattasi di "persona in condizioni di salute particolarmente gravi che richiedono costanti contatti con i presidi sanitari territoriali". Nel caso del cancro dell'ex-capo di governo della "DDR", Erich Honecker, la Corte costituzionale di Berlino aveva argomentato con il diritto alla dignità umana l'estensione del principio di libertà come cura almeno per la fase terminale di una malattia alla custodia cautelare e alle udienze del processo penale⁵. Successivamente, la Corte costituzionale ha chiarito che per fare

bene che appartiene a tutti nello stesso modo e al quale ciascuno è legato da un sentimento "universale e costante"? La sua perdita ha dunque lo stesso prezzo per tutti; assai più dell'ammenda, essa è castigo "egalitario" (M. Foucault, 1976, p. 252).

⁵ Cfr. VerfGH Berlin, 12 gennaio 1993, VerfGH 55/92, <http://www.gerichtsentcheidungen.berlin-brandenburg.de/jportal/portal/t/279b/bs/10/page/sammlung.psm>

valere il diritto alla salute, il legislatore non può prevedere “un modulo di automatismo” e stabilire “una presunzione assoluta di incompatibilità con il carcere per i malati di AIDS o per quanti presentino uno stato di grave deficienza immunitaria”. L’art. 146, co. 1, n. 3 c.p. affida pertanto “al giudice il compito di verificare in concreto se, ai fini dell’esecuzione della pena, le effettive condizioni di salute del condannato, per lo stadio estremo al quale è oramai pervenuta la malattia, siano o meno compatibili con lo stato detentivo”.

A differenza dell’art. 3 Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo (DUDU 1948), dell’art. 5 della Convenzione Europea per la salvaguardia dei Diritti dell’Uomo e del cittadino (CEDU 1950) e dell’art. 6 della Carta dei diritti fondamentali dell’UE (CDFUE 2000/2010), la Costituzione non garantisce un diritto soggettivo alla sicurezza inteso come diritto della persona, detenuta o meno, a interventi autoritativi e di forza nei confronti di terzi, ma garantisce la sicurezza come interesse oggettivo e pubblico sia nei confronti della libertà personale e di altre libertà costituzionali anche economiche (art. 41), talora espressamente associandola a - e distinguendola da - interessi di sanità (art. 16). Si può inoltre ritenere che la “tutela” della salute come quella del lavoro implicano diritti di sicurezza speciali, rivolte cioè ad azioni amministrative ulteriori rispetto a quelle giudiziarie.

Per quanto riguarda gli aspetti positivi del diritto alla salute, la garanzia delle “cure” fa parte della “sicurezza” sociale della persona⁶. Il carattere fondamentale esplicitato del diritto alla salute consente di collegare anche le cure come antidoti alla miseria a quelle garanzie dei diritti di dignità che sono indispensabili per coloro che sono resi oggetto dell’esercizio del monopolio della forza legittima dello Stato⁷. Nel suo intervento, Mario Dogliani ha giustamente ricordato che per volontà della Costituzione, e quindi di tutti, sul territorio della Repubblica nessuno deve mo-

l?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=1&fromdoctodoc=yes&doc.id=KVRE244329301&doc.part=L&doc.price=0.0#focuspoint

⁶ Per un richiamo al pensiero giuridico classico, si veda Cicero T., *De officiis*, I, 69: “Vacandum autem omni est animi perturbatione, cum cupiditate et metu tum etiam aegritudine et voluptate nimia et iracundia, ut tranquillitas animi et securitas adsit, quae affert cum constantiam tum etiam dignitatem.” Cfr. anche C. Zwierlein (2015, p. 109).

⁷ Sul punto si veda il volume fondamentale di Marco Ruololo (2011).

rire se sono reperibili cure sanitarie. Le fonti internazionali sono andate oltre, stabilendo un principio di equivalenza delle cure *intra vel extra moenia*: “Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation”⁸.

Una piena equivalenza delle cure non implicherebbe necessariamente una libertà di scelta del medico e delle strutture di assistenza. Tale libertà sembra basarsi piuttosto sulla libertà di circolazione degli utenti del servizio sanitario nazionale, condizione diversa da quella della detenzione. In caso di una pluralità di medici disponibili all’interno della struttura, Davide Petrini ha giustamente sollecitato l’opportunità di garantire una libertà scelta di un medico di fiducia. In caso di cure all’esterno, il detenuto potrebbe pur sempre poter motivare richieste nominative ad es. con pregressi rapporti di assistenza. Ai fini della sicurezza potrebbe tuttavia essere considerato sufficiente garantire soltanto una consultazione tra il medico curante e i medici che in passato hanno già seguito la persona prima della detenzione.

Tuttavia, esistono anche altri diritti della persona che interessano la sanità in carcere. Il seguito delle sentenze Torreggiani del 2013 e Contrada del 2014 (R. Montaldo, 2016) dimostrano che il domicilio e le sue condizioni di riservatezza hanno anche una funzione salutare (art. 14). Inoltre, occorre ricordare il diritto alla riservatezza delle comunicazioni del detenuto paziente al medico e dei suoi dati clinici, ad esempio relativi a malattie infettive (art. 15). Le raccomandazioni della WHO richiedono “humane health professional culture that respects patients’ confidentiality and privacy and their right to health care equivalent to that sought by the general public” (S. Enggist, L. Møller, G. Galea, C. Udesen, 2014, p. 138). Se la confidenzialità deve essere ristretta per finalità giudiziarie o di sicurezza di terzi o anche di tutela della vita del detenuto, il medico o l’amministrazione deve dare adeguata informazione sui limiti posti alla riservatezza.

A questo si aggiungerebbe il diritto alla vita di relazione coniugale e familiare (art. 29, co. 1, art. 30, co. 1) il cui esercizio può avere riflessi sulla salute psichica e fisica del detenuto, effetti che devono essere atten-

⁸ Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990, cfr. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx>

tamente valutati anche dal personale medico. Al riguardo, la Corte costituzionale ha ribadito, con la sentenza n. 390 del 23 luglio 2002, che anche in regime di art. 41-bis “la tutela del diritto alla salute, (...) risulta così assicurata, da un lato, dai poteri conferiti in materia di libertà personale al giudice che procede e, dall’altro, dal controllo esercitato, in sede di reclamo, dal tribunale di sorveglianza a garanzia dei diritti del detenuto”. Il bilanciamento dei diritti in tal caso deve anche tenere in considerazione l’interesse pubblico a tutelare proprio i figli di mafiosi dall’essere o indotto o abbandonati alla criminalità.

Particolari situazioni e condizioni di tutela della salute in carcere devono essere inoltre accordate a situazioni di maternità – negli istituti di custodia attenuata per madri (ICAM) esaminati nel saggio presente nel numero di questa rivista da Maria Vittoria Valentino - e a situazioni di gioventù (art. 31). Sempre in questo numero, Laura Cesaris ha messo in luce come le barriere nelle carceri resistono alle pretese di tutela dei diritti di detenuti con disabilità, incluso quello – ambiguo e mal formulato – all’”educazione” (art. 38, co. 3).

Restano infine da valutare gli interessi alla sicurezza e efficacia dello *jus puniendi* dello Stato, rappresentati rispettivamente dalle autorità di p.s. e dal p.m. (art. 112 Cost.). Anche gli interessi all’equilibrio e alla sostenibilità dei bilanci pubblici possono aggiungersi, legittimando una gradualità nell’attuazione delle tutele dovute.

4. Le fonti del diritto della sanità penitenziaria

Per quanto riguarda la sistemazione delle fonti del diritto, la sanità penitenziaria ha trovato una disciplina legislativa nell’art. 11 l. n. 354/1975, integrata da un regolamento di esecuzione previsto all’art. 87 della stessa legge e sostituito da ultimo dal D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230 (Regolamento recante norme sull’ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà). Per lo stato di diritto, questo è un passo avanti rispetto alla precedente situazione di disciplina esclusivamente regolamentare (1931). Il D. Lgs. 22 giugno 1999, n. 230 (Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell’articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419) ha poi ridistribuito le competenze amministrative in materia sanitaria e di sicurezza, ripartendo le prime tra Ministero, regioni e A.S.L. e assoggettando il

Personale appartenente al Servizio sanitario nazionale “all’osservanza delle norme previste dall’ordinamento penitenziario, dal relativo regolamento di esecuzione, dal regolamento interno dell’istituto penitenziario, nonché delle direttive impartite dall’amministrazione penitenziaria e dal direttore dell’istituto medesimo in materia di organizzazione e sicurezza” (art. 4, co. 3). Sanità e ordinamento penitenziario appartengono tuttavia sin dalla riforma costituzionale del 2001 a due titoli di competenza diversi, la prima alla legislazione concorrente (art. 117, co. 3 “tutela della salute”), tranne che per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, e la seconda a quella esclusiva (art. 117, co. 2: sicurezza, giurisdizione, ordinamento penale).

Sia in materia di salute, sia in materia di sicurezza esistono anche competenze dell’Unione Europea, anche se prevalentemente di coordinamento e cooperazione (cfr. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2017/583113/IPOL_BRI\(2017\)583113_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2017/583113/IPOL_BRI(2017)583113_EN.pdf)). Essendo sanità e sicurezza materie accessorie all’attuazione e limitazione di diritti umani, alle fonti nazionali ed EU si associano poi varie norme internazionali, aventi per lo più carattere di *soft law*. Questo vale sia in ambito ONU, ad esempio per le “Basic Principles for the Treatment of Prisoners” (risoluzione n. 45/111 del 14. 12. 1990), sia in ambito di Consiglio d’Europa per la Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle “Regole penitenziarie europee”. Tale *soft law* è di particolare rilievo per la giurisprudenza internazionale sia della Corte di Strasburgo, sia dei Comitati per la prevenzione della tortura. Visto poi che l’art.12 del patto sui diritti economici, sociali e culturali (1966) garantisce un diritto “a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale (“the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health”), conviene pure prendere in considerazione gli standards stranieri.

Fortemente internazionalizzate sono infine anche le norme e raccomandazioni deontologiche dei medici e delle loro associazioni, specialmente quella norvegese capofila all’interno della World Medical Association (cfr. <https://www.wma.net/what-we-do/education/prison-medicine/>).

Il quadro delle fonti risulta pertanto estremamente complicato e sfiibrato, difficilmente accessibile alle figure professionali e agli stessi detenuti. Mentre per i primi servirebbero dei manuali – e sul punto si segnala una responsabilità dell’università – ai secondi servirebbero ben leggibili carte dei servizi – e sul punto è richiesto un intervento dell’amministrazione penitenziaria.

Riferimenti bibliografici

Enggist S., Møller L., Galea G., Udesen C. (2014), eds., *Prisons and Health*, Geneva: World Health Organisation (WHO), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf

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

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

Marietti S. (2013), *Prison conditions in Italy*, Antigone, Roma, http://www.prisonobservatory.org/upload/Italy_Peniten.pdf

Montaldo R. (2016), *Emergenza carceri: a tre anni dalla sentenza Torreggiani, gli esiti e l'effettività delle riforme*, <http://www.forumcostituzionale.it/wordpress/wp-content/uploads/2016/02/montaldo.pdf>

Ruotolo M. (2011), *Dignità e carcere*, Napoli, Editoriale Scientifica.

Santoro E., Caputo G. (2016), *The psychic maladjustment in prison: Crossing data analysis of socio-biographical, clinical and legal variables*, allegato a P. Pastino, ME.D.I.C.S. - *Mentally disturbed Inmates' Care and Support*, Final Report, <https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/3dac41b5fe4b48f2989ac66fd8ebb876.pdf>

C. Zwierlein (2015), *Se-curare, sine cura, se-curitas, assecuratio: Innovationen der Sicherheitsproduktion in der Renaissance*, in G. Melville, G. Vogt-Spira, M. Breitenstein, eds., *Sorge*, Köln, Böhlau.

La sanità penitenziaria negli Stati Generali dell'Esecuzione Penale

Francesco Maisto

Abstract: *L'Autore, coordinatore del tavolo n. 10 "Salute e disagio psichico" degli Stati Generali sull'Esecuzione Penale del Ministero della Giustizia, nell'analizzare i lavori di tale tavolo sottolinea i limiti della tradizionale cultura giuridica degli operatori del diritto e dei penitenziaristi nel trattare il tema della tutela del diritto della salute. Partendo dalla definizione ampia di salute fornita dall'OMS, l'Autore indica i principali nodi critici della sanità penitenziaria italiana che si presenta al momento attuale come una riforma realizzata "a macchia di leopardo". Tra tali punti critici, la questione degli spazi interni alle strutture carcerarie, la questione del disagio psichico dei reclusi, il problema del monitoraggio dei dati sanitari e della tutela della loro riservatezza, quello della cartella clinica e della telemedicina, delle patologie infettive, nonché l'annoso bilanciamento tra esigenze di sicurezza e di cura che rappresenta un vero e proprio leitmotiv della storia della sanità carceraria.*

Parole chiave: sanità penitenziaria, Stati Generali dell'Esecuzione Penale, tutela della *privacy*, disagio mentale, compatibilità tra detenzione e condizioni di salute, malattie infettive

1. Il tema della sanità penitenziaria negli Stati Generali dell'Esecuzione Penale

Il tema della tutela della salute dei detenuti nelle carceri potrebbe essere efficacemente ridotto a due parole: potere e sopravvivenza. È esattamente il titolo del saggio del 1974 del Nobel Elias Canetti che scriveva: "*Schivare il concreto è uno dei fenomeni più inquietanti della storia dello spirito umano. C'è una netta tendenza a buttarsi verso le cose più lontane, subito, e a trascurare così tutto ciò contro cui si va a sbattere*" (E. Canetti, 1974). In proposito, infatti, è stata macroscopica la tendenza all'astrazione dei giuristi penalisti e processualisti, per non parlare delle equivoche commistioni di gran parte dei penitenziaristi che, concentrati sulla funzione rieducativa della pena carceraria, hanno tralasciato il terreno della preliminare tutela dei diritti, ed in

particolare del diritto alla salute. Condivido allora, con piena convinzione, la tesi recentemente sostenuta da un noto costituzionalista. “È un ritardo di cultura giuridica imputabile anche alla dottrina: se i penalisti hanno tradizionalmente anteposto per importanza lo studio dell’aspetto precettivo della norma a quello sanzionatorio, tendenzialmente noi costituzionalisti ce ne siamo addirittura disinteressati. È stato un grave peccato di omissione, perché sono davvero tante le criticità costituzionali che prendono forma all’interno di istituti penitenziari sold out. Il catalogo è questo: [1] la scissione tra la dimensione deontica della pena (il suo fine rieducativo) e la sua dimensione ontica (il divieto di trattamenti inumani), in violazione dell’art. 27, comma 3, Cost.; [2] l’inevitabile pregiudizio a diritti fondamentali del detenuto (salute, sicurezza, vita) derivante dall’insana coesistenza di troppi corpi prigionieri, accatastati come tronchi in una legnaia, in violazione degli artt. 2 e 32 Cost.; [3] una detenzione inumana e degradante quale pena ulteriore e aggiuntiva a quella inflitta dal giudice, dunque priva di base” (A. Pugiotto, 2016).

L’impegno più recente di alcuni studiosi costituzionalisti, però, ha scavato ed enucleato i contenuti concreti del diritto alla salute (M. Ruotolo, 2011 e, nel solco, M. Caredda, 2015) addivenendo alla conclusione che, per partire dal concreto, bisogna partire dalla persona, comunque sia, e dai luoghi *non liberi* in cui si trovano coattivamente o volontariamente le persone stesse, e non dalle catalogazioni e dalle qualificazioni soggettive dei diritti.

La recente relazione del Dipartimento dell’Amministrazione penitenziaria per l’anno giudiziario 2016 - pur dedicando un paragrafo (D.4) ad alcuni temi specifici della salute dei detenuti (come il trattamento delle tossicodipendenze e delle persone affette da patologie psichiatriche) e nonostante il fatto che i risultati degli Stati Generali dell’Esecuzione Penale abbiano segnalato le numerosissime e persistenti problematiche emerse a seguito del passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, tanto da dover limitare l’individuazione di alcuni ambiti sui quali concentrare l’attenzione - non si sofferma, ancora una volta, sul dato generale e fondamentale dei livelli effettivi di assistenza e di tutela della salute nelle carceri.

Che si tratti di una disattenzione oppure di una scelta precisa sul presupposto delle ritenute competenze regionali, resta il fatto che tanto avviene nonostante un Accordo Stato - Regioni del 22 gennaio 2015 ed

una Circolare *ad hoc* del Capo del D.A.P. del 16 luglio 2015. Eppure il Tavolo 10 degli Stati generali su “Salute e disagio psichico” aveva effettuato una rilevazione di tante criticità, acquisibili come parametri anche per la redazione della Relazione conclusiva e così riassumibili:

- assenza di disponibilità da parte del D.A.P. al rilascio di dati statistici relativi ai bisogni di salute dei detenuti e di una mappatura per analizzare e valutare il rapporto tra tali bisogni e le risorse/i servizi apprestati dal Servizio Sanitario;
- scarso funzionamento degli Osservatori regionali, pur normati, tanto in generale quanto, e specificamente, nella rilevazione dei dati;
- problematiche per i trasferimenti/traduzioni per motivi clinici dei detenuti;
- mancanza di una cultura di erogazione dei servizi di cura nelle carceri in misura paritaria rispetto alla popolazione esterna;
- assenza di un sistema informatico omogeneo tale da raccogliere i diari clinici dei detenuti;
- mancato sviluppo del sistema della telemedicina;
- assenza di coordinamento di buone prassi e di diffusione di protocolli operativi;
- disomogeneità nell’implementazione di protocolli operativi per la presa in carico dei disturbi mentali (attraverso la psicoterapia) tra D.S.M. e Istituti penitenziari;
- problematiche relative alla tutela della *privacy* dei detenuti;
- mancata previsione di modalità di assistenza e cura di portatori di patologie psichiatriche e ricadute sul sistema carcerario dalla nuove disposizioni di cui alla legge 81/2014.

A meno di non ritenere risolti tanti problemi in pochi mesi, bisogna allora pensare al loro involontario occultamento. Il Tavolo ha avuto il compito di affrontare la vastissima tematica dell’attuazione della Riforma della medicina penitenziaria, il cui iter si concluse con le previsioni del DPCM 1 aprile 2008 che, come noto, sancì il definitivo passaggio di competenze dell’assistenza sanitaria per detenuti dal D.A.P. al S.S.N. nell’ottica della parità di tutti nella fruizione del servizio sanitario pubblico, al fine di rilevare le criticità esistenti e di formulare delle proposte per il loro superamento. Si è tentato cioè, di individuare le carenze nell’offerta dei servizi socio-sanitari, proponendo degli interventi per la soluzione delle

criticità, e di promuovere l'ammodernamento delle procedure attualmente seguite, nell'ottica di rendere effettivo il riconoscimento pieno del diritto della popolazione detenuta ad una adeguata tutela della salute in carcere (art. 1, d. lgs. 230/99; Regole penitenziarie europee, Parte III).

La rilettura attenta delle rilevazioni preliminari attuali operate dai componenti del Tavolo rimanda, paradossalmente, a quelle formulate anni or sono da Daniel Gonin (1994). L'esponente di punta della medicina penitenziaria europea, nella sua corposa e penetrante disamina, terminata nel 1991 dopo ben 22 anni di attività professionale nelle carceri della regione di Lione e frutto della sua diretta esperienza, degli effetti della reclusione sui corpi delle persone detenute, descrive una serie di patologie e di sindromi: deterioramento dell'apparato sensoriale (perdita dell'olfatto, indebolimento delle vista, deterioramento dell'udito), vertigini, assenza di energie, costante sensazione di freddo. Precisa poi le tre forme patologiche prevalenti: la dentaria, dovuta al tipo di alimentazione ed all'abitudine a risolvere i problemi dentali con il metodo dell'estrazione (più sbrigativo ed accessibile rispetto ad altri metodi praticabili); la dermatologica, con una serie di sindromi da contaminazione, da cattiva digestione, da allergie di varie forme, da somatizzazione dell'ansia, da autolesionismo; la digestiva, come effetto dell'azione combinata del tipo di alimentazione e di forme, anche in questo caso, di somatizzazione.

A queste vanno aggiunti altri tre settori di patologie proprie del regime detentivo: i disturbi mentali e dell'umore (depressione, ansia, passività assoluta, ipereccitazione, aggressività, crisi di panico, scissione mentale con deflussi deliranti, fino a vere e proprie sindromi psichiatriche); le malattie infettive (in parte legate alla tossicodipendenza, varie forme di epatite, forme epidemiche, l'A.I.D.S. - dieci volte più facilmente contraibile rispetto alla vita esterna, per le note condizioni di promiscuità nell'uso di siringhe e per il diffondersi di comportamenti omosessuali -); i disturbi e le alterazioni della sessualità (forme di impotenza, onanismo ossessivo e omosessualità indotta dal regime di privazione della libertà).

Un'analisi spietata, ma realistica, che si sperava almeno parzialmente superata riguardando altra epoca ed altro Stato. Queste patologie, tuttavia, essendo connaturate ad una tipologia istituzionale di reclusione,

largamente prevalente in Italia, sono destinate a permanere fino a quando non verranno risolte le questioni che condizionano a monte la vita dei detenuti e del carcere.

2. Teorie della pena e definizione di salute

È allora evidente come, a questo livello, non ci si possa che attestare su una definizione della salute quale semplice assenza di alterazioni della normalità fisiologica e funzionale del corpo umano, e quale conseguente assenza di sintomi. Una definizione della salute, questa, ben lontana rispetto a quella dell'O.M.S., come pienezza di uno stato di benessere che si concretizza nell'armonia tra bisogni, desideri soggettivi ed opportunità di realizzazione socialmente praticabili, in un quadro di armonia tra soggetto e ambiente naturale e sociale. Resta, quindi, del tutto inesplorato quello spazio enorme e possibilmente praticabile tra le due definizioni della salute, confermando la tesi secondo la quale "in carcere il rapporto tra salute e malattia appare in radice contaminato ed ambivalente, nel modo in cui risulta essere costruito il ruolo sociale del soggetto punito e recluso" (G. Mosconi, 2005, p. 205).

In altre parole, utile come criterio di orientamento può essere un vecchio adagio che suona così: dimmi cosa pensi del carcere e/o della libertà in generale e ti dirò come si devono curare i detenuti. Come dire che da qualsiasi punto, settore o angolo di visuale si parli di carcere e libertà, traspare o emerge l'opzione o il pregiudizio che si ha a monte e, nonostante la proclamazione paritaria dei L.E.A., le scelte di politica sanitaria regionale non si sottraggono a tale ragionamento.

E in tal modo emerge, in fondo, una scelta retribuzionista che condiziona il giudizio e la visione della sanità penitenziaria (ma anche, in diversa misura, del lavoro, dell'affettività, della disciplina, delle tossicodipendenze, dell'istruzione, ecc.). Drammatizzando ed estremizzando i termini della questione, al fine di una maggiore lucidità espressiva, si può affermare che si prospettano più scenari. Come l'opzione per un'esclusiva funzione di *prevenzione generale* della pena carceraria si traduce nella politica ispirata al principio che *in carcere si deve stare peggio*, così l'opzione per un carcere meramente privativo della libertà personale si ispira al solo *garantismo*

dei diritti di cittadinanza. Ed all'inverso, chi pretende che nel carcere si *deve stare meglio* opera un'opzione di prevenzione speciale, di orientamento alla legalità e quindi di responsabilizzazione ai doveri ed ai diritti. Ma chi collega pure la questione carceraria alla questione sociale orienta politiche di deistituzionalizzazione che, lungi dal professare la *libertà selvaggia*, passano attraverso l'implementazione di misure alternative per la *detenzione sociale*. In questa posizione affiora con maggiore evidenza, la preoccupazione finalistica e duratura per la tutela delle libertà di quanti non commettono reati o ne sono *vittime*, ma nell'ambito di una strategia diversificata di contrasto della criminalità *finalizzata* alla sicurezza sociale.

Certamente anche i teorici delle *alternative*, attraverso il riduzionismo penale e penitenziario, si collocano nell'area della deistituzionalizzazione aderendo ad ogni progetto che riesca a mettere in crisi l'elefantiasi carceraria, come propugnano gli abolizionisti - del sistema penitenziario e/o del sistema penale - dai quali però si differenziano. La riallocazione della questione salute dei detenuti tra due poli potrebbe configurarsi fra lo slogan "*vivere liberazione, d'ogni carcere l'estinzione*" e l'altro slogan "*liberarsi della necessità del carcere*", laddove è evidente che nel primo, in qualsiasi sistema carcerario, si daranno sempre queste patologie, mentre nel secondo la cura della salute è possibile attuando riforme.

In questo contesto, la definizione della salute, appiattita sui livelli minimi, si articola in particolare:

- come semplice assenza di malattia conclamata, di patologie gravi, clinicamente rilevabili, e, insieme, di comportamenti asociali;
- come gestione mediamente accettabile di stati patologici di *routine*, prevenendone i deflussi più distruttivi e gli esiti più gravi;
- come capacità di adattamento non problematico alle istanze disciplinari istituzionali, in sintonia con le quali vengono rimodulati i livelli di benessere raggiungibili;
- come semplice titolarità di un diritto alla fruizione di un servizio, effettivamente, entro certi termini, garantito, inevitabilmente orientato, nel generale stato di privazione, a ristabilire una salute strettamente fisica e a sostenere la capacità di tolleranza e di adattamento al disagio mentale ed esistenziale indotto dalla reclusione.

3. L'attuazione della riforma della sanità penitenziaria

Diversamente da quanto analizzato, tuttavia, la riforma del 2008 avrebbe dovuto comportare l'adozione di modelli organizzativi, nonché degli standard di adeguatezza del servizio, propri del sistema pubblico di protezione della salute. L'attuazione della stessa è stata, di fatto, realizzata a *velocità diverse* nelle varie Regioni italiane: il dettato del D.P.C.M. del 1 aprile 2008 sulla la predisposizione dei Piani Regionali e poi aziendali per la programmazione della Rete di assistenza sanitaria nelle carceri è, nella maggior parte delle Regioni italiane, lontano dall'effettiva realizzazione. Il recepimento della riforma "*a macchia di leopardo*" (cfr. M. De Pascalis, 2012) tra le varie Regioni acuisce i problemi che già i detenuti soffrono: ancora oggi ai detenuti/pazienti risulta difficile accedere alle prestazioni essenziali erogate dal S.S.R. (ausili, protesica, farmaci di fascia C) e, d'altro canto, gli operatori delle A.S.L. e della sicurezza devono gestire situazioni che riguardano malati senza dimora, stranieri, con difficoltà ad accedere ad alcuni servizi, per esempio ricoveri in ospedale (R.S.A.). In ogni caso, finché non sarà garantita la territorialità della pena, il detenuto sarà pregiudicato dalla diversità dell'offerta sanitaria negli S.S.R., essendo soggetto, in caso di trasferimento, a variazioni delle prestazioni fruibili e/o dei prontuari farmaceutici.

Sono, dunque, necessarie prescrizioni vincolanti per le rilevazioni epidemiologiche e di monitoraggio dell'attuazione della normativa di cui al D.P.C.M. 1.4.2008 e all'Accordo C.U. 22.1.2015 (*Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti*). Il D.A.P. dovrebbe individuare le modalità da indicare ai P.R.A.P. e agli Uffici dell'Osservatorio Regionale (istituiti con il D.P.C.M. del 2008) affinché procedano, secondo cadenze periodiche, alla completa rilevazione delle incidenze patologiche nelle carceri e dello stato di attuazione della Riforma per quanto concerne la quantità e le modalità dell'assistenza sanitaria nelle diverse realtà territoriali.

Occorre, all'uopo, individuare lo strumento normativo idoneo a vincolare gli Uffici preposti alla redazione e comunicazione, agli organi di governo addetti alla pianificazione del bilancio sanitario pubblico, dei rapporti periodici su entrambi i profili sopra detti: la mappatura delle prevalenze patologiche consente la programmazione finanziaria per l'as-

sistenza specialistica e per l'approvvigionamento farmacologico; la conoscenza del livello di implementazione delle direttive della Riforma sul potenziamento dell'assistenza sanitaria consente di combattere la disomogeneità interregionali nell'offerta di salute alla popolazione detenuta. Ed occorre, al contempo, monitorare l'attuazione del succitato Accordo approvato dalla Conferenza Unificata il 22 gennaio 2015.

3.1. La questione degli spazi sanitari

L'attuazione parziale della Riforma si riflette anche sulla mancata ridefinizione dello spazio della pena e dello spazio di tutela della salute dei detenuti in quanto ancora oggi l'esclusività del primo di essi continua a minarne l'integrità psico-fisica. Con particolare riferimento, poi, al tema della presa in carico del disagio mentale, appare con evidenza l'importanza di un adeguato spazio della pena, per il fondamentale apporto dell'ambiente in cui si è inseriti al benessere psico-fisico¹.

La relazione finale del Tavolo ha doverosamente ritenuto di sottolineare come imprescindibile e prioritario, ai fini della tutela della salute in carcere sia in favore dei ristretti che in favore dei lavoratori, è che gli spazi della pena siano puliti, decorosi ed accoglienti e quindi, conformi a requisiti minimi di vivibilità e abitabilità (climatizzazione, acqua calda, conformità degli impianti alle norme C.E.E., presidi di sicurezza, impianti antincendio, impianti di aspirazione fumo, ecc.); come imprescindibile è altrettanto che i luoghi (e le dotazioni strumentali mediche), oltre che accoglienti, rispondano ai criteri minimi per l'accreditamento al S.S.N.

3.2. Operatori sanitari e operatori penitenziari

Peraltro, l'applicazione parziale della riforma si riflette anche sulla divisione di competenze tra le funzioni degli operatori sanitari e quelle

¹ Su tale punto sono interessanti le considerazioni svolte e le proposte avanzate dal Tavolo n. 1 degli Stati Generali dell'Esecuzione Penale del Ministero della Giustizia "Spazi della pena: architettura e carcere" reperibili su https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_19_1_1.page?previousPage=mg_2_19_1.

degli operatori della sicurezza, tanto da poter configurare le evoluzioni come vere e proprie conquiste culturali.

Anche mediante richiami ad esperienze vissute dai tecnici componenti del Tavolo o casi conosciuti, sono emerse criticità, ancora esistenti, intorno alla coesistenza di esigenze di salute ed esigenze di sicurezza: sono stati individuati i riflessi del problema di una non sempre chiara divisione delle competenze, non solo tra operatori sanitari e amministrazione, ma anche tra potere decisionale dell'amministrazione e dei magistrati di sorveglianza. Insomma, attraversa trasversalmente le tematiche affrontate la convinzione che non vi sia ancora oggi una piena consapevolezza, a livello culturale, che l'assistenza da erogarsi all'interno delle carceri deve essere paritaria rispetto a quella di cui fruisce la popolazione generale, pur essendo vigenti norme di rango primario che espressamente sanciscono l'equiparazione delle garanzie in materia di protezione del diritto alla salute (cfr. art. 1 d.lgs. 230/99).

3.3. La cartella clinica informatizzata

La tracciabilità e la rintracciabilità del detenuto nel sistema carcerario deve comportare anche l'effettiva cura del Diario clinico e quindi, la necessità di adottare un sistema informatico omogeneo che raccolga i diari clinici dei pazienti detenuti in formato digitale.

Nel corso dei lavori del Tavolo sono emerse le tante virtuosità dell'utilizzo delle cartelle cliniche informatizzate sia sotto il profilo del diritto alla continuità terapeutica, sia sotto il profilo della maggiore efficienza del sistema (risparmio – per i frequenti casi di dispersione del cartaceo, con conseguente ripetizione degli esami clinici necessari alla diagnosi e cura del paziente - e rapidità di consultazione e aggiornamento).

Nonostante il D.P.C.M. del 2008 facesse espresso riferimento alla necessità di adottare i sistemi informatizzati anche nelle carceri, ad oggi solo alcune realtà regionali hanno sperimentato il sistema digitale (Emilia Romagna, Provincia di Trento, Toscana in via sperimentale). Vero è che l'informatizzazione dei diari clinici è parte del progetto Agenda Digitale (spec. Sanità digitale), ma la scadenza, normativamente prevista, per l'operatività dei sistemi informatizzati per la creazione e gestione dei

diari clinici dovrebbe essere prossima. La novità dovrebbe interessare le carceri come gli altri luoghi dove si eroga assistenza sanitaria, secondo le azioni implementate nella A.S.L. territorialmente competente.

3.4. La telemedicina in carcere

Il Tavolo ha prospettato inoltre le potenzialità dell'utilizzo della telemedicina negli istituti penitenziari, in considerazione di alcune esperienze positive già maturate. La telemedicina presenta il vantaggio di evitare le traduzioni presso strutture esterne, con i conseguenti problemi dei ritardi delle prestazioni mediche (nei tanti casi di impossibilità per il personale di Polizia Penitenziaria di effettuare la traduzione) e le esigenze di sicurezza dello spostamento, ed al tempo stesso garantisce la qualità della prestazione (si tratta di *medical devices* di nuova generazione). I dati attestano l'aumento del volume delle traduzioni (raddoppiate dal 2008), che invece potrebbero ridursi, ma anche la posizione degli operatori coinvolti dall'eventuale sostituzione dei dispositivi medici di telemedicina alle tradizionali procedure ancora oggi operative.

Il progetto *Telemedicina per gli istituti di pena*, rappresenterebbe un'anticipazione di un progetto definitivo ed operativo che, per essere tale, oltre alle autorizzazioni ed al sostegno del D.A.P., dovrebbe avere anche il riscontro delle diverse A.S.L. dislocate sul territorio nazionale. L'obiettivo è quello di creare un sistema di memorizzazione delle informazioni di carattere sanitario (diari clinici informatizzati), connotato dall'interoperabilità tra istituti penitenziari e strutture sanitarie esterne, nonché tra le A.S.L. dei diversi territori regionali. La scannerizzazione dei materiali sanitari potrebbe essere un compito da affidare ai detenuti. Si otterrebbe anche la fornitura di apparecchi di telemedicina, in particolare: il telemonitoraggio, la telepatologia (effettuazione di esami quali INR, emocromo, urine ecc.), la teledermatologia, la telecardiologia, la teleodontoiatria e la teleradiologia. Altro aspetto innovativo consisterebbe, inoltre, nella confluenza di una parte delle informazioni nell'A.F.I.S. (specificatamente quelle "comportamentali", utili al D.A.P.). In una visione sistemica del paziente-detenuto o internato è necessario uno strumento utile a *far dialogare* il sistema Giustizia con il sistema Sanità.

4. La questione del trattamento dei dati sanitari

Sembra ormai diventata una moda quella di opporre alla prospettiva di innovazioni sul terreno della salute in carcere l'eccezione del trattamento dei dati sanitari del cittadino detenuto o internato ed in particolare, della tutela del diritto alla riservatezza di questi dalle esigenze di accesso da parte dell'Amministrazione penitenziaria. Il tema è sicuramente delicato ed impone di individuare un ragionevole punto di equilibrio, da una parte, tra la tutela della *privacy* del detenuto e le esigenze legate all'esecuzione della pena, nonché alla complessiva organizzazione dell'istituto di pena e, dall'altra, con il grado di sviluppo delle strumentazioni tecnologiche, suscettibile di favorire modalità elettroniche di registrazione e conservazione delle informazioni (cfr. d.l. 179/2012, art. 12; d.l. 69/2013, art. 17; Regolamento Fascicoli Sanitari Elettronici, d.p.c.m. 3 settembre 2015).

La questione del trattamento dei dati sanitari è, in ogni caso, meritevole di attenzione, anche nell'ipotesi in cui le relative modalità di conservazione dovessero essere quelle "tradizionali", vale a dire cartacee. Il punto di partenza dell'argomentazione non può che essere rappresentato dal diritto del detenuto alla riservatezza dei dati sanitari, secondo la disciplina stabilita dal d. lgs. n. 196 del 2003, i quali – per di più – appartengono alla categoria di quelli sensibili (art. 4, co. 1, lett. d, d. lgs. n. 196 del 2003). Se, in assenza di particolari esigenze legate all'esecuzione della pena detentiva, infatti, appare indiscusso il diritto del detenuto alla completa riservatezza in ordine alla conoscenza da parte di soggetti terzi delle informazioni sanitarie che lo riguardano, il problema si pone quando per determinate "rilevanti finalità d'interesse pubblico" sia necessario che i dati sensibili vengano conosciuti anche dall'Amministrazione o da altri soggetti terzi.

Occorre prendere in considerazione due aspetti. In primo luogo, le ipotesi in cui è possibile derogare alla disciplina sulla totale riservatezza delle informazioni sensibili devono essere tassative, specifiche e approvate dall'Autorità che vaglia la legittimità del trattamento dei dati personali; in secondo luogo, il soggetto che effettua il trattamento ha l'obbligo di fornire all'interessato un'adeguata informativa in ordine alle finalità e modalità di detto trattamento, secondo quanto previsto dall'art.

13 d. lgs. n. 196 del 2003. A questo riguardo si registrano, rispettivamente, due lacune normative:

a) manca una disposizione di legge che, in termini generali ed onnicomprensivi, specifichi le tipologie di dati che possono essere trattati e di operazioni eseguibili, nonché le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite (art. 20, co. 1, d. lgs. n. 196 del 2003), ovvero l'atto regolamentare previsto dall'art. 20, co. 2, d. lgs. n. 196 del 2003;

b) manca una disciplina *ad hoc* in ordine all'informativa da fornire all'interessato, che così sarebbe messo nelle condizioni di prestare un valido consenso al trattamento dei dati.

Quindi l'attuale situazione normativa appare inadeguata a soddisfare le esigenze di tutela del diritto alla riservatezza che, con riguardo al trattamento dei dati sanitari, deve essere garantito alla persona detenuta. Tanto si può sostenere pur essendo a conoscenza di alcune normative di settore e di alcuni provvedimenti pur sopravvenuti in materia, poiché in termini comunque non rispondenti alle indicazioni normative sopra richiamate. In particolare, bisogna evidenziare che l'Accordo raggiunto in seno alla Conferenza Unificata Stato-Regioni del 20 novembre 2008 prevede in modo troppo generico che la consultazione della cartella clinica digitale "è tutelata dalla vigente normativa sulla *privacy*", poiché di fatto senza preclusioni "l'Amministrazione Penitenziaria e la Giustizia Minorile accedono, secondo modalità concordate, ai dati sensibili sanitari relativi ai detenuti e agli internati, per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali".

Lo stesso rilievo è formulabile riguardo all'Accordo C.U. del 26 novembre 2009 in quanto, sullo specifico punto dell'accesso ai dati sensibili, si limita ad evidenziare che ci sono alcune funzioni sanitarie ancora condivise con l'Amministrazione e che in relazione a queste essa avrebbe "necessità di accedere a tutti i dati sanitari relativi al singolo detenuto". Peraltro, la disciplina del trattamento dei dati sensibili e giudiziari da parte del Ministero della giustizia, adottato ex artt. 20 e 21 del dlgs. 30 giugno 2003, n. 196, individua anch'essa in maniera generica le circostanze in cui è consentito l'accesso ai dati sanitari (cfr. descrizione del trattamento), in contrasto con la richiesta di un'individuazione puntuale delle stesse, secondo le previsioni del Codice *privacy*. In questo contesto appare importante che il Garante per la protezione dei dati personali non si sia pronunciato sulla conformità del testo normativo alla legislazione in materia di protezione dei dati personali.

In particolare, con il parere su una versione aggiornata dello schema-tipo di regolamento per il trattamento di dati personali sensibili e giudiziari da effettuarsi presso le regioni e le province autonome, le aziende sanitarie, gli enti e agenzie regionali/provinciali, nonché presso gli enti vigilati dalle regioni e dalle province autonome, il Garante per la *privacy* ha sottolineato come “non risulta espressamente comprovata, anche sulla base della sintetica descrizione del trattamento, l’indispensabilità dell’utilizzo da parte dall’amministrazione di dati sensibili”; quanto alle discipline locali, si può rimarcare che, pur rappresentando encomiabili tentativi di una più puntuale definizione delle ipotesi di legittima condivisione dei dati personali sanitari dei detenuti, non rivestono la natura dell’atto normativo richiesto dal Codice *privacy*².

La regolamentazione locale può, insomma, offrire degli spunti, da un punto di vista sostanziale, per un intervento uniformatore che, però, appare ad ogni modo necessario. A sostegno di questa impostazione, vanno richiamate le conclusioni alle quali è giunto il Garante per la protezione dei dati personali, che, in un recente provvedimento, ha ritenuto illecito il trattamento di informazioni sanitarie per scopi diversi da quelli di cura senza il previo e specifico consenso informato del detenuto. Comunque deve essere chiara la necessità di estendere alla persona detenuta le modalità di trattamento, già individuate dal Garante per la protezione dei dati personali, per i cittadini liberi. Tali modalità, in sintesi, sono le seguenti:

- all’interessato deve essere consentito di scegliere, in piena libertà, se far costituire o meno un dossier sanitario con le informazioni cliniche che lo riguardano;
- il consenso deve essere autonomo e specifico;

² Al riguardo, si veda, in particolare, il Protocollo d’intesa tra Regione Toscana e P.R.A.P. Toscana, approvato con delibera Giunta Reg. n. 453 del 2013 per il trattamento dei dati personali dei detenuti in carico ai servizi del P.R.A.P. e dei Centri giustizia minorile. Nel menzionato Protocollo d’intesa, ad esempio, viene ben evidenziato il ruolo di *filtro* attribuito al medico curante che, con funzioni di garanzia, “fornisce le sole informazioni necessarie, pertinenti e non eccedenti per assolvere alle finalità (...)”, risultando inibito l’accesso diretto del D.A.P. ai diari clinici. Vengono altresì individuati i casi in cui è opportuna la condivisione dei dati con un grado di sufficiente puntualità: scelte circa l’applicazione di un regime di sorveglianza speciale per motivi sanitari da parte del Direttore; traduzioni, istruzione delle pratiche di trasferimento; trattazione di procedimenti amministrativi e/o giudiziari particolari.

- il titolare del trattamento deve fornire previamente un'ideale informativa contenente tutti gli elementi previsti dall'art. 13 d.lgs. n. 196 del 2003 e, in particolare, il richiamo all'intenzione di costituire un *dossier* elettronico;
- il titolare del trattamento deve rendere noto all'interessato secondo quali forme possano essere esercitati i diritti previsti dall'art. 7 d.lgs. n. 196 del 2003 ovvero possa essere revocato il consenso in precedenza prestato;
- l'inserimento delle informazioni relative ad eventi sanitari pregressi all'istituzione del dossier deve fondarsi sul consenso specifico e informato dell'interessato;
- qualora nel *dossier* siano inserite anche informazioni relative a prestazioni sanitarie offerte in casi *particolarmente sensibili* (persone offese in relazione ad atti di violenza sessuale o di pedofilia; persone sieropositive o che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ovvero di alcool; interruzione volontaria della gravidanza; parto in anonimato; servizi offerti dai consultori familiari), il titolare del trattamento deve acquisire una specifica manifestazione di volontà dell'interessato, il quale può anche richiedere che tali informazioni siano consultabili solo da parte di alcuni soggetti dallo stesso individuati. Solo il rispetto di tali condizioni permette, nell'ambito delle diverse strutture interne al titolare del trattamento, l'accesso ai dati sanitari contenuti nel *dossier*. In caso contrario, le informazioni relative alle prestazioni erogate dalla A.S.L. sono destinate a restare disponibili al solo professionista o alla sola struttura interna che li ha raccolti o elaborati.

5. La malattia mentale incarcerata

Per quanto concerne il quadro della *malattia mentale incarcerata*, in Italia, come nel resto del mondo, esso parrebbe essersi ulteriormente incupito, e non infondatamente molti studi sollevano la domanda se le carceri non stiano diventando, di fatto, i nuovi manicomi (tra i tanti: D. Lithwick, 2016). Bisognerebbe inoltre studiare in scienza e coscienza se anche in Italia si verifichi una tracimante diffusione in carcere della psicofarmacologia, così come pare avvenire a causa dell'utilizzo di ben-

zodiazepine, e addirittura, e solo a titolo esemplificativo, di quetiapina e antipsicotici vari (cfr. A. Piróg-Balcerzak, B. Habrat, P. Mierzejewski, 2015). Il timore è, però, che tale domanda, pur fondata, sia destinata a non trovare una plausibile risposta in quanto troppo poco significative appaiono le poche ricerche di nicchia realmente effettuate e troppo poco sapere scientifico si è accumulato in decenni che non hanno certo registrato, su questo terreno, incontenibili pulsioni epidemiologiche.

In ogni caso, l'assetto normativo attuale necessita di revisione per garantire cure e tutela della salute alle persone detenute portatrici di problematiche psichiatriche. E, dunque, occorrono norme nuove e diverse con la previsione di interventi che consentano l'espiazione della pena in forme alternative in linea con le esigenze di cura, così come già previsto per i tossicodipendenti, i soggetti affetti da AIDS e le persone colpite da grave infermità fisica.

Occorre rivedere gli artt. 147 e 148 del codice penale onde equiparare gli interventi di cura per chi è affetto da grave patologia fisica a chi è affetto da grave patologia psichiatrica. Interventi che si rendono assolutamente necessari per porre rimedio all'evidente carenza di tutela nei confronti dei detenuti affetti da problemi psichiatrici, per i quali oggi, in caso di sopravvenienza della patologia, esiste il solo rimedio previsto dall'art. 148 c. p. che, di fatto, si esegue con la permanenza in regime "detentivo". Mentre infatti l'Ordinamento Penitenziario prevede, in caso di "grave infermità fisica", la soluzione ex art. 147 c. p. e l'applicazione della detenzione domiciliare, così come indicata dall'art. 47 ter, co. 1 ter O.P., all'applicazione dell'art. 148 c. p., per il caso di infermità psichica sopravvenuta, dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, conseguirà la permanenza dei detenuti in regime detentivo ed in apposite sezioni per infermi psichici. Questa risposta, oltre a presentare un'evidente ed ingiustificata disparità tra portatori di problemi fisici e portatori di problemi psichiatrici, appare in evidente contrasto con i principi che presiedono la nuova disciplina delle misure di sicurezza introdotta con la legge n. 81/2014, volta a favorire misure non detentive nei confronti delle persone affette da problematiche psichiatriche in ragione della loro maggiore efficacia, in termini di cura, rispetto alle misure detentive. Non v'è ragione per mantenere all'interno del sistema penitenziario un regime di cura differente tra chi ha una patologia psichiatrica - per quanto diver-

samente qualificata - accertata nel corso del processo, con conseguente applicazione della misura di sicurezza (per lo più) non detentiva, e colui al quale la stessa patologia venga diagnosticata nel corso dell'esecuzione della pena detentiva.

È evidente che questi interventi sono finalizzati a persone detenute colpite da infermità psichiatrica sopravvenuta e non accertata nel processo, vale a dire, con patologie psichiatriche nei cui confronti deve essere messa in esecuzione una pena detentiva. Il *focus* della novella consiste nella identificazione dei destinatari delle misure nei soggetti portatori di patologia psichiatrica connotata da una compromissione significativa del funzionamento psichico e dell'adattamento, tale da rendere nulla o scarsa l'efficacia degli interventi terapeutici-riabilitativi eventualmente erogabili all'interno del carcere. Si tratta delle persone rispetto alle quali appare necessaria ed auspicabile l'applicazione di una misura alternativa corredata da prescrizioni terapeutiche e riabilitative formulate attraverso un programma terapeutico riabilitativo individuale, realizzato in modo integrato con i servizi psichiatrici e sociali del territorio di appartenenza e finalizzate alla cura e al reinserimento sociale della persona.

6. Le malattie infettive

Discorso a parte, infine, ma sempre nell'orizzonte delle alternative alla detenzione, meritano le malattie infettive. È noto che l'infezione cronica da HCV e le sue forme cliniche di evoluzione in Epatite Cronica Attiva, Cirrosi Epatica ed Epatocarcinoma (HCC) rappresentano un problema complesso di salute pubblica, ed è sul punto necessario che emerga come il contesto penitenziario sia un luogo *privilegiato* nel quale l'infezione è presente e tendenzialmente in crescita. I detenuti con infezione da HCV, giornalmente residenti nel sistema penitenziario italiano, con una stima tra i detenuti tossicodipendenti superiore a 13.000, rappresentano oltre il 70% dei portatori di HCV residenti sul territorio italiano. Tra le persone detenute, dunque, è verosimile una prevalenza d'infezione da HCV ben 19 volte superiore a quella della popolazione generale.

La disponibilità di nuovi farmaci antivirali ad azione diretta in combinazione tra loro, pur nei limiti delle risorse dell'Agenzia Italiana del

Farmaco (AIFA), permette oggi di ritenere concreta la possibilità di aumentare considerevolmente la proporzione delle guarigioni rispetto al numero dei sottoposti a trattamento anti-HCV. In particolare, sarebbe opportuna allora l'integrazione dell'art. 47 *quater* O.P. con la previsione specifica della epatite C e della epatopatia HCV-correlata, suscettibile di trattamenti innovativi nei limiti delle linee-guida AIFA per l'utilizzazione di tali nuovi farmaci eradicanti.

Terminando, così come ho iniziato questo articolo, nella concretezza di Elias Canetti: "Noi tutti abbiamo un compito supremo nell'esistenza: custodire delle vite con la nostra vita. Guai a noi se non scopriamo chi dobbiamo custodire, guai a noi se li custodiremo male!" (*Id.*, 1974).

Riferimenti bibliografici

Canetti Elias (1974), *Potere e sopravvivenza*. Saggi, Adelphi, Milano.

Caredda Marta (2015), *La salute e il carcere. Alcune riflessioni sulle risposte ai bisogni di salute della popolazione detenuta*, in "Costituzionalismo.it", n. 2, reperibile su <http://www.costituzionalismo.it/articoli/519/>

De Pascalis Massimo (2012), a cura di, *Riforma della sanità penitenziaria. Evoluzione della tutela della salute in carcere*, in Quaderni ISSP, n. 11, reperibile in https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/Quaderni_ISSP_n_11.pdf

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

Lithwick Dahlia (2016), *Prisons Have Become America's New Asylums*, in http://www.slate.com/articles/news_and_politics/jurisprudence/2017/05/merrick_garland_for_fbi_director_sure_let_s_make_this_week_dumber.html

Mosconi Giuseppe (2005), *Il carcere come salubre fabbrica della malattia*, in G. Concato, S. Rigione, a cura di, *Per non morire di carcere. Esperienze di aiuto nelle prigioni italiane tra psicologia e lavoro di rete*, FrancoAngeli, Milano.

Piróg-Balcerzak A., Habrat B., Mierzejewski P. (2015), *Misuse and abuse of quetiapine*, in "Psychiatria Polska Journal", IL, 1, pp. 81-93.

Pugiotto Andrea (2016), *La parabola del sovraffollamento carcerario e i suoi insegnamenti costituzionalistici*, in "Rivista Italiana Diritto Procedura Penale", n. 3, pp. 1204-1229.

Ruotolo Marco (2011), *Dignità e carcere*, Editoriale Scientifica, Napoli.

Disabilità in carcere: una minorata tutela della salute

Laura Cesaris

Abstract: *A fronte di un recente monitoraggio della presenza di persone con disabilità fisiche negli istituti penitenziari, lo scritto si propone di verificare quale sia la situazione di queste persone e se e in quale misura siano applicate le normative che le riguardano, con specifico riferimento alla tutela della salute. Per far ciò, si sono presi in esame i più importanti e significativi atti emanati nel sistema internazionale: gli strumenti varati dall'Assemblea delle Nazioni Unite e, nel contesto europeo, dal Consiglio d'Europa e dall'Unione europea, attingendo anche alla giurisprudenza della Corte edu e della Corte di giustizia, e passando poi alla legislazione italiana concernente i soggetti disabili, non trascurando i principi costituzionali di riferimento. Fatta questa premessa indispensabile, per delineare la condizione carceraria dei disabili, si è esaminata la legge 26 luglio 1975, n. 354 sull'ordinamento penitenziario, e in particolare le disposizioni applicabili, anche quelle contenute in circolari del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria.*

Parole chiave: carcere, disabilità, normativa internazionale, giurisprudenza delle corti internazionali, ordinamento penitenziario italiano, circolari ministeriali

1. Premessa

In questi ultimi anni, grazie anche agli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, si è parlato e si parla molto di carcere, ma carcere e disabilità non vengono associati nell'immaginario collettivo, eppure malattia e disabilità non sono di per sé incompatibili con il carcere. Infatti, sono 628 i disabili presenti negli istituti penitenziari, secondo un recente censimento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (d'ora in poi citato come Dap) (che fotografa la situazione ad agosto 2015): 528 italiani (di cui 26 donne) e 100 stranieri (di cui 8 donne), 191 di loro (di cui 18 donne) hanno difficoltà ad affrontare le comuni azioni della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi, spogliarsi, mangiare, avere cura della persona, sedersi, alzarsi dal letto e dalla sedia. 153 soggetti (fra loro 5 donne) hanno diffi-

coltà nella mobilità corporea (ad esempio a uno degli arti). 232 (di cui 11 donne) hanno problemi di locomozione. 52 (una donna) hanno difficoltà nella comunicazione: vedere, sentire, parlare.

Su di una popolazione alla stessa data di agosto 2015 di 52.000 unità, si tratta di una percentuale di poco più dell'1% (per l'esattezza 1,2%), ma questo non autorizza certo a sottovalutare il problema. Problema, che, in realtà, investe tutti coloro che lavorano in carcere o che vi entrano per ragioni affettive (familiari, ad es.) o professionali (avvocati, ad es.).

Quando si parla di salute in carcere, la categoria dei disabili raramente viene presa in considerazione, come dimostra il fatto che non è prevista un'attività di monitoraggio specifico e non vi sono statistiche al riguardo; non solo, il dato sopra riportato è comunque parziale perché non tiene conto di coloro che, disabili, accedono agli istituti penitenziari a causa dell'attività lavorativa svolta o per ragioni affettive. Si tratta certo di dato non facilmente quantificabile, ma non per questo il fenomeno risulta meno rilevante.

Pare dunque opportuno, anzi doveroso, dedicare attenzione a queste persone e alla tutela dei loro diritti in carcere, in particolare della loro salute, seppur con riferimento solo ai disabili fisici detenuti, cioè a quei soggetti che per forte riduzione del *visus*, per limitazioni motorie, o ancora per obesità presentino gravi *handicap*. E ciò in ragione di un'altra considerazione, e cioè che a costoro è dedicata attenzione inferiore rispetto a quella riservata a soggetti che presentano disagio psichico, come si può desumere anche dalla relazione del Tavolo 10 degli Stati generali dell'Esecuzione Penale.

2. La disabilità nelle Carte internazionali

Occorre premettere alcuni cenni in ordine al concetto di disabilità, oggetto di definizioni peraltro in continuo divenire, anche perché lo studio della disabilità si interseca “con materie che prescindono dall'ambito giuridico e si avvicinano alle scienze sociali e sanitarie, fondamentali per avere un quadro di riferimento completo da cui partire per giungere a un risultato soddisfacente”, rispettoso dell'individuo (C. Ferrieri, 2013). Non si può non prendere le mosse in questa ricostruzione dalla “Dichiarazione dei

diritti delle persone disabili” adottata dall’Onu nel 1975 (con Risoluzione 9 dicembre 1975, n. 3447), che offre una definizione di tali soggetti individuati in qualunque persona “incapace di garantirsi per proprio conto in tutto o in parte le necessità di una vita individuale e/o sociale normale in ragione di una menomazione congenita”, e che avrebbe dovuto costituire una base di riferimento comune per la protezione dei loro diritti. La rilevanza di tale Dichiarazione sta proprio nel fatto che sono riconosciuti¹ diritti economici, sociali e culturali nella prospettiva dello sviluppo delle capacità delle persone con disabilità e della loro integrazione sociale. Si coglie l’influenza del “Patto sui diritti economici sociali culturali” (adottato dall’Assemblea dell’Onu il 16 dicembre 1966 e entrato in vigore il 3 gennaio 1976), che nell’art 12 riconosce “il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire”, e nell’art.13 il diritto all’istruzione, che “deve mirare al pieno sviluppo della personalità umana e del senso della sua dignità e rafforzare il rispetto per i diritti dell’uomo e le libertà fondamentali”. Muta, nella Dichiarazione Onu, la prospettiva, caratterizzata fino ad allora da un approccio medico e assistenzialista, che viene sostituito da un approccio sociale, che considera i disabili cittadini con determinate caratteristiche fisiopsichiche. La disabilità non è una condizione di malattia, ma una relazione tra caratteristiche della persona e fattori individuali e sociali. Il trattamento non è più solo quello medico, ma comprende politiche di inclusione sociale dirette a rimuovere ostacoli e pregiudizi che possano limitare o impedire l’accesso a servizi e diritti.

¹ Il primo documento che riconosce i diritti in capo alle persone disabili è la “Dichiarazione sui diritti delle persone con ritardo mentale” adottata dalla Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 dicembre 1971 con Risoluzione n. 2865. In realtà già la Dichiarazione sul Progresso e lo sviluppo sociale approvata nel 1969 dalla Assemblea Generale delle Nazioni Unite, premesso che “tutti gli esseri umani, senza distinzione di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di cittadinanza, d’origine etnica, di condizione familiare o sociale, o di convinzione politica o di altro genere, hanno il diritto di vivere degnamente e di godere liberamente dei frutti del progresso sociale”, fissa come obiettivo nell’art. 11 lett. c “la garanzia della protezione dei disadattati fisici e mentali”. E invita all’“adozione di opportune misure volte al riadattamento delle persone mentalmente e fisicamente menomate”, quali “le cure e le protesi necessarie; l’educazione, l’orientamento professionale e sociale, la formazione ed il collocamento selettivo, nonché ogni altra assistenza necessaria a creare condizioni sociali, in cui le persone minorate non abbiano a soffrire di alcuna discriminazione a causa delle loro infermità”.

Sulla scia di questo documento vengono emanate dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (con Risoluzione 20 dicembre 1993, n. 48/96) le "Regole *standard* per l'uguaglianza di opportunità delle persone con disabilità", dirette a garantire a tali persone l'esercizio dei propri diritti e doveri, così come ad ogni altro componente della società (come specifica il par. 15 dell'Introduzione)². Le Regole, innanzitutto, chiariscono nei par.17 e 18 dell'Introduzione che il termine "disabilità" "riassume un gran numero di limitazioni fisiche di diverso tipo che esistono in ogni popolazione in tutti i paesi del mondo" determinate da "impedimenti fisici intellettuali o sensoriali, (...) malattie o (...) infermità mentale. Tali impedimenti condizioni o malattie, possono essere permanenti o transitorie". Mentre il termine *handicap* "significa la perdita o la limitazione delle opportunità di prendere parte alla vita della comunità ad un livello eguale a quello degli altri. E mira a "focalizzare l'attenzione sulle deficienze nell'ambiente e in molte attività organizzate della società, per esempio l'informazione, la comunicazione e l'educazione, che impediscono alle persone con disabilità di partecipare ad esse in eguale misura".

Le Regole assumono una grande rilevanza proprio perché cercano di dare una definizione giuridica di disabilità e di individuare strumenti per superare l'*handicap* che ne deriva. Una definizione giuridica, che si rifà ai valori già sanciti nella "Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo", proclamata nel 1948, la quale nell'art.1 afferma che "tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti" e nell'art. 2 riconosce in capo ad ogni individuo tutti i diritti e tutte le libertà enunciati nella Dichiarazione stessa "senza distinzione alcuna per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica e di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione". In tal modo si sottolinea il rispetto della dignità della persona, qualunque sia la sua condizione, ivi compresa quindi anche la disabilità.

² L'*iter* è stato lungo e complesso perché, non avendo avuto un seguito pratico la "Dichiarazione sui portatori di *handicap*" ed essendo stato vanificato il tentativo di adottare una Convenzione sui diritti umani dedicata alle persone con disabilità, era cresciuta nell'Assemblea dell'Onu la consapevolezza delle difficoltà e della conseguente necessità di dedicare un arco temporale lungo, il decennio 1982-1991, per affrontare i molti problemi lamentati dalle persone con disabilità e indicare soluzioni concrete. In generale sulle Regole e sull'*iter* vedi M. R. Saulle, 1998.

È affermato il principio di eguaglianza e di pari opportunità, per consentire alle persone disabili di partecipare alla vita sociale. Viene così espresso un altro fondamentale principio, quello dell'accessibilità (art. 5), condizione imprescindibile per avviare un "processo di realizzazione delle pari opportunità in ogni sfera di vita sociale". Il principio in questione è volto non solo a "rimuovere gli ostacoli ad una partecipazione agli ambienti fisici", mediante la predisposizione di linee guida dirette agli operatori specializzati (architetti, ingegneri edili, e le altre persone coinvolte professionalmente nel disegno e nella costruzione dell'ambiente fisico), ma altresì a consentire l'accesso all'informazione e alla comunicazione (ad es. di diagnosi, di diritti, di servizi) (cfr. i punti da 5 a 11 dell'art.5).

Le Regole presentano un ulteriore elemento di grande rilevanza: la predisposizione di un sistema di monitoraggio³ volto a garantire l'effettiva attuazione della tutela della persona disabile, che ha consentito che esse esercitassero una grande influenza sugli Stati, non ostante la loro forza non vincolante, e ricevessero quindi piena applicazione.

Nel contempo non si può trascurare l'apporto dato dalla "Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità, della salute", denominato ICF⁴, in relazione alle nozione di salute, e in particolare di disabilità. Partendo dalla constatazione che il termine *handicap* ha assun-

³ Si è prevista, infatti, l'istituzione di uno *Special Rapporteur*, cui è stato attribuito il compito di instaurare un filo diretto con gli Stati e le associazioni di persone con disabilità e di farsi portavoce – presso la Commissione per lo sviluppo sociale dell'Onu – delle diverse necessità via via emergenti, mediante relazioni periodiche annuali.

⁴ L'ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è stata approvata dalla 54 seduta della Assemblea dell'Onu il 22 maggio 2001 (risoluzione WHA 54.21) e ha fatto seguito all'ICIDH ("Classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli *handicap*") emanato nel 1980 sempre dall'Onu. Ha diversi scopi e può essere utilizzata in discipline e settori diversi. I suoi scopi principali sono indicati nel documento stesso: "fornire una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, conseguenze e cause determinanti ad essa correlate; stabilire un linguaggio comune per la descrizione della salute e delle condizioni ad essa correlate allo scopo di migliorare la comunicazione fra i diversi utilizzatori, tra cui gli operatori sanitari, i ricercatori, gli esponenti politici e la popolazione, incluse le persone con disabilità, rendere possibile il confronto fra dati raccolti in Paesi, discipline sanitarie, servizi e in periodi diversi; fornire uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari".

to connotazioni negative, viene sostituito con quello appunto di disabile, di “persona che sperimenta difficoltà nella vita sociale” (J. M. Birkhoff, M. Tavani, 2007, p. 176). La classificazione fornisce un linguaggio unificato agli operatori del settore e, nel contempo, un modello concettuale di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati. Infatti, propone un nuovo modello di disabilità, definito *biopsicosociale*, caratterizzato da un approccio diverso rispetto al tradizionale modello medico e a quello sociale, integrandoli: si sottolinea, cioè, che la disabilità viene originata sia da fattori ambientali (modello sociale), sia dalle condizioni di salute dell’individuo (modello medico).

Preme porre in rilievo che “l’attenzione si focalizza non più sull’assenza di malattie ma sul benessere inteso in senso lato, rapportato alla condizione psicofisica e all’ambiente nel quale il soggetto sviluppa le sue relazioni (famiglia, scuola, lavoro, società)” (così F. Ferraresi).

La disabilità non è un problema riguardante un gruppo minoritario della popolazione, quanto piuttosto una condizione che ogni individuo può sperimentare durante la propria vita. Per questo motivo, la disabilità deve essere vista come un aspetto universale dell’umanità e non come una definizione di caratteristiche proprie di un gruppo.

L’ICF ha determinato un cambiamento culturale, inducendo una diversa e più sensibile attenzione ai problemi connessi alle disabilità e influenzando le politiche sociali. Il risultato più tangibile di questo mutamento è rappresentato dalla “Convenzione dell’Onu sui diritti delle persone con disabilità”⁵, che detta le linee guida volte a garantire i principi di uguaglianza e di inclusione sociale.

In tale Convenzione il disabile non è più considerato come un soggetto destinatario delle determinazioni altrui ma come una persona capace, consapevole, e quindi in grado di assumere decisioni che lo riguardano. Il tema più ampio, dunque, affrontato dalla Convenzione è quello dell’inclusione sociale: basta leggere il Preambolo per percepire nettamente la preoccupazione, da un lato, per le discriminazioni cui sono esposte le

⁵ La Convenzione è stata approvata dalla Assemblea dell’Onu il 13 dicembre 2006 con Risoluzione n. 61/106 a compimento di un percorso che ha visto la partecipazione attiva di molte associazioni, ed è stata ratificata dal Parlamento italiano con l. 3 marzo 2009, n. 18. È dotata di un Protocollo opzionale al fine di garantire un più efficace monitoraggio degli obblighi (cfr. F. Seatzu, 2009, p. 259).

persone con disabilità (lett. k, o, q,) e dall'altro il convincimento della necessità del riconoscimento pieno dei diritti in capo a tali persone. Così che l'art.1 si apre con l'affermazione dello scopo della Convenzione, individuato nel "promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità", reiterato nell'art. 3, che fissa i principi generali della Convenzione stessa: "rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone; la non discriminazione; la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società; il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa; la parità di opportunità; l'accessibilità; la parità tra uomini e donne; il rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il rispetto del diritto dei minori con disabilità a preservare la propria identità". L'art. 4, conseguentemente, prevede "la piena realizzazione di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali per tutte le persone con disabilità senza discriminazioni di alcun tipo sulla base della disabilità", da realizzarsi "mediante misure legislative, amministrative e di altra natura adeguate ad attuare i diritti riconosciuti nella [...] Convenzione". Non si tratta di specifici diritti dei disabili (salvo quelli connessi alla condizione di disabile), ma dei diritti riconosciuti a tutti i cittadini.

Come si può dedurre da questi brevi cenni, nella Convenzione è affermato un principio di inclusione sociale innovativo, dato che "non considera il soggetto disabile come persona da integrare ma come parte integrante della società stessa, la quale deve porre in essere tutti gli strumenti necessari per accrescere la consapevolezza e il rispetto nei confronti dei soggetti diversamente abili" (così C. Ferrieri, 2013, p. 23).

In questo contesto l'ambiente in cui il disabile vive e si relaziona assume notevole rilevanza, ma la Convenzione al riguardo è povera di indicazioni, così che occorre far ricorso alla già citata ICF ("Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità, della salute"), in relazione alla nozione di salute e in particolare di disabilità. Il dato saliente è che l'attenzione si focalizza non più sulle "conseguenze delle malattie" (menomazioni, disabilità e *handicap*) ma sulle "componenti della salute", sul benessere inteso in senso lato, rapportato alla condizione psicofisica

e all'ambiente nel quale il soggetto sviluppa le sue relazioni (famiglia, scuola, lavoro, società) (F. Ferraresi).

Pur avendo riconosciuto nella lett. *e* del Preambolo che “la disabilità è un concetto in evoluzione”, la Convenzione nell'art. 1, co. 2 definisce le persone con disabilità, intendendo per tali “coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali, che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri”. In tal modo, in realtà, si ricava una definizione di disabilità, basata sulla sussistenza di “durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali” valutate in rapporto con l'ambiente con cui la persona interagisce. E ciò non ostante che durante i lavori di elaborazione del testo fosse emerso l'orientamento, ben espresso dall'Unione europea, volto a non includere definizioni di disabilità e di persona con disabilità. Peraltro si noti che la definizione, benché faccia riferimento a patologie permanenti, in realtà, viene intesa come comprensiva anche di ipotesi causate da menomazioni reversibili di modesta entità ma tali da incidere sulla capacità di agire (A. Venchiarutti, 2014).

La Convenzione, come si è detto, mira al superamento delle barriere (non solo di quelle materiali) che si frappongono al godimento dei diritti da parte delle persone con disabilità, agendo sulla società. Il presupposto da cui muove la Convenzione è che non è il disabile che non si integra a causa della sua diversità, ma è la società che impedisce una piena ed effettiva partecipazione alla vita sociale, determinando quella situazione di minorità che deve essere rimossa secondo le indicazioni dell'art. 4 della Convenzione.

In questa prospettiva, la Convenzione dedica una espressa previsione alla “libertà e alla sicurezza” (art.14) e al divieto di “tortura, trattamenti crudeli, inumani e degradanti” (art.15).

I due articoli risultano di particolare rilevanza benché riprendano principi affermati in altre Carte. È immediato, infatti, pensare all'art. 5 Cedu, che nel par. 1 riconosce il diritto ad “ogni persona (...) alla libertà e alla sicurezza”, precisando subito dopo che “nessuno può essere privato della libertà salvo che nei casi” indicati nello stesso art. 5. Tra questi casi, che costituiscono eccezione alla inviolabilità, figura quello dell'in-

fermo di mente⁶. L'art.14 pone nel comma 1 lett. *a* l'obbligo in capo agli Stati di garantire alle persone con disabilità il godimento del diritto alla libertà e alla sicurezza personale specificando nella lett. *b* che l'esistenza di una disabilità non può giustificare in nessun caso una privazione della libertà. La prospettiva nella quale si pone la Convenzione Onu non è solo quella penale, anzi mira a salvaguardare la libertà in qualunque contesto: l'espressione "qualsiasi privazione della libertà" (insieme al riferimento a "qualsiasi procedura") amplia appunto l'ambito di operatività della tutela ricomprendendo oltre al contesto penale anche quello civile e amministrativo.

Nel co. 2 si fa invece riferimento all'ipotesi di limitazioni imposte legittimamente, raccomandando agli Stati di adottare le medesime garanzie assicurate agli altri soggetti dalle norme internazionali e di garantire un trattamento conforme agli scopi e ai principi della Convenzione sulla disabilità. A tal fine si specifica che si potrebbe ricorrere a un "accomodamento ragionevole", cioè ad adattamenti resi "necessari per garantire il godimento e l'esercizio, sulla base di eguaglianza con gli altri consociati, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali", secondo la definizione data nell'art. 2 della Convenzione Onu. Si vuole evitare cioè, con questo specifico rinvio, che la situazione di minore autosufficienza e di eventuale limitazione d'azione pregiudichi la posizione giuridica. La previsione dell'art. 14, co. 2 "assicura forme rafforzate di tutela atte a compensare la situazione di svantaggio in cui versa il disabile" (V. Eboli, 2010, p. 191).

La previsione sottolinea con forza che la condizione di disabilità non deve e non può costituire una causa che incide negativamente sulla posizione giuridica.

L'art. 15, come già si è accennato, afferma il divieto di tortura, di trattamenti inumani e degradanti, riprendendo quanto già espresso nell'art. 3 Cedu, nell'art. 7 Patto Internazionale sui diritti civili e politici, nonché

⁶ Si preferisce usare questa espressione rispetto a quella di "alienato" adottata nelle traduzioni italiane (che, lo si ricorda, sono non ufficiali), la quale deriva dalla traduzione letterale del termine "*aliené*", che compare nella versione francese (invece ufficiale) del testo della Cedu. Il termine alienato (che trova le sue radici nel termine greco *allos* e in quello latino *alius*) indica, infatti, se inteso alla lettera, colui che si trova fuori di sé, così che con il suo utilizzo verrebbero pretermesse altre ipotesi o situazioni di malattie mentali.

ancora nella Convenzione Onu contro la tortura e altre pene o trattamenti inumani e degradanti del 1984 e nella Convenzione europea per la prevenzione della tortura e altre pene o trattamenti inumani e degradanti del 1987. Ma l'elemento innovativo sta nell'enunciazione espressa – subito dopo quella del divieto di tortura – del divieto di sperimentazioni mediche o scientifiche senza il consenso delle persone. Si noti che tale principio è stato ripreso e affermato anche nelle Regole penitenziarie europee [adottate con Racc. (2006)2 dal Comitato dei ministri del Consiglio dei ministri l'11 gennaio 2006], e precisamente nell'art. 48, secondo cui “i detenuti non devono essere sottoposti ad esperimenti senza il loro consenso” e se autorizzati, qualora possano “provocare delle ferite fisiche, una sofferenza psichica o altri disturbi alla loro salute devono essere proibiti.

Il consenso rappresenta una condizione necessaria per verificare la legittimità delle sperimentazioni, tuttavia non si può non rilevare che il disabile potrebbe essere indotto a prestare il consenso spinto a ciò dalla prospettiva di terapie e trattamenti utili a recuperare abilità o a attenuare la propria disabilità. Nei confronti dei disabili mentali il libero consenso non costituisce, tuttavia, un presupposto sufficiente, dato che il soggetto potrebbe non essere in grado di esprimere consapevolmente la sua volontà⁷.

L'art. 15 nel co. 2 pone in capo agli Stati l'obbligo di adottare “tutte le misure legislative amministrative giudiziarie o di altra natura idonee a impedire che le persone con disabilità siano sottoposte a tortura o a trattamenti crudeli inumani e degradanti. È evidente – già lo si è accennato – il richiamo all'art. 3 Cedu, che pone in capo agli Stati l'obbligo di garantire condizioni compatibili con il rispetto della dignità astenendosi da condotte che integrino tortura o trattamenti inumani e degradanti, e l'obbligo in positivo diretto a prevenire violazioni. L'ambito di azione degli Stati delineato nel comma 2 pare molto più ampio, ricomprendendo interventi su più piani, quello legislativo, amministrativo, giudiziario, “o di altra natura”: quest'ultima espressione per la sua genericità è diretta a estendere il più possibile la tutela. E ciò nella consapevolezza che le persone disabili possono essere maggiormente soggette a trattamenti crudeli

⁷ Al riguardo si veda la Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina, firmata ad Oviedo il 4 aprile 1997, entrata in vigore il 1° dicembre 1999. Si legga, fra gli altri, C. Campiglio, 2009.

inumani e degradanti e nel contempo che tali condotte possono causare disabilità.

3. La disabilità nella normativa europea

Anche per quanto concerne il contesto europeo si può constatare una intensa attività di tutela delle persone con disabilità ad opera del Consiglio d'Europa, benché la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo (d'ora in poi citata come Cedu) non contenga alcuna norma specificamente dedicata a tali persone. E ciò si giustifica in considerazione del contesto temporale, culturale e politico nel quale la Convenzione è stata elaborata e soprattutto in ragione del fatto che essa mira all'affermazione e al riconoscimento dei diritti civili e politici, mentre la disabilità veniva ricondotta nell'alveo dei diritti economici e sociali (che – è bene sottolinearlo – non sono considerati dalla Cedu). Tuttavia, benché non vi sia alcuna norma dedicata alla disabilità e non compaiano i termini “disabile” o “disabilità”, si sono individuati negli artt. 5 e 14 Cedu le basi per assicurare piena tutela e riconoscimento. L'art. 5 Cedu riconosce a ciascuno il “diritto alla libertà e alla sicurezza” con talune deroghe, che riguardano anche il ricovero dell'infermo di mente. Alla disposizione specifica in tema di libertà si aggiunge la previsione generale dell'art.14, che afferma il divieto di discriminazioni. In realtà l'art.14 considera le cause di discriminazione in un elenco che si chiude con il riferimento “ad ogni altra condizione”: espressione, questa, utile a comprendere le più diverse situazioni o condizioni. Proprio a queste ultime viene ricondotta la disabilità.

Si noti che il Protocollo n. 12 Cedu (adottato il 4 novembre 2000, ed entrato in vigore il 1° aprile 2005) riprende la garanzia espressa nell'art. 14 cit., partendo dal “principio fondamentale che tutte le persone sono eguali davanti alla legge e hanno diritto ad eguale tutela da parte della legge” e affermando, quindi, nell'art. 1 che viene assicurato il godimento “senza alcuna discriminazione per motivi di sesso, razza, colore, lingua, religione, opinione politica o altra opinione, origine nazionale o sociale, associazione ad una minoranza nazionale, proprietà, nascita o ogni altra condizione”.

Può forse stupire che il Protocollo n.12, intervenendo a così lunga distanza di tempo dalla emanazione della Cedu, abbia utilizzato lo stesso elenco indicato nell'art. 14 e non abbia aggiunto nuovi motivi, come ad es. l'età, l'orientamento sessuale, la disabilità, che pure hanno assunto un particolare rilievo (cfr. G.P. Dolso, 2012). Tuttavia non si può non osservare che l'espressione "ogni altra condizione" si presta per la sua genericità ad includere le più diverse cause di discriminazione, venendo così ad integrare, ove necessario, l'elenco espresso, che costituisce "*une liste non exhaustive des motifs de discrimination*" (così il Rapporto esplicativo al Protocollo n.12 Cedu, § 10). Proprio per questa considerazione si è preferito conservare la medesima formulazione per evitare che un elenco dettagliato determinasse conseguenze sfavorevoli, di discriminazione⁸. A ciò si aggiunga che gli ambiti operativi sono diversi: circoscritto alla tutela dei diritti affermati nella Cedu l'art. 14; più ampio e riferito anche ai diritti riconosciuti dal diritto interno l'ambito dell'art.1 del Protocollo n. 12.

In realtà la tutela è stata affermata e garantita dalla Corte europea dei diritti dell'uomo (d'ora in poi citata come Corte edu), che – è bene precisarlo – non ha mai elaborato una propria definizione di disabilità, ma ha attinto dalle definizioni date nei diversi contesti nazionali e soprattutto ha richiamato quelle fissate nella Convenzione Onu sulla disabilità. La Corte edu si è spinta fino ad affermare che la Cedu deve essere interpretata alla luce dei principi espressi nella Convenzione Onu (Corte edu, N.A c. Regno Unito, 17 luglio 2008, n. 25904/07), indipendentemente dalla ratifica dei singoli Stati (Corte edu, Grande Chambre, 17 gennaio, Stanev c. Bulgaria, n. 36760/06), e ciò anche al fine di estendere le tutele riconosciute ai disabili ad altre situazioni (come ad es. in caso di sieropositività), che altrimenti risulterebbero escluse (Corte edu Kiyutin c. Russia, 10 marzo 2011, n. 2700/10).

Rimanendo nell'ambito del Consiglio d'Europa, si ricorda la "Carta sociale europea" adottata nel 1961, che modificata a seguito di revisione nel 1996, è stata poi in tale forma adottata dal Comitato dei Ministri il 3 maggio 1996 ed è entrata in vigore il 1 luglio 1999. Lo scopo è la

⁸ Cfr. ancora il Rapporto esplicativo al Protocollo n. 12 Cedu, § 20, secondo cui "l'inclusion de tout motif supplémentaire particulier pourrait engendrer des interprétations a contrario indésirables concernant la discrimination fondée sur des motifs non mentionnés".

protezione dei diritti economici e sociali: in questa prospettiva l'art.15 è dedicato alle "persone portatrici di *handicap*"⁹, cui vengono riconosciuti i diritti sociali nel contesto generale riferito indistintamente a tutti i cittadini. La norma non contiene una definizione di disabilità, ma re-cepisce i mutamenti intercorsi tra la versione del 1961 e quella del 1996 ad es. laddove fa riferimento nel titolo non più alla riabilitazione e al riadattamento del disabile nel mondo del lavoro, ma all'autonomia, alla integrazione sociale, alla partecipazione alla vita sociale. Muta l'ambito operativo: inizialmente limitato al contesto lavorativo, si espande ad ogni aspetto della vita sociale e conseguentemente mutano le prospettive e gli strumenti per la realizzazione dei diritti espressi nella Carta (cfr. il Rapporto esplicativo della Carta, § 64).

L'art.15 cit. riveste particolare rilevanza perché il tema delle disabilità e del riconoscimento dei diritti non è più contenuto in disposizioni *ad hoc* o meglio *ad personas*, ma è inserito in un documento riferito indistintamente a tutti i cittadini. Il che conferma l'impostazione accolta, secondo cui le persone con disabilità godono degli stessi diritti degli altri consociati (G. Palmisano, 2014). Un'ulteriore conferma del ruolo dell'art.15 viene dall'inserimento – nella versione aggiornata della Carta – dell'art. E (della Parte V)¹⁰, il quale, riprendendo l'elenco dell'art. 14 Cedu e dell'art.1 Protocollo n. 12 Cedu, pone il divieto di discriminazione, da riferirsi anche alla disabilità, e come tale deve ritenersi parte integrante dell'art. 15 proprio perché diretto a consentire percorsi educativi e di inserimento al lavoro su base paritaria.

Un ruolo fondamentale per l'attuazione dei principi espressi nella Carta è svolto dal Comitato europeo dei diritti sociali, composto da 15 esperti nominati dal Consiglio europeo per un periodo di 6 anni prorogabile una sola volta (cfr. G. Gori, 2009). Il compito attribuito a tale

⁹ Nella traduzione italiana figura questa espressione così come in quella ufficiale francese (dove si usa l'espressione "*personnes handicapées*", anziché "*persons with disabilities*"), usata nella versione inglese.

¹⁰ L'art. E afferma che "il godimento dei diritti riconosciuti nella presente Carta deve essere garantito senza qualsiasi distinzione basata in particolare sulla razza, il colore della pelle, il sesso, la lingua, la religione, le opinioni politiche o ogni altra opinione, l'ascendenza nazionale o l'origine sociale, la salute, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, la nascita o ogni altra situazione".

organo è la verifica del rispetto da parte degli Stati membri degli obblighi indicati nella Carta, che si esplica con due modalità: mediante le c.d. conclusioni, redatte in merito alle relazioni presentate dagli Stati sulle rispettive normative interne, e mediante le decisioni assunte sui reclami collettivi. Il risultato che si vuole raggiungere, seppur attraverso meccanismi diversi, è l'adeguamento delle normative alle previsioni della Carta, come è accaduto con l'Italia, che ha emanato la l. 1° marzo 2006, n. 67.

4. (segue) la disabilità nel sistema di tutele dell'Unione Europea

Se si volge lo sguardo all'Unione Europea, gli interventi sono connotati, almeno fino agli anni Novanta del secolo scorso, da un approccio prevalentemente condizionato dal modello medico di disabilità e sono quindi caratterizzati da azioni specificamente destinate alle persone disabili. Solo alla fine degli anni novanta viene varata la "Strategia della Comunità europea nei confronti dei disabili" volta a "rimuovere i vari ostacoli che si frappongono alla parità di opportunità e alla piena partecipazione a tutti gli aspetti della vita"¹¹. Strategia che porta alla proclamazione nel 2003 dell'Anno europeo delle persone con disabilità e al varo di un nuovo Piano di azione europeo sulla disabilità (per il periodo 2004-2010, cui peraltro ha fatto seguito un successivo piano 2010-2020). Nel frattempo viene affermato nel Trattato di Amsterdam (firmato il 12 ottobre 1997 ed entrato in vigore il 1° maggio 1999) il divieto di discriminazione, con l'attribuzione al Consiglio del compito di adottare, come si legge nell'art. 13 TCE ora art.19 TFUE, "i provvedimenti opportuni per combattere le discriminazioni fondate sul sesso, la razza, l'origine etnica, la religione o le convinzioni personali, gli *handicap*, l'età, le tendenze sessuali". Ma è la direttiva 2000/78 CE (approvata dal Consiglio Europeo il 27 novembre 2000), seppur limitata all'ambito del lavoro, a rappresentare una significativa presa di coscienza del problema delle disabilità e a porre le basi per l'apprestamento di tutele mirate e per l'affermazione della parità di trattamento, nonché a fissare le nozioni di discriminazione

¹¹ Così la Comunicazione della Commissione sulla parità di trattamento di opportunità per i disabili. Una nuova Strategia della Comunità europea nei confronti dei disabili, Bruxelles, 30 luglio 1996, 1 Com (96) 406 def. Sintesi e conclusioni strategiche.

diretta, che si configura quando “sulla base di uno qualsiasi dei motivi di cui all’art.1 una persona è trattata meno favorevolmente di quanto sia, sia stata o sarebbe trattata un’altra in analoga situazione”; e di discriminazione indiretta, che si realizza “quando una disposizione, un criterio o una prassi apparentemente neutra possono mettere in una posizione di particolare svantaggio le persone che professano una determinata religione o ideologia di altra natura, le persone portatrici di un particolare *handicap*, le persone di una particolare età o di una particolare tendenza sessuale rispetto ad altre persone”.

La direttiva individua la disabilità nel “limite che deriva in particolare da minorazioni fisiche, mentali o psichiche e che ostacola la partecipazione della persona alla vita professionale”. Al riguardo sono proposte “soluzioni ragionevoli”, dirette a garantire il rispetto del principio della parità di trattamento nell’accesso al lavoro nei confronti di persone con disabilità. Si tratta di “provvedimenti appropriati, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, per consentire ai disabili di accedere ad un lavoro, di svolgerlo o di avere una promozione o perché possano ricevere una formazione” (art. 5 direttiva 2000/78 CE).

Nel contempo il Consiglio europeo vara nel 2000 la “Carta dei diritti fondamentali dei cittadini europei” (nota come Carta di Nizza), che non è stata poi direttamente incorporata nel Trattato di Lisbona (che modifica il trattato sull’Unione europea), ma è comunque dotata di forza giuridica vincolante ai sensi dell’art. 6 par. 1 TUE, che le conferisce “lo stesso valore giuridico dei trattati”. Nel preambolo sono indicati i valori indivisibili e universali sui quali si fonda l’Unione europea: la dignità umana, la libertà, l’uguaglianza e la solidarietà. Nel titolo III dedicato alla uguaglianza la Carta riserva una specifica attenzione alla disabilità affermando il divieto di discriminazione fondata su tale condizione (art. 21) e riconoscendo espressamente alle persone con disabilità il diritto di “beneficiare di misure intese a garantire l’autonomia, l’inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità” (art.26) (M.Olivetti, 2001, p. 202).

Citando espressamente la disabilità, la Carta esprime una rinnovata attenzione a questo tema.

Si può osservare che il principio di non discriminazione ricorre in molte disposizioni, così da costituire uno dei valori fondanti dell’Unione

europea: basta leggere l'art. 2 TUE che lo indica tra i valori comuni degli Stati membri, o l'art. 3 TUE, che lo individua come uno degli scopi da perseguire combattendo "l'esclusione sociale e le discriminazioni", o l'art. 9 TUE che afferma il principio di eguaglianza fra i cittadini. Per quanto concerne il TFUE, si fa esplicito riferimento alla disabilità includendola tra i fattori di discriminazione vietati dal diritto dell'Unione europea (si vedano gli artt. 9 e 10 TFUE) (A.Venchiariutti, 2014).

Un ulteriore passo nella direzione del riconoscimento delle persone con disabilità è costituito dalla firma (il 30 marzo 2007) e dalla ratifica della Convenzione Onu ad opera di tutti i Paesi membri dell'Unione europea, così che è assai significativo che sia il primo strumento giuridico vincolante nell'ambito dei diritti umani al quale l'Unione Europea e gli Stati membri hanno aderito.

Alle affermazioni che la disabilità costituisce uno dei fattori di discriminazione non ha fatto seguito nei testi sopra ricordati una definizione prescrittiva circa il significato e la portata dell'espressione in questione, così che gli Stati membri dell'Unione possono adottare una propria definizione senza alcun vincolo. Il rischio – evidente – che può derivarne è quello di ambiti operativi diversi da Stato a Stato e conseguentemente di un indebolimento del principio di non discriminazione.

Un ruolo nella direzione di addivenire ad una definizione condivisa è stato svolto dalla Corte di giustizia, che, chiamata a pronunciarsi sulla Direttiva 78/2000/CE, ha elaborato una definizione di disabilità "intesa come un limite che deriva in particolare da minorazioni fisiche, mentali o psichiche e che ostacola la partecipazione della persona considerata alla vita professionale" (Corte giust., sent. 11 luglio 2006, Chacon Navas, causa C-13/05; e Corte giust., sent. 17 luglio 2008, Coleman, causa C 303/06).

L'attenzione è focalizzata sulla menomazione, non sul contesto sociale, non sulle eventuali barriere che possono ostacolare la partecipazione alla vita sociale. Una siffatta interpretazione fondata sul modello medico ha lasciato poi spazio a un'interpretazione basata sul modello sociale, più in linea dunque con quanto indicato dalla Convenzione Onu sulla disabilità (Corte giust. Sent. 4-7-2013, Commissione c. Italia, C 312/11). Una interpretazione certo più ampia, diretta ad offrire tutela non solo alle disabilità congenite o derivate da infortuni e incidenti, ma altresì a quelle determinate da malattia. Al riguardo occorre precisare che non tutte le

malattie causano disabilità: certo non quelle brevi o di lieve entità. La Corte di giustizia accoglie una definizione che considera le funzionalità individuali e soprattutto le barriere sociali che impediscono la partecipazione del soggetto alla vita di relazione.

Tuttavia, si potrebbe osservare che l'assenza nei documenti dell'Unione Europea di una definizione di disabilità può forse essere trovata giustificazione nel fatto che il concetto di disabilità è in continuo divenire così che riesce difficile e nel contempo poco utile una sua cristallizzazione.

5. La disabilità nell'ordinamento italiano

Per affrontare il tema della disabilità nel nostro ordinamento si devono necessariamente prendere le mosse dalle norme costituzionali e innanzitutto dall'affermazione del riconoscimento dei diritti inviolabili dell'uomo, espresso nell'art. 2 Cost., che assume concretezza alla luce dell'art. 3 Cost., il quale attribuisce allo Stato il compito di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono l'effettiva uguaglianza tra i cittadini (C. Colapietro, 2011). La Costituzione ha accolto l'idea di persona nella duplice dimensione di individuo e di componente della società, a cui viene riconosciuta dignità umana nell'art. 2 e dignità sociale nell'art. 3. Il riconoscimento che l'uomo è valore in sé e valore come appartenente ad un ordinamento comporta che ciascun uomo debba essere posto nelle condizioni di autorealizzarsi.

Le due previsioni ora ricordate si riferiscono genericamente a tutti senza distinzione di sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali (art. 3, co. 1, Cost.) e costituiscono quindi il presupposto per il riconoscimento dei diritti in capo alle persone.

L'affermazione della pari dignità sociale assume un significato pregnante e cogente nei confronti dello Stato perché adotti tutti quei provvedimenti che realizzino il godimento dei diritti sanciti in Costituzione e perché eviti provvedimenti discriminatori.

Il dettato degli artt. 2 e 3 Cost. acquista una significativa valenza di tutela ove si consideri anche l'art. 38 Cost. che riconosce a "ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale" (co. 1) e agli inabili e ai mino-

rati il “diritto all’educazione e all’avviamento professionale” (co. 3). È l’unica norma della Costituzione che riguardi i disabili e peraltro non si può non rilevare che il contesto nel quale si collocano le garanzie è quello lavorativo, come si ricava dal riferimento all’inabilità al lavoro e all’“avviamento professionale”. E ciò forse perché nella Costituzione il lavoro costituisce elemento fondante, come ben esprime l’art. 1 Cost., che definisce l’Italia “una Repubblica democratica fondata sul lavoro”. L’affermazione dei diritti inviolabili e il riconoscimento della pari dignità sociale di tutti ampliano la tutela dei disabili e soprattutto richiamano l’attenzione sull’impegno dello Stato a rimuovere gli ostacoli che impediscono la piena realizzazione di tali soggetti. Non si può peraltro non ricordare che l’accezione sociale – nella Costituzione – dell’inabilità deriva anche dalla presenza di un numero assai elevato di persone, le quali a seguito dei due conflitti mondiali avevano riportato gravi menomazioni, che rendevano difficile il loro reinserimento lavorativo. La Costituzione scritta all’indomani della fine della seconda guerra mondiale non poteva non farsi carico di una tale situazione e non poteva non garantire una rete di protezione sociale.

In tal modo la tutela, circoscritta nell’art. 38 Cost., viene ampliata e concerne il godimento di tutti i diritti, non solo di quelli espressi in tale norma, *in primis* il diritto all’inclusione sociale, all’inserimento, alla integrazione.

La Corte costituzionale ha senza dubbio contribuito con alcune pronunce a garantire il diritto all’educazione anche ai portatori di disabilità, ritenendo incostituzionale la previsione dell’art. 28 d.l. 30 gennaio 1971, n. 5, conv. l. 30 marzo 1971, n. 118, là dove si limitava a “facilitare” la frequenza scolastica anziché ad “assicurarla” (Corte cost., 3 giugno 1987, n. 215, da cui è tratta anche la citazione che segue), sottolineando che la “partecipazione al processo educativo con insegnanti e compagni normodotati costituisce ... un rilevante fattore di socializzazione e può contribuire in modo decisivo a stimolare le potenzialità dello svantaggiato”. O ancora si può ricordare in questa prospettiva la pronuncia (Corte cost., 1° luglio 2002, n. 329) che, pur dichiarando infondata la questione di legittimità della norma (art. 13, co. 1, l. n. 118/1971) concernente la sospensione dell’assegno agli studenti maggiorenni invalidi parzialmente, non iscritti alle liste di collocamento, ha considerato la “frequenza scola-

stica come condizione per la fruizione dell'assegno mensile per l'invalido maggiorenne, in quanto rivolta a favorire il diritto all'istruzione contro ogni possibile ostacolo che di fatto impedisca il pieno sviluppo della persona umana, e funzionale ad un più proficuo successivo inserimento nella società e nel mondo del lavoro”.

Espressione dei principi sopra ricordati è la l. 5 febbraio 1992, n. 104, definita “legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”, oggetto nel tempo di alcune modifiche, ma tutte nel segno di una più incisiva tutela dei disabili. Recependo i principi espressi nelle disposizioni internazionali, mira a garantire “il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata” e a promuovere “la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società”, rimuovendo le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività (A. Venchiarutti, 2011). Al di là dei termini *handicap* e *handicappato*, che risentono dell'epoca nella quale la legge è stata formulata, merita di essere sottolineato che nell'art. 3 viene data la definizione di “persona handicappata” individuata in “colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione”. Come si può facilmente dedurre dal riferimento al “processo di svantaggio” e alla “emarginazione”, la definizione è ancorata a parametri di tipo medicolegale, che risultano invece superati nelle carte internazionali. Tuttavia la legge ha il merito di essere inclusiva, giacché si riferisce alle persone con disabilità, nonché ai loro familiari, non rilevando se siano o meno cittadini italiani.

Per il raggiungimento degli scopi indicati nella legge n. 104 del 1992, il legislatore italiano ha introdotto la figura dell'amministratore di sostegno, un nuovo strumento di tutela delle persone con disabilità, che vuole costituire un sostegno temporaneo o permanente per le “persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana”. Si tratta di coloro che “per effetto di una menomazione fisica o psichica si trovano nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi” (art. 404 c. c.). Con il riferimento alla “impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi”, si sotto-

linea la mancanza di autonomia, cui si pone rimedio con il nuovo istituto. Muta la prospettiva e l'accezione accolta (P. Cendon, R. Rossi, 2009). Le previsioni riguardano "le persone intrinsecamente fragili e svantaggiate", che versano in condizione di disagio per effetto di patologie cliniche vere e proprie, oppure a causa dei problemi di natura fisica o psichica che le affliggono. Anche le persone recluse, che si trovino nella situazione descritta nell'art. 404 c.c., potrebbero beneficiare di questa opportunità¹².

Si deve ancora fare menzione della l. 1° marzo 2006, n. 67, il cui fine – espresso nell'art. 1 – è promuovere "la piena attuazione del principio di parità di trattamento e delle pari opportunità nei confronti delle persone con disabilità (...) al fine di garantire (...) pieno godimento dei loro diritti civili e politici economici e sociali", in ottemperanza a quanto suggerito dal Comitato europeo dei diritti sociali. Il rinvio espresso nell'art. 1 della legge cit. all'art. 3 Cost. evidenzia molto chiaramente l'intento perseguito, quello cioè di dare attuazione al dettato costituzionale rimuovendo gli ostacoli che "impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti all'organizzazione politica economica e sociale del Paese". La legge, recependo i principi dettati nella direttiva 2000/78/CE (già trasfusa nel sistema con d.lgs. 9 luglio 2003, n. 216), si prefigge di estendere alle persone con disabilità taluni strumenti di tutela giurisdizionale e di ottenere così una protezione antidiscriminatoria generalizzata, in tutti i contesti nei quali la persona disabile si relaziona a prescindere da quello lavorativo, come ben esprime l'art. 2 della stessa legge, secondo cui "il principio di parità di trattamento comporta che non può essere praticata alcuna discriminazione in pregiudizio delle persone con disabilità".

Se si pone mente alla situazione di coloro che vengano privati della libertà personale, il riconoscimento nell'art. 2 Cost. dei diritti inviolabili "sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua perso-

¹² Merita di essere segnalato che nel d.d.l. contenente "Modifiche al codice civile e alle disposizioni per la sua attuazione, concernenti il rafforzamento dell'amministrazione di sostegno e la soppressione degli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione", presentato dai deputati Campana ed altri il 23 gennaio 2014, in Camera dei Deputati, XVII Legislatura, disegni di legge e relazioni, stamp. n. 1985, si fa espresso riferimento ai detenuti quali beneficiari della previsione dell'art. 404 c.c. indipendentemente dal ricorrere delle condizioni indicate nello stesso art. 404.

nalità” assume un significato ancor più rilevante perché è volto a tutelare il soggetto da interferenze dei poteri pubblici e di ogni altro potere che in qualche modo potrebbero conculcare la sua personalità. Così che allora l’espressione “diritti del singolo nelle formazioni sociali” dovrebbe essere inteso come garanzia anche nei confronti della stesse formazioni (Baldassarre, 1989). Il che significa che, ove un soggetto titolare di diritti inviolabili venga inserito in un ordinamento speciale, qual è ad esempio l’ordinamento penitenziario, non perde quei diritti. L’art. 2 Cost. si pone proprio come salvaguardia del contenuto minimo dei singoli diritti e la garanzia dell’inviolabilità espressa in tale norma non viene annullata per il solo fatto che una persona sia detenuta, giacché la “restrizione della libertà personale non comporta affatto una *capitis deminutio*” (come ha riconosciuto Corte cost. 6 agosto 1979, n. 114), ma si traduce appunto nella salvaguardia di un contenuto minimo, di un contenuto, cioè, che sia tale da assicurare il rispetto della dignità della persona (A. Baldassarre, 1989). Ciò significa che l’ordinamento penitenziario non può contenere disposizioni che si pongano in contrasto con tale garanzia. Ed infatti l’art. 1 l. 26 luglio 1975, n. 354 (d’ora in poi indicata come ord. penit.) si apre con l’affermazione che “il trattamento penitenziario deve assicurare il rispetto della dignità della persona”, recependo così il dettato dell’art. 2 Cost. Non si tratta di una mera trasfusione del principio costituzionale, volendo invece rappresentare una linea guida dell’intero sistema. L’attenzione è focalizzata sulla persona detenuta, cui viene riconosciuta la titolarità di diritti perché, seppur all’interno di un ordinamento del tutto particolare, in ottemperanza a quanto affermato nell’art. 3 Cost. possa trovare occasioni per realizzarsi. Non a caso nel 2° comma dello stesso art. 1 ord. penit si proclama che il trattamento “è improntato ad assoluta imparzialità, senza discriminazioni in ordine a nazionalità, razza e condizioni economiche e sociali, a opinioni politiche e a credenze religiose”. Con la conseguenza dunque che nei confronti delle persone con disabilità il trattamento (sia esso “penitenziario” o “rieducativo”) non può dare luogo a discriminazioni.

6. La tutela della salute

Accanto alle norme costituzionali sopra citate, si deve ricordare l'art. 32 Cost., che tutela la salute come diritto "fondamentale"¹³, anche se di primo acchito potrebbe risultare non pertinente al tema in esame, dato che si potrebbe ritenere che "non sempre le menomazioni fisiche comportano menomazioni della salute" (cfr. G. Gemma, 1977, p. 254 ss.). Ma una simile posizione appare assai riduttiva posto che l'art. 32 con l'espressione diritto alla salute coinvolge un novero assai ampio di materie (igiene, lavoro, alimenti, etc.) e soprattutto un numero assai elevato di posizioni soggettive. Il diritto alla salute tutela l'integrità psicofisica del soggetto da comportamenti lesivi o pregiudizievoli posti in essere da terzi, e nel contempo comporta la pretesa a ricevere prestazioni positive per la tutela della salute mediante trattamenti sanitari (L. Carlassare, 1995; R. Ferrara, 1987; M. Luciani, 1991; M. Mazziotti, 1964; C. Mortati, 1972; L. Montuschi, 1976).

La tutela va al di là della "mera conservazione dell'integrità fisica intesa in senso statico, affiancando a quest'ultima un elemento dinamico relazionale" (D. Morana, 2002, p. 16). Come ha chiarito la Corte costituzionale "la salute non può più essere intesa come semplice assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico e psichico coinvolgente anche gli aspetti interiori della vita avvertita e vissuta dal soggetto in relazione alla sua esperienza personale" (sent. 8 giugno 1987, n. 215; si veda anche Corte cost. sent. 10 maggio 1999, n. 167).

Così concepita la salute, l'ambiente nel quale il soggetto vive, lavora, intesse relazioni sociali ha indubbio rilievo. Proprio perché rappresenta un presupposto fondamentale per lo sviluppo e l'espressione della persona, l'ambiente costituisce un elemento determinativo della qualità della vita, come ha riconosciuto la Corte costituzionale con la sentenza 30 dicembre 1987, n. 641.

Fatte queste preliminari premesse sul diritto alla salute, occorre precisare che, essendo tale diritto "universale" (C. Tripodina, 2008, p. 324) e un valore inalienabile, "l'idea che la restrizione della libertà possa

¹³ Solo con riferimento al diritto in oggetto viene usato l'aggettivo fondamentale, a sottolineare che la salute è un bene primario dell'individuo, che si connota come condizione indispensabile e imprescindibile perché ogni persona possa esprimere compiutamente la propria personalità (C. Mortati, 1961; M. Luciani, 1991).

comportare un consequenziale disconoscimento delle posizioni soggettive dell'individuo attraverso un generalizzato assoggettamento all'organizzazione penitenziaria è estranea al vigente ordinamento, il quale si basa sul primato della persona umana e dei suoi diritti. I diritti inviolabili dell'uomo, il riconoscimento e la garanzia dei quali l'art. 2 della Costituzione pone tra i principi fondamentali dell'ordine giuridico, trovano nella condizione di coloro i quali sono sottoposti a una restrizione della libertà personale i limiti a essa inerenti, connessi alle finalità che sono proprie di tale restrizione, ma non sono affatto annullati da tale condizione" (Corte cost. sent. 11 febbraio 1999, n.26, da cui sono tratte le citazioni che seguono). Ne discende che "la restrizione della libertà personale secondo la Costituzione vigente non comporta dunque affatto una *capitis deminutio* di fronte alla discrezionalità dell'autorità preposta alla sua esecuzione". Dall'affermazione nell'art. 27 comma 3 Cost. che le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato, discende che tali "statuizioni di principio, nel concreto operare dell'ordinamento, si traducono non soltanto in norme e direttive obbligatorie rivolte all'organizzazione e all'azione delle istituzioni penitenziarie ma anche in diritti di quanti si trovino in esse ristretti. Cosicché l'esecuzione della pena e la rieducazione che ne è finalità - nel rispetto delle irrinunciabili esigenze di ordine e disciplina - non possono mai consistere in "trattamenti penitenziari" che comportino condizioni incompatibili col riconoscimento della soggettività di quanti si trovano nella restrizione della loro libertà. La dignità della persona (art. 3, primo comma, della Costituzione) anche in questo caso - anzi: soprattutto in questo caso, il cui dato distintivo è la precarietà degli individui, derivante dalla mancanza di libertà, in condizioni di ambiente per loro natura destinate a separare dalla società civile - è dalla Costituzione protetta attraverso il bagaglio degli inviolabili diritti dell'uomo che anche il detenuto porta con sé lungo tutto il corso dell'esecuzione penale, conformemente, del resto, all'impronta generale che l'art. 1, primo comma, della legge n. 354 del 1975 ha inteso dare all'intera disciplina dell'ordinamento penitenziario".

Le affermazioni della Corte costituzionale assumono particolare valenza proprio perché viene riconosciuto il diritto alla salute anche alle persone recluse, trattandosi di "un bene non disponibile per restrizioni"

(*Relazione* al Ministro della “Commissione Palma”, 2013), cioè di un bene giuridico su cui non insiste l’esigenza afflittiva connessa all’esecuzione della pena e nel contempo di un bene che “spetta ai detenuti e agli internati alla pari dei cittadini in stato di libertà”. Così si legge nell’art. 1, co. 1, l. 22 giugno 1999, n. 230¹⁴, che persegue il riconoscimento di tale diritto sia per quel che concerne la prevenzione sia per quanto riguarda la diagnosi, la cura, la riabilitazione, l’assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità delle donne detenute. Viene cioè affermato il principio della pari opportunità terapeutica, o della equivalenza delle cure, già peraltro oggetto di specifiche direttive della Organizzazione mondiale della Sanità (intitolate “Principio di equivalenza delle cure”), che riconoscono la necessità di garantire al detenuto le stesse cure mediche e psico-sociali che vengono assicurate a tutti gli altri consociati. Dal che consegue che in capo alla amministrazione penitenziaria sorge il dovere di tutelare la salute e di predisporre tutti quegli accorgimenti necessari ad evitare lesioni all’esercizio di tale diritto, e ciò a prescindere dalla posizione giuridica del detenuto, dalla classificazione e dalla sottoposizione a particolari regimi detentivi. Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale non ha inciso su tale dovere, che “resta intatto ... e si coniuga con quello simmetrico delle Autorità sanitarie di assicurare cure adeguate, di promuovere la cultura della salute

¹⁴ Con la l. 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, si è posto immediatamente il problema della peculiarità del servizio sanitario penitenziario e della sua autonomia, dato che dall’espressione usata “persona umana” non si può far discendere l’esclusione dalla tutela assicurata dal servizio sanitario nazionale i detenuti. Solo con l. 30 novembre 1998, n. 419, concernente la “delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e per l’adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale”, si è cercato di razionalizzare il sistema sanitario nazionale e di coordinare quello penitenziario mediante un apposito d.lgs. (22 giugno 1999, n. 230), che comportava il passaggio del personale sanitario e delle risorse dal Dipartimento della amministrazione penitenziaria al servizio sanitario nazionale. Cfr. G. La Greca, 1999; L. Cesaris, 2011; C. Colapietro, 2006; C. Sarzotti, 2002. Nel 2008 è stato emanato un d.p.c.m. (in G.U. 30 maggio 2008, n. 126) che detta le “modalità i criteri le procedure per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, degli arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria”. Il 26 novembre 2009 sono stati siglati degli Accordi sul documento recante “strutture sanitarie nell’ambito del sistema penitenziario italiano” (in G.U. 4.1.2010, n. 2).

e di svolgere una funzione preventiva anche attraverso il controllo delle condizioni igieniche degli istituti” (così la *Relazione* al Ministro della “Commissione Palma”, 2013).

In realtà il principio in esame subisce forti compressioni per quel che concerne la scelta del medico e del luogo di cura, la mancata possibilità di proseguire i trattamenti terapeutici iniziati nel periodo antecedente alla incarcerazione. Limitazioni investono anche le prestazioni sanitarie essenziali di diagnosi, cura e riabilitazione (c.d. lea), che differiscono da regione a regione, così che si potrebbero determinare gravi disparità di trattamento, tanto più intollerabili ove si ricordi che i detenuti non possono scegliere il luogo di detenzione (F. Ceraudo).

Se si considera la tutela del diritto alla salute inscindibile dalla tutela dell’ambiente in cui la persona realizza la propria personalità, ne discende che anche negli istituti di pena devono essere assicurate condizioni che garantiscano tali esigenze. Il diritto ad un ambiente salubre è “diritto a vivere in un ambiente degno per una persona umana o più semplicemente come diritto a vivere una vita degna di una persona umana” (così M. Ruotolo, 2002, p. 142).

Il carcere è una delle formazioni sociali nelle quali si svolge la personalità di un soggetto, un ambiente la cui salubrità deve dunque essere tutelata e garantita, perché assume una valenza ancor più rilevante in considerazione del fatto che le persone detenute vivono coattivamente in uno spazio ristretto quale è l’istituto di pena e quale è la cella.

Si fa necessariamente riferimento ad un ambiente sano, che garantisca condizioni di dignitosa vivibilità. L’ordinamento penitenziario dedica a questo aspetto alcune disposizioni concernenti i locali riservati al pernottamento, che devono essere distinti da quelli destinati allo svolgimento delle diverse attività, come prevede l’art. 5, co. 2. L’art. 6 ord. penit. delinea le caratteristiche delle celle e dei locali comuni, che “devono essere di ampiezza sufficiente, illuminati con luce naturale e artificiale in modo da permettere il lavoro e la lettura; aerati, riscaldati ove le condizioni climatiche lo esigono, e dotati di servizi igienici riservati, decenti e di tipo razionale”. L’art. 7 reg. esec., che recepisce il dettato delle Regole penitenziarie europee, si occupa dei servizi igienici da collocarsi in un vano separato dalla camera (ma a questa annesso), dotati di acqua corrente, fredda e calda, di lavabo, doccia, e bidet, specie negli istituti

femminili, così da garantire autonomia al soggetto in relazione alle sue personali esigenze¹⁵.

Gli artt. 7 e 8 ord. penit., concernenti il vestiario, l'igiene, l'alimentazione, acquistano un'importanza fondamentale perché sono diretti a garantire condizioni di vita rispettose della dignità della persona e tendono ad una "tutela preventiva della salute" (M. Canepa, S. Merlo, 2010, p. 139).

Ampiamente dibattuta è la questione dell'ampiezza dei locali e delle condizioni di vivibilità in relazione al problema che da sempre affligge gli istituti penitenziari, quello del sovraffollamento, che ha indubbiamente raggiunto soglie assai elevate¹⁶. Non vi è dubbio che lo spazio fruibile incida sulla qualità della vita perché una ridotta disponibilità comporta, da un lato, limitazioni di movimento nella cella e negli spazi comuni, e, dall'altro, una maggiore promiscuità e una conseguente maggiore conflittualità. Non solo, ma incide anche sulla fruizione dei servizi e sulle opportunità trattamentali (F. Cascini, 2010).

L'elemento spaziale ha incidenza anche in relazione alle persone con disabilità. Nell'art. 6 ord. penit. sono contenute generiche previsioni, che non indicano le dimensioni delle celle e dei locali comuni, così che per la determinazione dello spazio nelle camere di pernottamento si fa riferimento al d.m. del ministero della salute 5 luglio 1975¹⁷. Le dimensioni indicate nel predetto d.m. sono state assunte dal Dap per determinare la

¹⁵ In realtà le docce nelle celle sono ancora un privilegio di pochi, in quanto sono collocate per lo più in locali separati, cui i detenuti accedono per turni. E ciò benché il mantenimento di decorose condizioni di igiene personale costituisca un obbligo, come si ricava dall'art. 77 comma 1 reg. esec., che punisce la "negligenza nella pulizia e nell'ordine della persona o della camera" come infrazione disciplinare.

¹⁶ Negli anni dal 2009 al 2013 si è assistito ad un incremento della popolazione detenuta assai considerevole, tanto che si è registrata una presenza media nel 2010 di 67.820 detenuti, scesa poi a 53.984 nel 2016, ma al 31 gennaio 2017 erano presenti 55.381 persone.

¹⁷ Il d.m. in questione prevede che le stanze da letto devono avere una superficie minima di nove m². per una persona, mentre per le celle multiple si prevedono ulteriori cinque m² per ogni persona in più presente nei c.d. cameroni. Si noti che in merito a tali parametri si è da taluno osservato che non sarebbero pertinenti perché riferiti alle civili abitazioni. "Una cella non è paragonabile ad una camera da letto. È, invece, un luogo in cui si svolge la vita del detenuto, ci si cucina, si mangia, si guarda la televisione, si legge, si scrive, si gioca a carte" (F. Cascini, 2010, p. 51).

c.d. capienza regolamentare del sistema penitenziario italiano dalla quale è stata poi ricavata la nozione della c.d. capienza tollerabile, individuata orientativamente nel doppio della prima (A. Pugiotto, 2014, critica questa prassi). E tali nel sistema penitenziario delineato nel 1975 avrebbero dovuto essere le celle, destinate cioè ad ospitare il detenuto solo per le ore notturne, mentre appositi spazi avrebbero dovuto essere dedicati alle diverse attività previste dalla stessa legge penitenziaria.

La realtà, come è noto, e come testimoniano ulteriormente i reclami presentati numerosi alla Corte edu, è ben diversa: i detenuti trascorrono gran parte della giornata in cella avendo a disposizione spazi, condivisi con altri, ben inferiori a quello indicato nel d.m. citato, pari a 9 m², o ai 7 m² suggeriti dal Comitato per la prevenzione della tortura, e addirittura ai 3 m² fissati dalla Corte edu quale limite “vitale” minimo, al di sotto del quale si configura un trattamento disumano e degradante. La Corte, ha infatti, ritenuto che il sovraffollamento con i conseguenti effetti negativi sulla vita detentiva comporti una violazione dell’art. 3 Cedu, che vieta la tortura e i trattamenti inumani e degradanti (Corte edu, sez. II, 16 luglio 2009, *Sulejmanovic*, c. Italia, n. 22635; Corte edu 8 gennaio 2013, *Torreggiani e altri* c. Italia, n. 43517/09; ma v. già Corte edu, 7 aprile 2007, *Kantjyrev* c. Russia, n. 37213/02). Tale norma impone agli Stati non solo di garantire condizioni di detenzione compatibili con il rispetto della dignità umana, ma anche di vigilare perché le predette condizioni siano rispettate sempre e ovunque, pur tenuto conto delle esigenze connesse alla detenzione stessa (cfr., fra le molte, Corte edu 26 ottobre 2000, *Kudla* c. Polonia, n. 30210/96). Si tratta di un profilo interessante perché il disinteresse e l’inerzia dello Stato nei confronti delle condizioni detentive degli istituti penitenziari è parimenti colpevole e riprovevole.

È interessante constatare che la Corte, proprio in relazione alla situazione lamentata da ricorrenti italiani ha ritenuto che la carenza di spazio, nella specie inferiore appunto a 3 m², è così macroscopica da costituire di per sé un trattamento disumano e degradante (cfr. Corte edu, 16 luglio 2009, *Sulejmanovic*, cit.; Corte edu 8 gennaio 2013, *Torreggiani*, cit.; Corte edu, sez. II, 22 aprile 2014, G. C. c. Italia, n. 73869/10, con nota di D. Ranalli, in *Rass. penit. crim.* 2013, p. 181), discostandosi in tal modo da precedenti decisioni, secondo cui l’esiguità dello spazio non costituirebbe il criterio esclusivo per accertare una detenzione contraria

all'art. 3 Cedu, ma solamente un elemento da valutarsi unitamente ad altri fattori, quali il tempo trascorso all'interno della cella, le opportunità trattamentali, la presenza o meno di acqua potabile, di riscaldamento, di acqua calda¹⁸.

Non si può tacere, tuttavia, che le decisioni della Corte di Strasburgo offrono indicazioni difformi circa gli elementi che vanno ad incidere sull'interpretazione di spazio fruibile: talora, ai fini del computo della superficie a disposizione del detenuto, si è tenuto conto della superficie del bagno in dotazione alla camera (ad es. Corte edu, sez. II, 5 marzo 2013, *Telissi c. Italia*, n. 22635/03); talaltra, invece, si è affermata la necessità di detrarre la superficie occupata dagli arredi o dai letti (Corte edu, sez. III, 26 novembre 2013, *Cojoaca c. Romania*). Così che, in assenza di nuovi parametri codificati nel sistema italiano, il dibattito sulla determinazione dello spazio vitale minimo è assai intenso, specie tra la magistratura di sorveglianza. Da un lato, si prospetta che ai fini del computo si dovrebbe tener conto dello spazio occupato dagli arredi¹⁹ e dai servizi igienici, mentre, dall'altro, si ritiene che sarebbe sufficiente suddividere la superficie della camera di pernottamento (...) per il numero degli occupanti, senza considerare l'ingombro costituito dal mobilio (sembrerebbe dedursi dalla sentenza *Sulejmanovic*), d'altro canto necessario per lo svolgimento di funzioni vitali (riposo, sonno, alimentazione) (Cass., sez. I, 27-9-2013, *Greco*, Ced 257161). L'interpretazione del Dap al riguardo – come si legge nella circ. min., 18-4-2014, n. 0145780 – era nel senso “che, per l'accertamento della condizione detentiva inumana e degradante, ai fini della verifica della sussistenza dei 3 mq, dalla superficie lorda calpestabile della cella andava tenuto conto della area bagno mentre, in relazione agli altri oggetti presenti nella camera detentiva, occorreva considerare, escludendoli, quegli spazi occupati in modo fisso e ‘a terra’ o comunque con ridotta distanza

¹⁸ Si noti che proprio la possibilità di fruire di attività trattamentali è stata valutata quale elemento positivo, preponderante sul mero dato spaziale inferiore a 3 m²: cfr. in questo senso recentemente Corte eur. dir. uomo, Grande Chambre, 20-10-2016, *Muršić c. Croazia*, n.7334/13. Si veda Mag. Sorveglianza Genova, 26-9-2014, YX, in www.conams.it. In generale cfr. M. Orlandi, 2013.

¹⁹ Cfr. ad.es. Cass. sez. I, 19 dicembre 2013, *Berni*, Ced 257924; Mag. Sorv.Venezia, 6 febbraio 2014, *Carlesco*, in Cass. pen., 2014, pp. 2673 e ss., con nota di A. Albano, F. Picozzi; Mag. Sorv. Catanzaro, 21 luglio 2014, *Di Palma*, inedita. In dottrina, A. Pugiotto (2014).

da terra, da oggetti suscettibili di una unica ed esclusiva utilizzazione quali gli armadi (pensili appesi a distanza ravvicinata da terra e non pensili)”.

In realtà dunque si dovrebbe considerare lo spazio vivibile, anche se indubbiamente l'arredo della cella incide e talora molto su tale spazio, così che taluni optano per calcolare lo spazio calpestabile, escludendo tuttavia le brande “perché utilizzate per distendersi e dunque rientranti nello spazio concretamente disponibile” (Mag. sorv. Padova, 30 maggio 2013, in *Rass.penit. crim.* 2013, p. 168).

La Corte di cassazione è giunta da ultimo alla conclusione che per “spazio minimo individuale in cella collettiva va intesa la superficie della camera detentiva fruibile dal singolo detenuto e idonea al movimento. Il che comporta la necessità di detrarre dalla superficie lorda della cella l'area destinata ai servizi igienici e quella occupata da strutture tendenzialmente fisse, tra cui il letto, mentre non rilevano gli altri arredi facilmente amovibili” (Cass., sez. I., 9 settembre 2016, Sciuto, Ced 268231). E ha altresì precisato che “qualora lo spazio individuale minimo intramurario assicurato al detenuto, una volta scomputati gli arredi fissi, sia compreso tra i tre ed i quattro metri quadrati, vanno presi in considerazione gli ulteriori aspetti che determinano la complessiva offerta del trattamento detentivo, come la mancanza di aria o di luce, i difetti della condizione igienica, la carenza di assistenza sanitaria o l'assenza di offerte ricreative o culturali” (Cass., sez. I., 9 settembre 2016, Gallo, Ced 268655).

È evidente come quanto sopra osservato abbia incidenza sulla fruizione della cella per le persone disabili, specie se presentino difficoltà motorie, proprio in relazione allo spazio utile a garantire il movimento del soggetto recluso. Certo non può essere, tuttavia, ignorato il rischio che l'amministrazione penitenziaria, dovendo garantire lo spazio minimo, possa ottemperare riducendo l'arredamento della cella o spostandolo nel corridoio della sezione, perchè in tal modo si determinerebbe un ulteriore disagio (A. Albano, F. Picozzi).

7. La disabilità e il carcere

Per quanto concerne i soggetti disabili, come si accennava, le caratteristiche dell'ambiente, cioè complessivamente quelle delle celle e dei locali

comuni, assumono maggior rilievo per le difficoltà amplificate che potrebbero derivare, potendosi concretare in ostacoli spesso di difficile superamento e in uno scadimento ulteriore delle condizioni detentive. Al riguardo la Corte edu, in relazione a soggetti costretti a muoversi su una sedia a rotelle ha ritenuto violato l'art. 3 Cedu (che punisce trattamenti inumani e degradanti) in ragione delle difficoltà o della impossibilità a spostarsi in modo autonomo all'interno degli istituti cui erano stati assegnati²⁰.

In relazione al contesto italiano, non si può non osservare che, nonostante le previsioni della legge penitenziaria concernenti gli spazi detentivi, in realtà a tutt'oggi l'aspetto qualitativo viene posto in subordine rispetto alle finalità detentive, in specie a quelle di sicurezza, cui viene attribuita rilevanza prioritaria. Così che il tema della "progettazione accessibile" concernente l'abbattimento o il superamento degli ostacoli, delle "difficoltà che un menomato fisico, specie in carrozzina, incontra quando vuole inserirsi nella vita sociale" (come si legge nella circ. Min. lavori pubblici 20 gennaio 1967, n. 425, il cui art. 6 si riferisce agli *standard* residenziali) stenta ad essere recepito nel contesto penitenziario. E ciò nonostante si sia ormai diffusa la consapevolezza della necessità di abbattere le barriere architettoniche, specie nell'ambito degli edifici sociali, come si deduce dalla circ. Min lavori pubblici 19 giugno 1968, n. 4809, concernente le "norme per assicurare la utilizzazione degli edifici sociali da parte dei minorati fisici e per migliorare la godibilità generale". Attraverso un complesso di norme, riprese nella circ. min. da ultimo citata, si mirava a rendere fruibili gli edifici, in particolare quelli di uso pubblico, perché l'eliminazione delle barriere poteva contribuire al reinserimento del minorato fisico nella società.

Le linee guida relative alla accessibilità degli spazi, alla visitabilità e alla adattabilità (contenute nel d.m. 14 giugno 1989, n. 236) vengono recepi-

²⁰ Cfr. ad esempio, fra le molte, Corte edu 24 ottobre 2006, Vincent c. Francia, n. 6253/03, che ha ritenuto sussistente la violazione dell'art. 3 Cedu pur in assenza della volontà di umiliare o denigrare il soggetto; Corte edu 10 gennaio 2012, Arutyunyan c. Russia, n. 48977/09, relativa a soggetto obeso e costretto alla dialisi, che si muoveva su sedie a rotelle, ed era collocato in una cella al 4 piano di un edificio senza ascensore, mentre i servizi medici erano al piano terra; Corte edu, 6 febbraio 2014, Semikhvostov c. Russia, n. 2689/12, concernente un soggetto paralizzato agli arti inferiori, che lamentava di non riuscire a raggiungere da solo alcuni locali dell'istituto cui era stato assegnato.

te faticosamente nel contesto penitenziario, benché sulla base della definizione di “edificio adibito ad uso pubblico”, *ex art.* 1 d.P.R. 26 agosto 1993, n. 412, non vi sia dubbio che gli istituti penitenziari rientrino in tale definizione, così che in caso di progettazione di nuovi istituti o di ristrutturazione degli edifici preesistenti sussiste l’obbligo di conformarsi alla normativa relativa all’eliminazione delle barriere architettoniche (C. Brunetti, M. Ziccone, 2004, p. 483).

A dire il vero l’ordinamento penitenziario già nella formulazione originaria dedicava attenzione ai disabili prevedendo nell’art. 65 che “i soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento”, previa verifica delle condizioni personali del diretto interessato, che devono essere tali da non permettere la sottoposizione “al regime degli istituti ordinari”. Destinatari della previsione sono coloro che sono portatori sia di patologie fisiche sia psichiche e si può osservare che il legislatore ha fatto ricorso ad una dizione estremamente generica e dunque tale da ricomprendere una gamma assai ampia di condizioni o situazioni, che sono individuabili “sulla scorta dei comuni criteri di carattere fisiopatologico” (G. Di Gennaro, R. Breda, G. La Greca, 1997, p. 306). Si fa riferimento a infermità, cioè a malattie e – con espressione desueta “minorazioni” – a menomazioni, entrambe di gravità tale da comportare l’assegnazione a istituti o a sezioni in cui siano erogati trattamenti specialistici. Non sfugge peraltro che le menomazioni potrebbero essere causate dalla malattia e che le infermità potrebbero essere anche temporanee e quindi destinate a risolversi.

Si noti che non vengono definite le caratteristiche degli istituti (o delle sezioni) destinati a questi soggetti, che tuttavia si possono ricavare dal riferimento al trattamento, che deve essere “idoneo”, deve rispondere cioè alle esigenze di cura riscontrate nel caso concreto, come conferma la previsione del 2 co. dell’art. 65 ord. penit. Quel che pare indiscutibile è che la posizione giuridica o l’inserimento in circuiti o regimi differenziati non deve rilevare ai fini dell’assegnazione.

In tal modo, il legislatore sembra riservare all’amministrazione penitenziaria il compito di predisporre istituti destinati a soggetti che evidenzino necessità di trattamenti sanitari tali da prevalere su quello risocializzante nonché, soprattutto, pare attribuire ampi margini nella scelta delle per-

sone da assegnare ai predetti istituti. Si deve, tuttavia, precisare che i due trattamenti, quello sanitario specialistico e quello risocializzante concorrono (G. Giusti, M. Bacci, 1991), anche se non sfugge che la attuazione di un trattamento risocializzante nei confronti di tali soggetti presenta particolari difficoltà determinate proprio dalla necessità di contemperare finalità rieducative con esigenze di cura.

La previsione dell'art. 65 cit. in realtà risulta assai poco utilizzata e realizzata, non ostante il tema della "progettazione accessibile", cioè di strutture penitenziarie le cui caratteristiche siano rispettose degli *standard* previsti per i disabili, cominci ad affacciarsi a partire dagli anni novanta del secolo scorso.

Suscita non poche perplessità l'impostazione accolta giacché il legislatore pare riservare attenzione solo a quei soggetti che, come si è visto, necessitano di trattamenti specialistici, poco preoccupandosi di coloro che, pur portatori di disabilità, non siano nelle condizioni indicate nell'art.65 cit. Conferma di ciò si può trarre dal fatto che solo con una circolare del 2012 (14 novembre 2012, n. 0405351) l'amministrazione penitenziaria ha richiamato i parametri contenuti nel d.P.R. 24 luglio 1996, n. 503. Conseguenza: su 193 istituti solo 7 sono quelli con sezioni destinate ai disabili. Una tale impostazione sarebbe forse accettabile se effettivamente negli istituti fossero state abolite le barriere architettoniche. E peraltro non si può dimenticare che il tema coinvolge anche il personale civile, nonché coloro che accedono agli istituti per ragioni affettive o lavorative, così che la normativa in materia di barriere architettoniche riguarda non solo i luoghi destinati ai detenuti, ma altresì gli uffici dell'amministrazione penitenziaria.

8. La tutela della salute dei detenuti disabili

Problema diverso da quello sopra accennato, concernente il rispetto degli *standard* per le persone disabili, è quello relativo all'assistenza qualora necessaria.

La norma di riferimento è l'art.11 ord. penit., che impone all'amministrazione penitenziaria di predisporre, in ogni istituto penitenziario, l'organizzazione di un "servizio medico e farmaceutico sanitario rispondenti

alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati”, il quale trova nell’art. 17 reg. esec. più specifiche esplicazioni. All’atto dell’ingresso nell’istituto è effettuata “una visita medica generale allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche”. Nelle ipotesi in cui siano necessari cure ed accertamenti diagnostici non eseguibili all’interno degli istituti potrà essere disposto l’invio dei detenuti in strutture sanitarie esterne, con provvedimento dell’autorità giudiziaria competente (art.11 co. 2 ord. penit.) e nei casi di estrema urgenza con provvedimento del Direttore dell’Istituto comunicato alla autorità giudiziaria (art 17 reg. esec.).

Per quanto riguarda specificamente i detenuti disabili, si sono previsti due livelli di assistenza: l’uno riferito a soggetti disabili autosufficienti, che dovrebbero essere assegnati a istituti dotati di infermeria attrezzata e di assistenza sanitaria garantita per l’intero arco delle 24 ore per 365 giorni; l’altro destinato a soggetti disabili non autosufficienti che dovrebbero essere allocati in istituti dotati di centro diagnostico terapeutico (CDT), rinominati -a seguito dell’Accordo Stato regioni del 2015 in ordine alla erogazione di prestazioni sanitarie- Servizi medico multiprofessionali integrati con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (Sai). Sono gli istituti di Genova (“Marassi”), Messina, Milano (“Opera”), Milano (“San Vittore”), Napoli (“Poggioreale”), Napoli (“Secondigliano”), Massa, Parma, Pisa (maschile e femminile), Roma (“Regina Coeli”), Sassari, Torino, Busto Arsizio. Si noti che solo 2 fra questi sono gli istituti totalmente privi di barriere architettoniche: Bari e Parma. Il primo è dotato di CDT con molte specializzazioni mediche, e la sezione destinata a soggetti con deficit motorio ha disponibili 7 posti letto, cui si deve aggiungere la postazione per il detenuto c.d. piantone, cioè per il detenuto che ha il compito di assistere il compagno disabile. Le disposizioni sulle barriere architettoniche sono rispettate per quanto concerne l’accesso alle celle e i servizi igienici. La sezione per i disabili paraplegici è dotata di una palestra con attrezzature idonee allo svolgimento di attività riabilitative, e prevede l’assistenza di fisioterapisti per assicurare un trattamento personalizzato in ragione della patologia di ogni singolo paziente. La struttura dispone, inoltre, di un attrezzato centro di fisiokinesiterapia, riservato alla cura di patologie muscolo-scheletriche e al recupero delle funzioni motorie perse.

Anche l'istituto di Parma è dotato di CDT e di un reparto per paraplegici realizzato nel rispetto della normativa sulle barriere architettoniche e dotato di tutte quegli accorgimenti necessari per l'assistenza di tali soggetti. Le celle sono di dimensioni maggiori di quelle ordinarie proprio per facilitare gli spostamenti, e a tal fine è previsto anche un ascensore²¹. Tutto ciò sulla carta: il CDT presenta molti aspetti critici in relazione alla mancata assistenza per l'intero arco delle 24 ore, ai tempi di attesa molto lunghi per esami specialistici, all'assenza di un effettivo servizio di fisioterapia particolarmente importante per le persone malate e paraplegiche, e soprattutto a causa della trasformazione in una struttura per lungodegenti come ben evidenzia la delibera della Camera penale di Parma concernente il rapporto del Garante (depositato il 31 gennaio 2015, in www.camerapenaleparma.it).

Emblematica delle difficoltà e delle resistenze ad attuare quanto previsto dalla normativa italiana e sovranazionale in tema di disabilità è la sezione per disabili dell'istituto di Busto Arsizio (Va), creata nel 2009 a seguito dei lavori di ristrutturazione. Situata al piano terra, consta di 13 celle a due letti, dotate di servizi igienici rispondenti alle particolari esigenze dei disabili, di una palestra attrezzata per lo svolgimento di attività riabilitative e di un grande spazio al cui centro è collocata una piscina per le cure riabilitative in acqua: senonché tale sezione non è mai entrata in funzione a regime per carenze di fondi e di personale paramedico. Ed anzi è stata riconvertita in sezione destinata alla riabilitazione di detenuti affetti da difficoltà motorie non gravi e spesso temporanee, perdendo quindi la sua originaria destinazione.

Dai dati relativi alla distribuzione sul territorio nazionale emerge un'ulteriore conseguenza, che va ad incidere sul principio di territorialità dell'esecuzione della pena, espresso nell'art. 42 ord. penit., secondo cui i trasferimenti dei detenuti devono essere disposti favorendo "il criterio di destinare i soggetti in istituti prossimi alla residenza delle famiglie" e confermato nell'art. 115 reg. exec., che sollecita la realizzazione di "un

²¹ Il cui mancato funzionamento o il negato accesso è stato oggetto di specifica doglianza nel caso sottoposto all'esame della Corte edu, Cara Damiani c. Italia, n. 35985/97. V. anche D. Autieri, S. Baldassarre, in www.leduecitta.it, che sottolineano il cattivo funzionamento delle sezioni in esame per situazioni di sovraffollamento e per tempi d'attesa molto lunghi.

sistema integrato di istituti differenziato per le varie tipologie detentive, la cui ricettività complessiva soddisfa il principio di territorialità dell'esecuzione penale". A questo principio si ispira anche la previsione dell'art. 18 ord. penit. in tema di colloqui, specificando nel co. 3 che "particolare favore viene accordato ai colloqui con i familiari". In particolare poi nei confronti dei soggetti gravemente infermi, secondo quanto prevede l'art. 37 co. 9 reg. esec. possono essere concessi colloqui anche fuori dei limiti indicati nello stesso art. 37.

In tal modo si è inteso valorizzare i rapporti con la famiglia come strumento di non desocializzazione e quale elemento del trattamento risocializzante.

È evidente che il principio di territorialità assume rilevanza determinante nell'individuazione dell'istituto cui assegnare la persona in funzione del mantenimento dei rapporti con i familiari.

Il soggetto collocato negli istituti prima ricordati (e con lui i suoi familiari) subisce disagi materiali e psicologici a causa delle difficoltà nel mantenere i rapporti con i propri cari.

Stupiscono allora e non poco le scelte dell'amministrazione penitenziaria, che sul tema della disabilità dimostra ancora oggi un persistente disinteresse e insensibilità non ostante i moniti espressi al riguardo dalla Corte edu²². La quale, infatti, proprio in relazione alla situazione di due soggetti detenuti nel carcere di Parma, affetti da varie patologie e portatori di deficit motorio, ha affermato la necessità della adeguatezza delle terapie in relazione alla patologia e alle condizioni di salute della persona detenuta, soffermandosi sulle condizioni di detenzione, che devono essere tali da tutelare la salute, e sulla qualità della assistenza prestata in relazione alla patologia e alle condizioni del detenuto per verificarne la compatibilità con il permanere della detenzione. I giudici di Strasburgo in queste decisioni non hanno rivolto critiche alla legislazione interna, ritenendo adeguati gli istituti previsti (cioè il differimento della pena *ex artt.* 146 e 147 c.p. e la detenzione domiciliare *ex art.47-ter* ord. penit.), ma hanno

²² Si tratta di Corte edu 28 marzo 2000, Cara-Damiani c. Italia, n. 35985/97 e di Corte edu 17 luglio 2012, Scoppola n. 650050/09 (Scoppola n. 2). Si noti che in relazione a situazioni diverse lamentate da quest'ultimo ricorrente la Corte si era pronunciata in precedenza: cfr. Corte eur. dir. uomo 10 giugno 2008, Scoppola c. Italia n. 1, n. 50550/06. Cfr. L. Cesaris, 2012.

invece censurato l'operato delle diverse istituzioni intervenute, cui ad es. è stata rimproverata l'eccessiva lentezza nel reperire strutture in grado di garantire i trattamenti terapeutici necessari, pur tenuto conto della complessità delle patologie riscontrate e della pericolosità del soggetto²³. Si noti che la Corte ha ritenuto integrata la violazione dell'art. 3 Cedu a causa della assenza di cure mediche adeguate in relazione allo stato del soggetto recluso, del protrarsi della detenzione nella casa di reclusione di Parma, che avrebbe causato sentimenti costanti di angoscia tali da integrare trattamenti disumani e degradanti, nonché per l'incompatibilità delle condizioni di salute con lo stato detentivo.

Senza dilungarsi in una disamina analitica, ci si limiterà in questa sede a ricordare che il sistema italiano prevede al riguardo per i condannati gli istituti del differimento obbligatorio e facoltativo dell'esecuzione di pena, rispettivamente disciplinati negli artt. 146 e 147 c.p., nonché la detenzione domiciliare di cui all'art. 47-ter ord. penit.

Presupposto per l'operatività dell'art.146 c.p. è "la malattia particolarmente grave per effetto della quale le condizioni risultano incompatibili" con lo stato detentivo e il soggetto non risponda più ai trattamenti e alle terapie, mentre possono dar luogo al rinvio facoltativo *ex art.147 c.p.* le condizioni di "grave infermità fisica". La giurisprudenza di legittimità ha elaborato una definizione di grave stato di salute nel tentativo di offrire dei criteri utili a districarsi in una materia così complessa e delicata per gli interessi in gioco. Si fa riferimento a una "patologia implicante un serio pericolo per la vita o la probabilità di altre rilevanti conseguenze dannose, eliminabili o procrastinabili con cure o trattamenti tali da non poter essere praticati in regime di detenzione inframuraria, neppure mediante ricovero in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura ai sensi dell'art. 11 ord. penit." (Cass., sez. I, 5 marzo 2014, Carfora, *Ced* 260780; Cass., sez. I, 22 gennaio 2000, Piromalli, *Ced* 218229).

Una definizione che, come si può facilmente dedurre, pare volta a circoscrivere l'ambito di operatività dei rimedi penalistici.

La verifica delle condizioni del soggetto non può prescindere, secondo

²³ Il ricorrente Scoppola, imputato dei delitti di omicidio aggravato, tentato omicidio, maltrattamenti in famiglia e porto d'arma abusivo, all'esito del rito abbreviato era stato condannato alla pena di trenta anni e, a seguito dell'appello della Procura Generale, all'ergastolo, confermato in Cassazione.

la Corte di Cassazione, dalla valutazione circa “l’esigenza di non ledere il fondamentale diritto alla salute e il divieto di trattamenti contrari al senso di umanità”. Circostanza, questa, che “ricorre anche quando, non ostante la fruibilità di adeguate cure in carcere le condizioni di salute accertate diano luogo a sofferenza aggiuntiva” (Cass., sez. I, 16 novembre 2016, G.L., n. 53702; Cass., sez. I, 24-6-2014, Lainà, *Ced* 261414). La Corte di Cassazione dedica particolare attenzione alla sussistenza di plurime patologie, che in un soggetto in età avanzata devono essere oggetto di considerazione e di una più attenta valutazione (Cass., sez. I, 29-11-2016, N.F., n. 54446; Cass., sez. I, 13-7-2016, Di Giacomo, *Ced* 268653, che si riferisce alla situazione di un soggetto cieco, gravemente cardiopatico, non in grado di camminare da solo). Non ostante queste affermazioni, da un esame pur veloce della giurisprudenza, è facile constatare che la disabilità è considerata compatibile con la detenzione, quando ad es. il soggetto sia stato assegnato in una cella che risponda alle necessità e le cure siano praticabili anche in carcere (Cass., sez. I, 29 aprile 2015, Coku, *Ced* 263971; Cass., 9 novembre 2016, P.A., n. 53424) o sia detenuto nella sezione per paraplegici di Parma, pur se non praticabili alcune terapie (Cass., sez. I, 24 novembre 2010, Sergi, *Ced* 249319).

E ciò in realtà perché, pur riconoscendo che si deve tener conto dell’esigenza di non ledere il fondamentale diritto alla salute e di non procurare sofferenze aggiuntive, nella valutazione complessiva della situazione (tra le molte Cass., sez. I, 4 febbraio 2010, Brusciano, *Ced* 246239; Cass., sez. I, 24 giugno 2014, Lainà, *cit.*), i giudici di Cassazione hanno attribuito rilievo alla residua pericolosità sociale o alle esigenze di certezza della pena (così ad es. ancora in Cass., sez. I, 24-11-2010, Sergi, *cit.*).

Nella prospettiva di tutelare la salute si pone anche la detenzione domiciliare, che nell’art. 47-*ter*, co. 1, lett. c, ord. penit. prende in considerazione la condizione di chi si trovi nella necessità di mantenere “costanti contatti con i presidi sanitari territoriali” a causa della situazione di indubbia gravità delle condizioni di salute, come si deduce dall’uso dell’avverbio “particolarmente” e dal riferimento alla necessità di “costanti contatti con i presidi sanitari”. Proprio su tale necessità insiste la giurisprudenza, così che ad es. non rappresenta il presupposto per la concessione della misura la “semplice esigenza di un’assistenza fisica a soggetto impedito fin dalla nascita (...) e le cui condizioni non risultino essersi aggravate

nel periodo di carcerazione con insorgenza di patologie necessitanti di costanti contatti con i presidi sanitari extracarcerari” (C 5-7-94, Antonacci, *Ced* 199270). La detenzione domiciliare può essere concessa, ai sensi dell’art. 47-ter, c.1, lett. d, altresì alla “persona di età superiore a sessanta anni, se inabile anche parzialmente”. Vengono qui presi in considerazione due *status* particolari: il primo derivante dall’età, il secondo connesso ad una inabilità o invalidità del soggetto, senza che peraltro ne sia precisata l’entità rilevante ai fini della concessione della misura. Il presupposto non è di facile interpretazione: può risultare interessante in questa sede osservare che la giurisprudenza ha attribuito rilievo a quelle situazioni di “non autosufficienza” che non sono infrequenti in soggetti in età avanzata, specie se detenuti (Cass., sez. 21 novembre 1991, Bellitto, in *Cass. pen.*, 1993, 428; Cass. 4 aprile 1991, Rava, *ivi*, 1991, I, 1269; v. anche M. Canepa, S. Merlo, 2010; L. Cesaris, 2015)

Ispirata allo stesso modo da finalità assistenziali-umanitarie è anche la previsione dell’art.47-ter, c. 1°-ter, che consente al Tribunale di sorveglianza di concedere la detenzione domiciliare nei casi in cui opererebbe il rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione di pena ai sensi degli artt. 146 e 147 c.p., ancorché la pena superi il limite indicato nel 1° c., ovvero i quattro anni anche residui. La previsione attribuisce al giudice ampi margini di discrezionalità nella scelta dello strumento ritenuto più adeguato al caso concreto, anche con riferimento alle ipotesi del differimento obbligatorio dell’esecuzione *ex art.* 146 c.p. così che consente di tutelare la situazione del condannato senza rinunciare all’espiazione della pena (L. Cesaris, 2015).

9. Rimedi palliativi

Dai pur brevi cenni alla legislazione vigente si coglie come le tutele previste a livello internazionale e nazionale trovino negli istituti penitenziari una assai scarsa applicazione, con un ulteriore limite rappresentato dal fatto che sembra riguardare solo le persone con disabilità motoria.

Di recente l’amministrazione penitenziaria, prendendo spunto dal censimento sulla presenza di disabili, cui si è fatto cenno *retro*, ha emanato una circolare (n. 0089149) con la quale cerca di dare una risposta alle

difficoltà dei disabili detenuti, prestando attenzione ad alcuni aspetti: gli ambienti, i trasferimenti, il programma di trattamento, l'assistenza sanitaria, e i *care givers*.

Per quanto riguarda gli ambienti, la circolare non è certo particolarmente innovativa, limitandosi a ribadire che l'amministrazione penitenziaria ha "il compito di garantire ambienti adeguati alle limitazioni funzionali della persona", che consentano "l'accessibilità ai locali frequentati da detenuti e/o operatori disabili" e la libera ed autonoma circolazione all'interno dell'istituto.

Merita invece di essere sottolineato che si prevede e si sollecita la predisposizione di "una camera di pernottamento adeguata per ogni circuito" sottolineando in tal modo che lo *status* giuridico del soggetto, e in particolare la sottoposizione a circuiti o regimi differenziati, non rileva e che deve essere attribuita preminenza alle esigenze di assistenza.

Così come meritano di essere segnalate le prassi che dovrebbero essere attuate all'ingresso in carcere di un soggetto con disabilità per comprendere le sue esigenze e verificare la disponibilità di celle idonee alla permanenza e l'accessibilità ai servizi e agli spazi. Il che –si raccomanda- dovrà essere fatto "nel più breve tempo possibile" per non incorrere in censure e possibili contenziosi. E tale è la preoccupazione che "si segnala l'opportunità di documentare con cura le situazioni che possano avere rilievo rispetto alla tutela dei diritti fondamentali della persona, nonché tutti gli interventi predisposti e attuati nei confronti del detenuto con limitazioni funzionali".

Anche per quel che riguarda l'assistenza sanitaria, nessuna previsione innovativa, così come in relazione al servizio dei "piantoni": l'innovazione è solo nella definizione "*care givers*", un mero *restyling* lessicale. È evidente che l'amministrazione penitenziaria si affida a circolari (già l'aveva fatto negli anni precedenti), senza tuttavia ottenere risultati concreti e soddisfacenti. Per questo suscita sconcerto che l'amministrazione citi decisioni della Corte edu al fine non di ottenere risultati tangibili, ma di evitare possibili contenziosi interni e ricorsi alla stessa Corte edu.

L'adeguamento agli *standard* pare dunque ancora una meta assai lontana, anche se la rilevazione delle presenze delle persone con disabilità e delle loro necessità potrebbe rappresentare un primo passo verso un processo almeno di sensibilizzazione.

Riferimenti bibliografici

Albano Alessandro, Picozzi Francesco, *Contrasti giurisprudenziali in materia di (misurazione dello) spazio detentivo minimo: lo stato dell'arte*, in www.archiviopenale.it

Autieri Daniele, Baldassarre Silvia, *Disabilità e carcere*, in www.leduecitta.it

Birkhoff Jutta Maria, Tavani Mario (2007), *Dalle menomazioni alle funzioni, dalle disabilità alle attività, dall'handicap alla partecipazione*, in *Difesa sociale*, pp.173-182.

Baldassarre Antonio (1989), voce *Diritti inviolabili*, in *Enciclopedia Giuridica*, vol. XI, Roma, pp. 1-43.

Brunetti Carlo, Ziccone Marcello (2004), *Manuale di diritto penitenziario*, La Tribuna, Piacenza.

Campiglio Cristina (2009), *Il principio di non discriminazione genetica nella recente prassi internazionale*, in Venturini Gabriella e Bariatti Stefania (a cura di), *Diritti individuali e giustizia internazionale*. Liber Fausto Pocar, Giuffrè, Milano, pp. 51-64.

Canepa Mario, Merlo Sergio (2010), *Manuale di diritto penitenziario*, 9^a ed., Giuffrè, Milano.

Carlassare Lorenza (1995), *Forma di Stato e diritti fondamentali*, in *Quaderni costituzionali*, pp. 33-66.

Carletti Cristiana (2014), *Parità, accesso, inclusione: i diritti delle persone disabili nella normativa convenzionale internazionale e nella definizione delle politiche di cooperazione allo sviluppo*, in *Scritti in memoria di Maria Rita Saulle*, Editoriale Scientifica, Napoli, pp. 281-308.

Cascini Francesco (2010), *Il carcere, i numeri, i dati, le prospettive*, in *Questione Giustizia*, 1, pp. 50-59.

Ceraudo Francesco, in De Donatis Vincenzo, Sagulo Orlando, a cura di, *Il divenire della medicina penitenziaria attraverso la conoscenza dello stato di salute della popolazione detenuta*, in www.ristretti.it.

Cesaris Laura (2011), *La salute nell'ordinamento penitenziario*, in Belvedere A, Riondato S., a cura di, *La responsabilità in medicina*, in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. Rodotà e P. Zatti, Giuffrè, Milano, pp. 1121-1152.

Cesaris Laura (2012), *Nuovi interventi della Corte europea dei diritti dell'uomo a tutela della salute delle persone detenute*, in *Rass.penit.crim.*, pp. 213-227.

Cesaris Laura (2015), *Commento all'art. 47-ter*, in Giostra Glauco, Della Casa Franco, a cura di, *Ordinamento penitenziario commentato*, V ed., Cedam, Padova, pp. 551-585.

Colapietro Carlo (2006), *La condizione dei carcerati*, in *Dir.soc.*, pp. 333- 374.

Colapietro Carlo (2011), *Diritti dei disabili e Costituzione*, Editoriale Scientifica, Napoli.

Eboli Valeria (2010), *Commento all'art.14*, in Marchisio Sergio, Cera Rachele, Della Fina Valentina, a cura di, *La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, Roma, Aracne, pp.187-196.

Di Gennaro Giuseppe, Breda Renato, La Greca Giuseppe (1997), *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Giuffrè, Milano, 9^a ed.

Dolso Gian Paolo (2012), *Commento all'art.14*, in Bartole Sergio, De Sena Pasquale, Zagrebelsky Valdimiro, a cura di, *Commentario breve alla Cedu*, Cedam, Padova, pp. 518-554.

Ferrara Rosario (1987), voce *Salute (diritto alla)*, in *Dig.disc.pubb.*, vol. XI, Utet, Torino, pp. 513-538.

Ferraresi Federica, *Un nuovo strumento per analizzare i molteplici aspetti della disabilità: la classificazione ICF*, in *www.educare.it*

Ferrieri Catia, *Carcere e disabilità: analisi di una realtà complessa*, in *www.ristretti.it*

Gori Gisella (2009), *Il Comitato europeo dei diritti sociali: il ruolo e l'azione dell'organo di controllo della Carta sociale europea*, in Bestagno Francesco, a cura di, *I diritti economici, sociali e culturali: promozione e tutela nella comunità internazionale*, Vita e pensiero, Milano, pp.193-204.

La Greca Giuseppe (1999), *Riordino della medicina penitenziaria*, in *Dir. pen. proc.* p. 1221 ss.

Gemma Gladio (1977), *Sterilizzazione e diritti di libertà*, in *Riv. trim. dir. proc. civ.*, pp. 247-269.

Giusti Giusto, Bacci Mauro (1991), *Patologia del detenuto e compatibilità carceraria*, Giuffrè, Milano.

Luciani Massimo (1991), *Salute, I Diritto alla salute, dir. cost. (voce)* (1991), in *Enc. giur.*, vol. XVII, Roma, pp. 1-14.

Mazziotti Manlio (1964), voce *Diritti sociali*, in *Enc. dir.*, vol. XII, Giuffrè, Milano, pp.802-807.

Morana Donatella (2002), *La salute nella Costituzione italiana, profili sistematici*, Giuffrè, Milano.

Montuschi Luigi (1976), *Commento all'art.32*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di Scialoja e Branca, Zanichelli, Bologna, pp.146-166.

Mortati Costantino (1961), *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Riv. inf. e malattie prof.* 1961, I, pp.1.

Mortati Costantino (1972), *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Scritti*, vol. III, Milano, pp. 435-446.

Olivetti Marco (2001), *Uguaglianza, Art. 26 Inserimento dei disabili*, in Bifulco Raffaele, Cartabia Marta, Celotto Alfonso, a cura di, *L'Europa dei diritti. Commentario alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, Bologna, il Mulino, pp. 204-209.

Orlandi Marianna (2013), *Detenzione (principi CEDU in materia di)*, voce, in *Dig. disc. pen.*, VII Agg., Utet, Torino, pp. 204-221.

Palmisano Giuseppe (2014), *La protezione dei diritti delle persone con disabilità nella Carta sociale europea*, in AA.VV., *Studi in memoria di Maria Rita Saulle*, Edizione Scientifica, Napoli, pp. 1171-1191.

Pugiotto Andrea (2014), *Il volto costituzionale della pena (e i suoi sfregi)*, in *www.penalecontemporaneo.it*.

Ranalli Daniela (2013), *Recenti interventi giurisprudenziali in tema di diritti dei detenuti*, in *Rass.penit. crim.*, pp. 181-194.

Relazione al Ministro della Commissione ministeriale per le questioni penitenziarie (nota anche come “Commissione Palma”) presentata il 25 novembre 2013, in <http://www.assemblea.emr.it/garanti/i-garanti/detenuti/documentazione/documentazione-1/giurisprudenza/documento-finale-dei-lavori-della-commissione-ministeriale-per-le-questioni-penitenziarie-201c-palma201d/view> .

Ruotolo Marco (2002), *Diritti dei detenuti e Costituzione*, Giappichelli, Torino.

Saule Maria Rita (1998), *Le norme standard sulle pari opportunità dei disabili*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.

Sarzotti Claudio (2002), *L'assistenza sanitaria: cronaca di una riforma mai nata*, in Anastasia Stefano, Gonnella Patrizio, a cura di, *Inchiesta sulle carceri italiane*, Carocci, Roma, pp. 109-121.

Seatzu Francesco (2009), *La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone disabili: diritti garantiti, cooperazione, procedure di controllo*, in *Diritti umani e diritto internazionale*, pp. 259-280.

Tripodina Chiara (2008), *Commento all'art.32*, in Commentario breve alla Costituzione, Crisafulli-Paladini-Bartole-Bin, a cura di, Cedam, Padova, 2^a ed., pp. 321-331.

Vencharutti Angelo (2011), *I diritti delle persone disabili*, in Canestrari Stefano, Ferrando Gilda, Mazzoni Cosimo Marco, Rodotà Stefano, Zatti Paolo, a cura di, *Il governo del corpo*, in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. Rodotà e P. Zatti, Giuffrè, Milano, pp. 1173 -1187.

Vencharutti Angelo (2014), *Sistema multilivello delle parti e divieto di discriminazioni per disabilità in ambito europeo*, in *La nuova giur. civ. com.*, 2, pp. 409-419.

Diritto alla salute e carcere dall'ottica della detenzione femminile

Maria Vittoria Valentino

Abstract: *L'articolo analizza il tema del diritto alla salute in carcere tra diritto vigente e vivente dall'ottica della soggettività femminile. La donna in carcere è stata prevalentemente presa in considerazione nel suo ruolo biologico di madre, attraverso norme che ne tutelassero i rapporti con la prole. L'appartenenza al genere femminile, invece, è significativa e deve essere presa in considerazione per poter comprendere il tema della tutela della salute delle donne in vinculis nelle sue molteplici sfaccettature. L'Autrice, quindi, auspica uno sguardo "nuovo" sul carcere femminile, che consenta di uscire da una prospettiva tipicamente androcentrica e di assumere un punto di vista idoneo a considerare tutte quelle peculiarità legate alle detenute donne, in modo da garantire a queste un ambiente rispettoso dei diritti umani e, in particolare, rispettoso del loro diritto alla salute.*

Parole chiave: *detenzione femminile, storia, maternità, tutela della salute, affettività, progetti di assistenza sanitaria specifici*

1. Premessa

La tematica del rapporto, da sempre conflittuale, tra trattamento penitenziario e riconoscimento dei diritti individuali fondamentali dei detenuti è un tema non nuovo e ricco di sfaccettature. Il panorama è ampio e articolato e dare un contributo riflessivo in materia è compito non semplice, visti gli innumerevoli aspetti e discipline coinvolte. Si è, pertanto, voluto volgere l'attenzione ad una peculiare identità della popolazione reclusa, facendo oggetto di indagine il diritto alla salute dell'universo carcerario femminile.

Il tema della tutela della salute negli istituti penitenziari assume una particolare connotazione con riguardo alla detenzione femminile. Quando si parla di detenzione femminile, infatti, paiono necessarie due fondamentali premesse: la prima, è che per poter comprendere il tema della salute delle donne in carcere in tutte le sue sfumature, è necessario assu-

mere un punto di vista idoneo a considerare le peculiarità ad esse legate; la seconda, è che il tema in oggetto non può esaurirsi nell'analisi della maternità vissuta all'interno degli istituti penitenziari, rappresentando questa un semplice sottoinsieme che interseca un frammento di realtà molto più esteso e complesso. Le donne *in vinculis* impongono una riflessione di più ampio respiro, riguardando una serie di aspetti essenziali strettamente connessi alla realtà penitenziaria quali: la questione (generale) della vita negli istituti di pena e delle condizioni di fatto della detenzione; il problema della formazione professionale degli operatori che entrano in contatto con le protagoniste della trattazione; la questione della territorialità della esecuzione della pena; l'importanza della dimensione affettivo-emotiva; il problema della scarsità e povertà di risorse messe a disposizione delle donne; l'esistenza di diritti da tutelare, primo fra tutti il diritto alla salute e la sua potenziale estensione nel contesto carcerario.

2. La detenzione femminile tra storia e attualità

La detenzione femminile affonda le sue radici negli istituti correttivi religiosi, all'interno dei quali il compito di gestire le condannate e di rieducarle era affidato alle suore. Si trattava, esattamente, di riformatori o di case penali femminili destinate ad ospitare soprattutto donne scappate di casa, vagabonde o meretrici, che erano ubicate in campagne isolate o in zone periferiche delle città. Questi istituti, retti e gestiti interamente da religiose, senza alcun segno di interventi statali, rappresentavano i predecessori del carcere femminile moderno. Come rilevato da alcuni, “si trattava di una gestione morbida della detenzione femminile in cui il carcere ha rappresentato un sostituto del controllo attivo in famiglia, che interveniva là dove la disciplina familiare falliva” (S. Rossetti, 2014, p. 127). La donna veniva percepita come un soggetto da “riportare sulla corretta via”, più che da punire e per farlo si utilizzavano la preghiera o attività lavorative come il cucito, la tessitura e la cucina.

Si noti che tali istituzioni segreganti non consentivano di tenere gli infanti: il bambino veniva tolto alla madre subito dopo il parto per essere affidato ad altro istituto, dando per scontata l'incapacità della donna a ricoprire il ruolo di madre. Tale scelta permase quasi fino alla fine del XX

secolo, legittimata dalla consapevolezza di una “diversità della donna, che nella prospettiva positivista del tempo si traduceva nell’asserzione della sua inferiorità, giustificava ed avallava coerentemente l’opportunità di un sistema penitenziario adeguato a tale diversità” (P. Massaro, 2011, p. 226)¹. Fu, infatti, la riforma penitenziaria del 1975 a porre fine a questo sistema differenziato di impronta religiosa, sacrificandolo con l’imposizione di un modello tipicamente maschile, volto al contenimento delle attitudini espressione di quello specifico genere. “Le riforme penitenziarie degli anni settanta e ottanta sconvolgono questo universo forse ancora di più, almeno nell’organizzazione, di quello maschile. Alle suore si sostituiscono le vigilatrici, in linea di principio reclusione femminile e reclusione maschile si avvicinano, la prima laicizzandosi, la seconda assumendo alcuni degli aspetti – le finalità della rieducazione così come dovrebbero essere perseguite dalle nuove figure di operatori penitenziari, educatori, assistenti sociali (molti dei quali non a caso donne) – associati alla prima” (T. Pitch, 1993, p. 64).

Così, finalmente, venne rivolta attenzione al microcosmo penitenziario femminile, attenzione alimentata anche dal movimento femminista, che rivendicava diritti civili e politici delle donne. Iniziarono veri e propri studi e ricerche sullo stesso, che assunsero notevole importanza intorno agli anni Ottanta-Novanta del secolo scorso².

Sicuramente, il filo conduttore di tutti gli studi in materia condotti sino ad oggi, è stata l’ambiguità di un’istituzione (pensata e creata al

¹ I primi studi sulla delinquenza femminile (cfr. C. Lombroso, G. Ferrero, 1927) hanno messo in rilievo le difficoltà di comprensione della stessa: la donna, infatti, in ragione della sua diversità biologica e psichica, non veniva vista come un essere umano capace di violare coscientemente e autonomamente le regole, ma una posseduta (per esempio una strega) o una malata di mente (un’isterica). “La donna delinquente, la donna colpevole, è sempre stata anche considerata macchiata dalle stigmate di aver abiurato, commettendo il reato, alla propria natura femminile tradizionalmente dedita alla maternità e alla cura; colpevole dunque, non soltanto di fronte alla legge scritta dagli uomini, ma anche verso quella di natura. La donna delinquente subiva, dunque, una doppia emarginazione sia perché colpevole, sia perché donna degenerare e, eventualmente, anche madre degenerare” (M. L. Fadda, 2010, p. 2).

² In materia, vennero condotte ricerche approfondite sulle condizioni delle donne che avevano commesso crimini, sulle cause che le avevano indotte a delinquere, sui reati da queste commessi, e in generale sulle difformità qualitative e quantitative della criminalità femminile rispetto a quella maschile (cfr. in proposito, G. Marotta, 1987).

maschile per disciplinare un universo del tutto femminile, imposta da un ordinamento penitenziario del tutto cieco alle differenze.

Come rilevato da alcuni, “le donne in carcere sono dimenticate, (...) più di quanto non lo sia l’universo maschile che affolla i penitenziari” (G. Zuffa, 2015, p. 96). L’ordinamento penitenziario, infatti, non dedica alcuna specifica disposizione alla detenzione femminile. Detta un *corpus* di norme che fanno parte di una “piattaforma comune”, cioè una serie di norme plasmate sull’universo maschile. Vi sono solo alcuni riferimenti alle donne, del tutto sporadici e in ordine sparso, con uno sguardo rivolto prevalentemente a colei che si trovi nella condizione di madre.

Basti pensare all’art. 11, co. 8, l. n. 354/1975, il quale prevede che “in ogni istituto penitenziario per donne sono in funzione servizi speciali per l’assistenza sanitaria alle gestanti e alle puerpere”. In tale prospettiva l’art. 19, co. 1, l. n. 354/1975 precisa, in ordine al profilo sanitario, che le detenute siano assistite da “specialisti in ostetricia e ginecologia, incaricati o professionisti esterni”, che il parto avvenga “preferibilmente in un luogo esterno di cura” e che “professionisti specialisti in pediatria” curino l’assistenza sanitaria dei bambini che le madri detenute tengono con sé (in proposito, cfr. Corte eur. dir. uomo, sez. V, 24 marzo 2016, *Korneykova and Korneykov v. Ukraine*, n. 56660/12).

L’art. 11, co. 9, l. n. 354/1975 specifica poi come, per favorire il rapporto madre-bambino, alla prima sia consentito tenere presso di sé i figli fino all’età di tre anni, tramite un servizio di appositi asili nido che, insieme ai reparti ostetrici devono, di norma, essere organizzati presso le sezioni femminili o comunque presso gli istituti.

Tuttavia, il riferimento normativo deve essere coordinato con le modifiche apportate dalla legge n. 62 del 21 aprile 2011, (“Modifiche al codice di procedura penale e alla legge 26 luglio 1975, n. 354”), la quale ha emendato il co. 4 dell’art. 275 c.p.p. e ha introdotto il nuovo art. 285-bis c.p.p., in materia di esecuzione della custodia cautelare in istituto a custodia attenuata (c.d. ICAM).

Più precisamente, il nuovo *dictum* legislativo di cui all’art. 275, co. 4, c.p.p. statuisce che la custodia cautelare in carcere non possa essere né disposta né mantenuta, salvo che sussistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza, quando imputata sia una donna incinta o madre di prole di età non superiore a sei anni con lei convivente, elevando così il limite

di età dell'infante rispetto al passato. Il distacco forzato dalla madre avverrà dunque a sei anni, anziché a tre, ma non per questo rappresenterà un momento meno doloroso, risultando, il più delle volte, incomprensibile al bambino e vissuto dalla madre come prevaricazione. La norma in questione, dunque, assegna prevalenza alle esigenze genitoriali e di educazione dei figli rispetto a quelle cautelari.

Si osservi come ciò determini un notevole incremento del numero dei bambini all'interno delle strutture penitenziarie, la cui presenza richiede asili nido funzionanti all'interno delle stesse. Sotto un profilo organizzativo, le stanze occupate da donne gravide o madri con bambini devono essere aperte e devono essere organizzate attività ricreative e formative all'interno dell'istituto o all'esterno presso gli asili nido presenti sul territorio (*ex art.* 19 co. 5-6, d.P.R. 230/2000)³.

Si è così consolidato quel fenomeno che prende il nome di “carcerizzazione di infante”, caratterizzato dall'anteporre il rapporto madre-figlio durante il primo periodo di vita, facendo scivolare in secondo piano l'interesse di quest'ultimo ad una crescita equilibrata la quale avviene in un contesto desocializzante e inadeguato qual è quello carcerario⁴. Il rapporto non è infatti “solo duale, madre-figlio, ma si compone necessariamente di un terzo elemento altrettanto importante, l'ambiente” (M. L. Fadda, 2010, p. 5). Si tenga, tuttavia, conto che la donna detenuta, qua-

³ Si è osservato che gli asili nido “dovrebbero disporre di spazi verdi e comprendere almeno due stanze ad un posto letto e culla dotate di wc, cucinino, sala giochi, servizi igienici e locali pulizie, cortile esterno arredato con giochi, ma che nella maggior parte dei casi si presentano come un grande ambiente colorato, fornito solo di qualche gioco per i bambini” (P. Massaro, 2011, p. 240).

⁴ In merito ai problemi dei bambini “prisonizzati”, si è rilevato che “lo sviluppo del bambino in carcere è caratterizzato da problemi che (...) sono legati all'ambiente, alle alterazioni del rapporto affettivo condizionato dal carcere come istituzione chiusa, dal rapporto simbiotico con la madre” (G. Biondi, 1994, p. 85); che “il rapporto madre e figlio può essere squilibrato per un atteggiamento iperprotettivo ed esclusivo che ella mette in atto, a sua volta indotto dalla coercizione del contesto. Vengono segnalati anche alcuni effetti patologici ambientali sul bambino che vanno da una irrequietezza che può essere anche molto pronunciata, a crisi di pianto frequenti e immotivate; frequente è la difficoltà ad addormentarsi e a mantenere il sonno, con risvegli bruschi nella notte; inappetenza e significative variazioni di peso sia in eccesso che in difetto sono anch'esse frequenti. Difficilmente rilevabile è il danno emozionale e relazionale” (S. Libianchi, 2001, p. 195).

lora disponga di una rete familiare esterna a cui affidare il proprio figlio, preferisce evitare la suddetta via in modo da dare alla propria prole una soluzione alternativa al carcere.

Inoltre, il nuovo art. 285-*bis* c.p.p. stabilisce che, qualora le esigenze cautelari di eccezionale gravità lo consentano, l'autorità giudiziaria può disporre nei confronti dei soggetti appena citati che la detenzione avvenga presso gli ICAM cui le detenute madri possono venire assegnate insieme ai loro piccoli, contemperando in questo modo esigenze di sicurezza collettiva.

L'ICAM⁵, dunque, trova applicazione quando sussistono situazioni in cui per motivi d'indagine, per il reato specifico commesso o per altre specifiche situazioni non sia possibile inserire madre e bambino in quelle strutture alternative previste dalla legge.

Questa scelta legislativa è orientata a preservare tanto la relazione madre-bambino (o relazione padre-bambino, nei casi in cui la legge lo equipara alla madre), quanto l'interesse dell'infante ad una crescita mag-

⁵ Si noti che la disposizione trova applicazione a far data dalla completa attuazione del piano straordinario penitenziario, e comunque a decorrere dal 1 gennaio 2014, fatta salva la possibilità di utilizzare i posti già disponibili a legislazione vigente presso gli istituti a custodia attenuata. Il primo modello di ICAM è sorto a Milano nel dicembre 2006. Ad oggi, è presente anche a Venezia, a Cagliari ed a Torino. L'ICAM "non ha rappresentato soltanto un intervento di tipo umanitario, ma anche un esperimento in corso di carcere diverso (...); la logica che ha ispirato l'Istituto a Custodia Attenuata è stata (...) una logica di tipo orizzontale dove tutti, operatori e reclusi, si assumono con trasparenza la responsabilità di una vita in comune in cui le regole e le scelte sono condivise consapevolmente, così come i dissensi e le difficoltà, in vista di un obiettivo prioritario, consentire un rapporto madri-figli il più possibile sereno ed evitare la regressione/deresponsabilizzazione della detenuta" (M. L. Fadda, 2010, p. 7). Tuttavia, si tenga presente quanto messo in rilievo dal Documento Finale degli Stati Generali dell'Esecuzione penale (datato 18 aprile 2016): "Quanto agli ICAM, può essere il caso di sottolineare che, pur trattandosi di soluzione assai preferibile al carcere, tuttavia non deve essere considerata come un traguardo finale. Non bisogna infatti dimenticare che, se si esclude l'ipotesi della concessione di una misura alternativa, la vera priorità emergente dalla l. 21 aprile 2011, n. 62 è quella della utilizzazione della casa-famiglia protetta, un ambiente che si fa preferire perché non ha nulla in comune con le strutture detentive, sia pure a custodia attenuata. Purtroppo non si può non ricordare la clausola di invarianza finanziaria di cui all'art. 4 co. 2 l. 62/2011, clausola che di fatto blocca le convenzioni con gli Enti locali e, di riflesso, rende quanto mai problematica l'apertura delle case-famiglia".

giormente equilibrata, tramite la creazione di un luogo *ad hoc* che presenti regole di vita e organizzazione del tempo diverse dal carcere ordinario. Gli ICAM danno vita, infatti, ad un modello operativo di tipo comunitario, con sistemi di sicurezza non visibili dal bambino, quali l'assenza di sbarre e la presenza di agenti penitenziari in borghese, che girano con vetture prive di segni di riconoscimento. Come si è osservato, "la logica della struttura è quindi opposta a quelle tradizionali, anche europee, perché l'allocazione è fuori dal carcere tradizionale. Questa caratteristica rende la struttura unica, in Italia e in Europa" (G. Di Rosa, 2009, p. 4906).

Altre disposizioni del reticolato normativo vigente prendono in considerazione la donna tra le pareti del carcere, ma sempre solo facendo riferimento alla gravidanza e alla maternità, ritenendo, peraltro, quale obbiettivo prioritario la tutela del minore rispetto a quello della madre.

Per quanto concerne la fase esecutiva del procedimento penale, l'ordinamento giuridico prevede due diverse tipologie di strumenti giuridici, che rispondono alla necessità di salvaguardare alcuni dei valori fondamentali dell'individuo, quali la salute e la dignità umana: si tratta del differimento dell'esecuzione della pena, disciplinato nel codice penale agli artt. 146 e 147 c.p. e della misura alternativa della detenzione domiciliare, la cui normativa è contenuta nell'art. 47-ter l. n. 354/1975.

Gli artt. 146, co. 1, n. 1-2 e 147, co. 1, n. 3, c.p. prevedono, rispettivamente, il rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena per la "donna incinta o madre di infante di età inferiore ad anni uno"⁶ e il rinvio facoltativo "se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita nei confronti di madre di prole di età inferiore a 3 anni". Come è stato rilevato da attenta dottrina, in tale ultima ipotesi la difficoltà per il giudice sta nel "trovare un punto di equilibrio fra il diritto della madre a

⁶L'originaria formulazione dell'art. 146 c.p. contemplava l'obbligatorietà del rinvio nei confronti di donna incinta ovvero di quella che avesse partorito da meno di sei mesi. Attraverso l'art. 1, l. n. 40 dell'8 marzo 2001, il testo della disposizione in esame è stato modificato e la tutela della maternità è stata notevolmente ampliata. Per la precisione, immutata è rimasta la prima ipotesi di differimento obbligatorio concernente la donna incinta, qualunque sia lo stato di gravidanza; la seconda fattispecie, invece, è stata modificata, nel senso che è stata estesa a ricomprendere le madri di infanti con meno di un anno di vita, al fine di consentire alla donna una maggior tutela dei bisogni naturali e primari del bambino.

esercitare il proprio ruolo di genitrice, assistendo materialmente e moralmente il minore, e le esigenze di difesa sociale” (T. Giacobbe, 2014, p. 93). Nella logica all'interno della quale prende forma, il legislatore ha, dunque, pensato di dettare una presunzione di incompatibilità con l'esecuzione della pena, che trova giustificazione tanto nella salvaguardia della condizione della donna, quanto nella protezione del minore e del suo sviluppo psicofisico (cfr. Corte cost., 8 maggio 2009, n. 145).

Accanto a questi istituti si pone l'art. 47-ter, co. 1, lett. a), l. n. 354/1975, prevedendo, in piena aderenza con quanto stabilisce la nostra Carta costituzionale a protezione della maternità, dell'infanzia e della gioventù, la possibilità per le madri (e per i padri nei casi stabiliti dalla legge) di accedere alla detenzione domiciliare, quando la pena detentiva inflitta (anche residua) non sia superiore ai quattro anni e si tratti di donna incinta o di madre di prole di età inferiore ad anni dieci, con lei convivente (cfr. Corte cost., 5 dicembre 2003, n. 350). L'età del minore, peraltro, nel corso degli anni ha subito un innalzamento graduale (dapprima è stata elevata a cinque anni con la legge n. 296 del 12 agosto 1993, e successivamente a dieci anni con la legge n. 165 del 27 maggio 1998), consentendo così di ampliare la portata applicativa della misura alternativa⁷.

Inoltre, la legge n. 40 dell'8 marzo 2001, (c.d. legge Finocchiaro, intitolata “Misure alternative alla detenzione a tutela del rapporto tra detenute madri e figli minori”) ha previsto per le condannate madri (nonché per i padri nei casi stabiliti dalla legge) la possibilità di accedere alla detenzione domiciliare speciale *ex art. 47-quinquies* l. n. 354/1975, qualora le stesse abbiano espiato almeno un terzo della pena ovvero dopo quindici anni se ergastolane, sempre che non sussista, in concreto, il pericolo di reiterazione di condotte criminose e sempre che vi sia la possibilità di ripristinare la convivenza con la prole. Più precisamente tale disposizione, riformulata dalla citata legge del 2011, trova i suoi grimaldelli applicativi nei confronti delle detenute, madri di bambini di età inferiore a dieci

⁷ Come rilevato da alcune voci della dottrina, “se in passato si era ritenuto che la soluzione adottata mirasse a risolvere i problemi legati alla permanenza in carcere di soggetti in tenera età in una fase delicata del loro sviluppo psico-fisico, sottraendoli alle influenze nefaste dell'ambiente carcerario, l'innalzamento dell'età suscita qualche perplessità, perché la misura, benché diretta a tutelare i minori, appare un *escamotage* per evitare il carcere” (L. Cesaris, 2015, p. 553).

anni, che non presentino *curricula* giudiziari ex art. 4-*bis* l. n. 354/1975, a cui viene data la possibilità di espriare la pena presso gli ICAM, oppure se non sussiste il concreto pericolo di commissione di ulteriori delitti, nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora ovvero in un luogo di cura, di assistenza o di accoglienza, al fine di provvedere alla cura e all'assistenza dei figli⁸. La *ratio* della norma è evidentemente quella di “predisporre un ulteriore strumento normativo di tutela per le condannate madri di prole di età inferiore ai dieci anni, al fine di evitare che l'espiazione della pena, nelle tradizionali forme della coercizione segregante, influisca negativamente sul rapporto madre-figlio condizionando, spesso in maniera irreparabile, lo sviluppo del minore in una fase particolarmente delicata della sua crescita” (P. Canevelli 2001, p. 807).

Si noti che, non di rado, la detenzione domiciliare (nella sua duplice veste, ordinaria e speciale) può risultare, in concreto, di difficile applicazione per chi non abbia un domicilio certo e affidabile. Così l'art. 47-*ter*, co. 1, l. n. 354/1975, grazie alle modifiche introdotte dalla legge n. 62 del 21 aprile 2011, prevede che le detenute madri possano espriare le pene detentive (non superiori a quattro anni anche se residuo di maggior pena) in regime di detenzione domiciliare anche presso la nuova figura della casa-famiglia protetta. Si tratta di strutture residenziali, a volte anche autogestite, finanziate dai Comuni tramite cooperative sociali o associazioni di volontariato, che consentono di ospitare madri e figli. Le case famiglia-protette si propongono

⁸ Si è sottolineato che “il ricorso all'espressione generica 'luogo di accoglienza' mira a consentire l'accesso alla misura anche a quei soggetti che, non disponendo di un luogo di dimora o di abitazione, e pur potendo essere ospitati in un centro di accoglienza pubblico o privato, sono stati finora esclusi dall'accesso alla misura. L'indeterminatezza dell'espressione 'luogo di accoglienza', che vuol sottolineare la funzione svolta più che individuare tecnicamente le strutture cui fare ricorso, sembra comportare uno spazio maggiore di intervento della magistratura di sorveglianza, che in tal modo potrebbe superare le difficoltà pratiche e scegliere il luogo ritenuto più idoneo all'applicazione della misura in relazione alle esigenze del caso concreto; (...) si inquadra in questa prospettiva il Progetto Nazionale di Accoglienza delle Donne detenute con figli predisposto dalla Caritas italiana insieme ai Centri diocesani Migrantes all'Ispettorato dei Cappellani delle carceri italiane; progetto che mira a costituire una rete di strutture di accoglienza disponibili su tutto il territorio nazionale e a predisporre un piano di intervento, che, tenendo conto della posizione giuridica delle detenute madri, delinei percorsi personalizzati in grado di garantire il reinserimento nella società” (L. Cesaris, 2016).

no, dunque, di costituire una valida alternativa al carcere nei casi in cui non sia possibile, per la donna reperire un domicilio idoneo. Tuttavia, si è rilevato come, ad oggi, si registri una sostanziale inesistenza di tali strutture (che sono quindi esistenti solo sulla carta) a causa della carenza di fondi a livello territoriale. Ma la realizzazione di tali strutture non può e non deve essere ulteriormente procrastinata, visto che, attualmente, sono molte le detenute recluse che si trovano nelle condizioni di poter scontare il residuo di pena nelle case famiglia protette insieme ai propri figli ed è proprio l'assenza di tali strutture ad impedire la fruizione della detenzione domiciliare⁹.

All'interno del quadro riformatore dettato dalla legge n. 40 dell'8 marzo 2001, ha visto la luce anche un nuovo istituto, ovvero l'assistenza all'esterno dei figli minori, di età non superiore ad anni dieci, disciplinato dall'art. 21-*bis* l. n. 354/1975, concedibile quando non sussistano i presupposti applicativi delle altre misure poste a tutela del rapporto genitori-figli. La *ratio* è evidentemente quella di prevedere un ulteriore strumento volto a salvaguardare il più possibile la relazione madre-bambino, evitando l'interruzione della funzione materna nel corso dell'evoluzione di quest'ultimo e sopperendo così ai casi di inapplicabilità delle altre misure alternative. In altre parole, la scelta legislativa è quella di consentire al minore di avere la madre accanto quasi tutti i giorni senza essere costretto ad attendere i colloqui mensili.

All'esigenza di salvaguardia del minore, risponde anche l'art. 21-*ter* l. n. 354/1975, che rientra tra le nuove disposizioni introdotte con la legge n. 62 del 21 aprile 2011. Tale disposizione è volta a garantire una più ampia tutela ai minori figli di genitori detenuti, specie sotto lo specifico profilo del diritto alla salute, e ad assicurare la presenza materna (e paterna) consentendo al genitore di recarsi a far visita al figlio minore "in caso di imminente pericolo di vita o di gravi condizioni di salute". Proprio perché ispirata a ragioni prettamente umanitarie, la disciplina contenuta nell'articolo in esame è immediatamente applicabile a differenza di quanto previsto dalla stessa legge n. 62 del 21 aprile 2011 per altri istituti, la cui operatività è subordinata alla "completa attuazione del piano carceri" oppure è rinviata agli inizi del 2014.

⁹Tuttavia, a breve Roma potrà contare sull'apertura di una casa famiglia protetta, in quanto il Comune ha individuato una casa idonea tra gli edifici sequestrati alla criminalità organizzata (F. Danese, 2016).

Un accenno, infine, va fatto alla misura della semilibertà di cui all'art. 50, co. 7, l. n. 354/1975, che consente alla detenuta madre di un figlio di età inferiore ai tre anni, qualora ne sussistano i presupposti, di usufruire delle speciali case di semilibertà, secondo la disposizione dell'art. 101, co. 8, d.P.R. 230/2000. Tuttavia, come sottolineato da alcuni autori (G. Casaroli, 1987, p. 300), se la detenzione domiciliare risponde alla finalità di salvaguardare il rapporto madre-figlio, la semilibertà mira soprattutto ad esaltare la valenza rieducativa della misura in esame.

In sintesi, si tratta di una serie di istituti che cercano di valorizzare, anche in carcere, diritti come la genitorialità e l'affettività, in modo da rendere il carcere stesso un luogo conforme a Costituzione (in particolare, agli artt. 29-30-31 Cost.).

In questo orizzonte, emerge con evidente immediatezza non solo come l'attenzione del mondo carcerario sia rivolta essenzialmente alla donna nel suo ruolo biologico di madre, ma anche come il carcere, alla luce della disciplina vigente, sia un luogo pensato e strutturato per ospitare principalmente individui di sesso maschile. Alcuni correttivi sono rappresentati dall'art. 14, co. 6, l. n. 354/1975 – che dispone che “le donne sono ospitate in istituti separati o in apposite sezioni di istituto” – e dall'art. 42-*bis*, co. 2, l. n. 354/1975 in materia di traduzioni – il quale statuisce che “le traduzioni dei detenuti e degli internati adulti sono eseguite, nel tempo più breve possibile, dal corpo di polizia penitenziaria, con le modalità stabilite dalle leggi e dai regolamenti e, se trattasi di donne, con l'assistenza di personale femminile” – i quali prendono in considerazione la donna in quanto tale. La medesima percezione si ha dalla lettura di alcune norme del Regolamento di esecuzione (d.P.R. n. 230 del 30 giugno 2000): in particolare degli artt. 7 (in materia di servizi igienici, visto che solo alle donne viene concesso il *bidet* di cella), 8 (in materia di igiene personale, laddove si afferma che “gli oggetti necessari per la cura e la pulizia della persona sono indicati con specifico riferimento alla loro qualità e quantità in tabelle, distinte per uomini e donne, stabilite con decreto ministeriale” e che per le donne sono organizzati “servizi di parrucchiere, di cui possono usufruire periodicamente secondo le necessità”) e 9 (in materia di vestiario e corredo: “gli oggetti che costituiscono il corredo del letto, i capi di vestiario e di biancheria personale, nonché gli altri effetti di uso che l'amministrazione è tenuta a corrispondere ai detenuti e

agli internati, sono indicati, con specifico riferimento alla loro qualità in tabelle, distinte per uomini e donne, stabilite con decreto ministeriale”).

La questione della peculiarità femminile è stata, tuttavia, in parte affrontata con la realizzazione del “Programma Esecutivo d’Azione” (c.d. Pea n. 25/2005) con cui l’amministrazione penitenziaria ha cercato di dare una lettura ad ampio raggio circa il *modus vivendi* delle donne detenute, in modo da evidenziarne condizioni di vita e opportunità trattamentali loro offerte, oltre che di elaborare strategie di intervento.

Ma un vero traguardo rilevante è stato raggiunto con la circolare ministeriale 17 settembre 2008, n. 308268, che ha istituito il “Regolamento interno per gli istituti e le sezioni femminili”, declinando così al femminile la tematica della salute in carcere. La circolare ha comportato la formulazione e la divulgazione di un vero e proprio “Regolamento-tipo” (o “Schema di Regolamento”), appositamente concepito per gli istituti e le sezioni che ospitano donne detenute in modo da tenere conto delle peculiarità dell’esecuzione penale legate al genere femminile. Si tratta, come si legge nella circolare, di “un lavoro di sensibilizzazione finalizzato all’attivazione e alla costruzione di un impianto concettuale, metodologico e di intervento politico e sociale che riconosca e valorizzi la differenza di genere, così dando piena attuazione alle norme, nazionali ed internazionali, che tutelano i diritti delle persone ristrette”; di “un contributo alla modificazione dei modi e dei tempi della vita detentiva, in modo da avvicinarli ai bisogni della popolazione femminile, con particolare attenzione alla dimensione affettiva (art. 19 e 20), alle specifiche necessità sanitarie (art. 16, 23 e 25), al diverso rapporto con le esigenze della propria fisicità (art. 9, 10, 16 e 24) e alla necessità di offrire pari opportunità di reinserimento sociale (art. 30 e 33)”.

Così, sul piano del *drafting* normativo, il Regolamento ha dettato una serie di disposizioni rivolte alla cura della donna in quanto tale: si è prevista la disponibilità di specchi a tutta altezza, di assi e ferri da stiro, la possibilità di acquistare cosmetici (in precedenza consentiti solo in forza di autorizzazione del sanitario) e di fruire del servizio di parrucchiera¹⁰.

¹⁰ Tuttavia, c’è chi ha osservato che “le innovazioni introdotte, invece di dimostrarsi favorevoli ad un percorso di emancipazione femminile, sono andate ad alimentare una nuova forma di esercizio del potere di genere che ha rafforzato il *gap* già esistente e ha confermato, ancora una volta, la difficoltà che le istituzioni italiane presentano nell’elaborare schemi di azione e di pensiero autonomi dai meccanismi di dominio e prevari-

Un'influenza non meno importante va riconosciuta all'intelaiatura normativa predisposta da alcune fonti di carattere sovranazionale, le quali hanno cercato di dare maggiore concretezza alla dialettica maschile/femminile in carcere. L'interesse riservato dalla comunità internazionale al tema in esame si è concretizzato nell'adozione di un documento (intitolato "La salute delle donne in carcere: correggere la mancanza di equità di genere"), pubblicato nel 2009 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, riguardante le priorità in termini di salute per le donne in carcere. O ancora, nell'elaborazione delle "Regole delle Nazioni Unite relative al trattamento delle donne detenute ed alle misure non privative della libertà per le donne che delinquono" (note anche come *Regole di Bangkok*) del 2010: queste partono dall'imprescindibile premessa circa la sussistenza di una serie di differenze e peculiarità della situazione della donna nell'esecuzione penale, evidenziando la necessità di trattare diversamente alcuni aspetti legati appunto al genere femminile.

Inoltre, la relazione *Women in Prison and the Children of Imprisoned Mothers* stilata dal Quaker Council for European Affairs e Quaker United Nations Office del 2007, afferma che: "women and man are different. Equal treatment of men and women does not result in equal outcomes", precisando che le prigionie in tutto il mondo continuano a presentare un assetto tipicamente maschile.

A livello europeo, il 5 febbraio 2008 il Parlamento europeo ha predisposto un *Report* relativo alla situazione delle donne in carcere, prendendo in considerazione i loro diritti oltre che le differenze di genere. Da tale analisi, è scaturita l'adozione di una Risoluzione da parte del Parlamento europeo nel marzo 2008, avente ad oggetto le caratteristiche della popolazione detenuta femminile e l'impatto dell'incarcerazione dei genitori sulla vita sociale-familiare.

Nonostante lo scenario internazionale, dal 1975 sino ad oggi, il legislatore interno non si è mai adoperato per colmare una lacuna che da troppo tempo è presente nel nostro sistema: l'ordinamento penitenziario prosegue imperterrito la sua esistenza, del tutto insensibile alle peculia-

cazione di origine patriarcale" (S. Rossetti, 2014, p. 137). Infatti, "alla ricerca di una differenza femminile, l'Amministrazione penitenziaria ne individua, dunque, il luogo nel corpo della donna e nelle regole estetiche e igieniche che ne marcano il confine rispetto al corpo maschile, dimostrando in questo modo una linea di continuità con i mutamenti, le trasformazioni e gli aggiornamenti della tradizione patriarcale" (*ibidem*).

rità dell'identità femminile, continuando a prevedere un reticolato normativo troppo "deficitario" nei confronti della donna, soprattutto sotto il profilo del bene salute.

3. Uno sguardo alla realtà detentiva femminile in Italia

Orbene, mettendo mano a qualche dato si può, certamente, affermare che le donne delinquono molto meno rispetto agli uomini. La devianza del genere femminile, inoltre, si è mantenuta costante nel corso del tempo, oscillando sempre tra il 4% e il 5% del totale della popolazione carceraria. Si tratta di un dato che è rimasto pressoché invariato con il trascorrere degli anni e che, molto probabilmente, ha contribuito a suscitare nei confronti del fenomeno femminile una scarsa e non adeguata attenzione da parte delle istituzioni competenti¹¹.

Per la verità, rispetto al passato, si deve mettere in luce una caratteristica peculiare del carcere femminile oggi: l'aumento esponenziale delle donne migranti, in piena linea con l'aumento del numero di ingressi da parte di stranieri nel nostro Paese. Le straniere rappresentano circa il 40% delle donne reclusi e più che aggiungersi alle donne italiane, sembrano progressivamente sostituirsi ad esse. "Si tratta di un fenomeno complesso, analogo a quanto sta accadendo negli Stati Uniti, dove le donne di origine ispanica e asiatica stanno rimpiazzando progressivamente in carcere le donne di origine anglosassone, affiancandosi alla ormai dominante popolazione afroamericana" (M. Graziosi, 2016).

Per quanto riguarda i reati commessi, si annoverano soprattutto reati contro il patrimonio (furti, scippi) ovvero reati legati alle violazioni della normativa in materia di sostanze stupefacenti; le donne ai vertici di organizzazioni criminali rappresentano un numero ancora esiguo.

Una sembra essere la caratteristica tipica e costante della criminalità

¹¹ Il dato, peraltro, si presenta analogo a quello degli altri Paesi europei. Oggi le detenute donne ammontano ad un numero pari a 2285, di cui 37 detenute madri con figli al seguito (il dato delle presenze è estratto dalle statistiche del Ministero della Giustizia, aggiornato al 31 dicembre 2016, consultabile in www.giustizia.it). Il massimo della percentuale in termini di presenza delle donne negli istituti detentivi si è raggiunto nel 1992, con il 5,43%.

di stampo femminile. Dati empirici dimostrano come per le donne, molto più che per gli uomini, la scelta di delinquere non sia frutto di un'opzione individuale per un modello di vita fondato sull'illegalità, ma derivi piuttosto da una serie di fattori predittivi del comportamento criminale: dal fatto che le stesse spesso siano state vittime di reati, in particolare di abusi; dalla circostanza che si siano trovate a vivere in condizioni di marginalità sociale, sicché il reato non rappresentava per loro una semplice scelta di vita; dal fatto che abbiano avuto figure familiari di riferimento che hanno loro trasmesso, e a volte imposto, la commissione dei reati. Nella maggior parte dei casi, dunque, quando si parla di donne, si parla di personalità che vantano storie complesse, travagliate e non unicamente riconducibili all'atto che hanno commesso.

Le donne evadono meno, non sono propense alla violenza, danno maggiore fiducia circa la concessione di misure alternative alla detenzione, qualora ne ricorrano i presupposti.

Gli istituti penitenziari riservati in via esclusiva alla detenzione femminile presenti sul territorio nazionale sono soltanto cinque (Trani, Pozzuoli, Roma-Rebibbia, Empoli, Venezia Giudecca), mentre esistono cinquantadue reparti isolati all'interno di penitenziari maschili: si tratta di gruppi esigui che stentano a raggiungere le venti unità.

Dunque, nella maggior parte dei casi, le donne vivono in piccole sezioni femminili di grandi carceri maschili. Non si può non rilevare come questo dato strutturale, da un lato, comporti una serie di svantaggi. Riconoscere un carcere non separato dalla comunità maschile si concretizza, infatti, in una minore possibilità, per le donne, di accedere alle attività trattamentali e ciò in quanto la collocazione delle sezioni femminili in istituti maschili non consente di condividere con gli uomini le strutture. È stato, inoltre, osservato come, a fronte del limitato numero di donne detenute ci sia un disincentivo a destinare risorse volte all'attuazione di programmi significativi e come si tenda a non attuare investimenti per creare strutture – nuove e maggiormente adeguate – nelle sezioni femminili¹².

¹²Un'indagine sulla realtà carceraria femminile toscana ha fatto emergere come gran parte delle detenute lamentino di non riuscire a riempire il tempo trascorso in carcere con attività strutturate che consentano di attuare un progetto di vita futura; e anche ove attività culturali e ricreative siano presenti, spesso la frequenza è bassa, visto che la

Analoga problematica investe la possibilità, per le donne, di accedere al lavoro sia all'interno che all'esterno dell'istituto penitenziario. Non si deve dimenticare che il diritto al lavoro “rappresenta in concreto una delle cerniere più importanti tra il discorso sulla legalità costituzionale del carcere e la prospettiva della risocializzazione reale” (R. De Vito, 2015, p. 8). I percorsi lavorativi, costituiscono una grande risorsa di recupero nella logica penitenziaria, ma spesso non vengono attivati oppure quando ci sono, riguardano professioni con uno scarso reinvestimento nel mercato reale del lavoro (si tratta per lo più di attività interne al carcere come lavori di manutenzione e pulizia).

La scarsa territorializzazione delle strutture detentive femminili comporta, inoltre, una mancanza di legami con il lavoro locale, che potrebbe invece essere utilizzato anche al momento dell'ottenimento della semilibertà o di altre misure alternative; oltre che successivamente, a seguito dell'espiazione della pena, consolidando il rapporto lavorativo iniziato in carcere.

Parlare di lavoro e di attività rieducativo-trattamentali non è irrilevante in materia di salute in carcere, visto che il diritto alla salute è strettamente connesso al “benessere-quotidiano”, ossia alla soddisfazione di alcuni bisogni essenziali del soggetto, legati allo sviluppo e all'esercizio di competenze professionali: riempire il tempo trascorso con attività strutturate, capaci di aprire e fondare un progetto di vita futura è perfettamente in linea con l'art. 32 Cost. e con quella che dovrebbe essere la finalità rieducativa della pena *ex art. 27 Cost.*

Si riscontrano, tuttavia, anche dei risvolti positivi da tale situazione strutturale. La presenza “a macchia” sul territorio nazionale delle numerose sezioni femminili ubicate all'interno delle varie carceri maschili, infatti, comporta un grande vantaggio: consente la piena realizzazione del principio di territorialità dell'esecuzione della pena, cioè di soddisfare l'esigenza di una vicinanza della persona ai luoghi nei quali essa risiede insieme alla sua famiglia con la possibilità di tenere rapporti più costanti con la stessa. Inoltre, il numero esiguo di detenute che popolano le sezioni consente un clima di maggior vivibilità all'interno dell'istituto, permettendo di stringere rapporti più diretti e significativi con gli operatori.

tipologia dell'offerta è inadeguata in quanto non tiene conto della specificità femminile (cfr. S. Ronconi, G. Zuffa, 2014).

4. A proposito della salute in carcere

Alla luce di quanto detto sinora, emerge come l'appartenenza al genere femminile sia significativa e debba essere presa in considerazione, in modo da assicurare alle detenute donne un ambiente rispettoso dei diritti umani e in particolare rispettoso del loro diritto alla salute.

A fronte di ciò, emerge l'impellente necessità che le stesse possano fruire di un'assistenza sanitaria adeguata, tanto nel caso in cui stiano scontando la pena in istituti interamente femminili, tanto nel caso in cui vivano nelle piccole sezioni femminili di istituti maschili. L'assistenza sanitaria deve essere in grado di soddisfare quelle esigenze primarie e specifiche del sesso femminile e deve consentire quanto più possibile l'attuazione di quella che è stata definita la c.d. medicina di genere¹³, più aderente alle caratteristiche della salute delle donne e più attenta ai bisogni e alle esigenze del genere femminile.

Quindi, l'appartenenza all'uno o all'altro sesso, dal punto di vista della salute, sia curativa che preventiva, risulta decisiva. L'essere uomo o donna, infatti, condiziona sia l'insorgenza che il decorso delle malattie; spesso dà luogo a sintomi e risposte ai farmaci molto diverse fra loro (visto che il corpo maschile/femminile assorbe, metabolizza il farmaco in modo diverso e questo conseguentemente agisce in maniera differente sull'uno e sull'altro); comporta un impatto diverso in merito ai fattori di rischio di insorgenza delle malattie. Inoltre, è riduttivo pensare che la salute della donna sia prevalentemente messa a rischio da patologie ginecologiche e riproduttive.

Si è osservato come le donne tendano a richiedere un numero di servizi sanitari superiore rispetto agli uomini: e questo in virtù del fatto che tra uomini e donne c'è non solo una diversità biologica, che le espone

¹³ “La medicina di genere non è quindi una nuova specialità, è una necessaria e doverosa dimensione interdisciplinare della medicina che vuole studiare l'influenza del sesso e del genere sulla fisiologia, fisiopatologia e patologia umana, vale a dire su come si instaurano, quali sono i sintomi, come si fa la prevenzione, come si curano le malattie negli uomini e nelle donne. (...) Molte Regioni hanno inserito nel proprio Progetto Socio Sanitario Regionale la medicina di genere, in particolare Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Marche e Puglia. A Padova l'Università degli Studi ha fondato la prima cattedra in Italia (e seconda in Europa) di Medicina di genere” (G. Baggio, 2015, p. 41).

maggiormente ad alcuni tipi di malattie, ma anche una differente fragilità fisica ed emotiva. Ed è soprattutto quest'ultima a contraddistinguere la specificità della detenzione femminile, ovvero l'importanza data alla dimensione affettivo-emotiva, che è al primo posto per le donne. La donna presenta, infatti, una maggiore difficoltà nell'accettazione della detenzione, che viene vissuta in modo "più traumatico" e con un maggior ripiegamento su se stessa rispetto all'uomo, cosa che, tra l'altro, la allontana da una dimensione collettiva di partecipazione alla vita dell'istituto. Presentando esigenze non solo fisiche, ma anche affettive ed emotive, le detenute diventano protagoniste di relazioni interrotte, separazioni, distacchi coatti dal resto della famiglia e in particolare dai propri figli¹⁴. "Per queste ragioni l'ingresso in carcere costituisce per la donna un'esperienza lacerante, assai più che per l'uomo e fonte in molti casi di gravi difficoltà di adattamento" (G. Russo, 2003, pp. 131-132).

Tutto questo ha inevitabilmente un forte impatto anche in termini di salute, in quanto il corpo femminile somatizza le emozioni negative che lo stato di detenzione comporta: si riscontrano spesso disturbi psicosomatici come quelli ginecologici, frequenti soprattutto nella prima fase della detenzione; la maternità in particolare può essere fonte di disturbi fisici (quali alterazioni del ciclo mestruale, cefalee, gastriti, disturbi del sonno) oltre che psichici (come momenti depressivi o tentativi autolesionistici), i quali sono generati dal senso di lontananza dai figli, o in caso di convivenza con gli stessi, dal senso di colpa nel dare loro una vita da reclusi. E tutto questo incide, senza dubbio, anche sul sistema nervoso provocando danni a livello gastrointestinale, all'apparato cardiocircolatorio, al sistema cutaneo e scheletrico, nonché disturbi dell'alimentazione.

¹⁴ Sulla base di una ricerca, tesa a valutare gli effetti della carcerazione sulla donna in ordine al proprio ruolo materno, si è affermato che "per la donna il distacco dal bambino acquista una serie di significati emotivi e razionali che spesso si confondono e raggiungono livelli di intensità molto alti. Non vedere il bambino, sapere poco o nulla dell'ambiente in cui sta crescendo, immaginarlo oggetto di minor amore rispetto a quello che potrebbe essere da lei fornito, da un lato favorisce meccanismi di idealizzazione, e dall'altro comporta un aumento di paure e dei sensi di colpa, con progressivo affievolirsi degli aspetti di realtà. La relazione, sempre parziale, viene così sovradeterminata dal forte investimento emotivo" (A. Luzzago, W. Bolognesi, G. L. De Fazio, W. C. Donini, S. Pietralunga, 2003, p. 316).

Lo stato di detenzione influisce, così, sul corpo rendendolo più attaccabile e facendo dello stesso “un portavoce” delle difficoltà che la privazione della libertà comporta.

Valgono poi una serie di considerazioni generali per cui i medici che operano in carcere, si trovano a confrontarsi con alcune patologie specifiche e con comportamenti difficilmente riscontrabili nella vita esterna: si pensi al ricorrente fenomeno dell’autolesionismo, ai tentativi di suicidio – molto più frequenti tra la popolazione detenuta che tra quella libera – alla poli-tossicodipendenza, all’abuso o uso improprio di farmaci legali, soprattutto da parte di giovani donne (riscontrato già all’ingresso in carcere), alla simulazione della malattia.

Dunque, nell’ottica di un intervento riformatore tra le figure che non dovrebbero mai mancare in un carcere femminile devono annoverarsi: una ginecologa, la cui presenza consentirebbe di effettuare quegli esami diagnostici di *routine* (quali *pap test*, mammografia, *screening* globale); un’ostetrica, che, in generale, assista le donne durante tutta la fase della gestazione; la presenza di un medico donna in tutte le sezioni femminili, che consentirebbe anche il rispetto del senso del pudore, particolarmente importante per la donna.

Un altro tema fondamentale in materia di salute penitenziaria è il tema della prevenzione. La giusta direzione per combattere la malattia in carcere, infatti, è quella di agire su tale versante: la prevenzione dovrebbe essere un aspetto su cui concentrare maggiore attenzione, visto che ciò consentirebbe di assicurare una maggiore effettività alla tutela del diritto alla salute nell’ambiente carcerario.

Se nelle strutture segreganti si riscontra già di per sé una maggiore incidenza delle patologie rispetto alla popolazione libera, in tale contesto viene pressoché a mancare una tutela preventiva della salute: parlare di prevenzione in questo ambiente significa creare le condizioni necessarie per cercare di arginare il più possibile la diffusione delle malattie all’interno delle carceri. E quindi vuol dire preoccuparsi che vengano modificati o tenuti precisi comportamenti quotidiani; realizzare un’adeguata campagna di informazione con continuità, al fine di consentire una corretta informazione dal punto di vista sanitario; avere la possibilità di diagnosticare tempestivamente le malattie da cui potrebbero essere affette le detenute, incentivandole a sottoporsi a *test* (quali quello per l’Hiv

o per le epatiti); o ancora effettuare *screening* – periodici e non saltuari – relativi alla prevenzione di quelle malattie tipicamente femminili (quali il cancro alla mammella o all'utero).

In tale ottica si colloca l'art. 25 del Regolamento interno prima citato, il quale, imponendo che il servizio sanitario venga organizzato tenendo conto delle problematiche peculiari della donna, richiede che vengano assicurati interventi regolari e periodici dei consultori e dei presidi sanitari che si occupano di medicina preventiva (mammografia, ecografia mammaria, *pap-test*, colonscopia).

Inoltre, si è rilevato come il momento in cui la salute della donna sembra essere più a rischio sia quello dell'uscita dal circuito penitenziario: una volta fuori dal carcere non solo si riprendono le vecchie abitudini di vita, ma sulle donne tornano a ricadere tutte le responsabilità familiari, sicché è più difficile concentrarsi sulla cura di se stesse. Pertanto, per chi è riuscita a curarsi ed è stata seguita nel corso della detenzione, sarebbe necessaria un'immediata presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale, anche attraverso il semplice metodo della prenotazione di visite di controllo.

Un accenno va fatto anche alla dimensione affettiva, anch'essa strettamente collegata al profilo salute. Questa, infatti, occupa una posizione strumentale nella protezione e conservazione di tale bene, rientrando nel ventaglio di quelle situazioni soggettive riconducibili al soddisfacimento del benessere psicofisico del soggetto. La valorizzazione dei legami personali – che si scontra non di rado con le esigenze punitive tipiche del contesto carcerario – assume una posizione di preminenza con riguardo, non solo alla salvaguardia della salute psicofisica della persona reclusa, a cui dev'essere assicurata la possibilità di avere contatti con i propri affetti, ma anche in vista della ricostruzione del suo percorso individuale (cfr. Corte cost., 6 agosto 1979, n. 114; Corte cost., 28 luglio 1993, n. 349; Corte cost. 8 febbraio 1999, n. 26). Si parla, a tal proposito, di “diritto all'affettività”, “inteso come possibilità di coltivare in senso ampio i rapporti che conformano la sfera intima dell'individuo”. Si tratta, invero, di “un diritto direttamente incidente sul corpo della persona ristretta, la cui mancata garanzia incide significativamente sulle condizioni psicofisiche, comprimendo gli aspetti più intimi della sfera di garanzia posta dal dettato costituzionale a tutela della dignità umana” (S. Talini, 2015).

Il soggetto *in vinculis* non è, tuttavia, libero di modellare autonomamente le relazioni interpersonali, essendo la legge penitenziaria a stabilire quali siano i legami meritevoli di protezione e a definire i tempi e le modalità di godimento. Più precisamente, il contesto normativo di riferimento è costituito, *in primis*, dall'art. 15, l. n. 354/1975, il quale dispone che "il trattamento del condannato e dell'internato (...) è svolto agevolando opportuni contatti con il mondo esterno ed i rapporti con la famiglia", e dall'art. 28, l. n. 354/1975, il quale statuisce che una particolare cura dev'essere dedicata a "mantenere, migliorare o ristabilire le relazioni dei detenuti e degli internati con le famiglie"¹⁵. Come rilevato da alcuni, tale ultima disposizione "si fonda sulla consapevolezza che la famiglia costituisce un valore affettivo di primaria rilevanza da tutelare in qualunque contesto, anche in quello penitenziario; un elemento primario della personalità umana che non può essere irrimediabilmente compromesso dal distacco imposto dalla detenzione" (F. Siracusano, 2015, p. 330).

Tra gli strumenti principali per mantenere i rapporti familiari ci sono i colloqui, la corrispondenza telefonica ed epistolare e i permessi. In particolare questi ultimi rappresentano la forma di contatto più diretta con il nucleo familiare, consentendo l'uscita del soggetto dalla struttura carceraria.

Orbene, nei confronti delle donne sarebbe opportuno operare un generale ripensamento della normativa in tema di affettività, dando loro la possibilità di vivere più apertamente la sfera degli affetti, aumentando la qualità dei contatti con i propri familiari. A ciò potrebbe contribuire anche l'utilizzo di nuove tecnologie come *Skype*, che consentirebbe di vedere più spesso i propri figli e di mantenere il contatto con i familiari impossibilitati a raggiungere l'istituto per motivi economici o di salute.

Nelle maglie della materia dell'affettività si inserisce anche la questione, complessa e delicata oltre che maggiormente connessa con il profilo della salute, della sessualità dei detenuti. In termini generali, la sessualità è intesa quale "forma di espressione fondamentale della natura umana" (F. Fiorentin, 2010, p. 2824), oggetto di un vero e proprio diritto fondamentale della persona nell'ottica di quanto disposto dall'art. 2 Cost.

¹⁵ Si noti, tuttavia, come altre siano le previsioni riconducibili al mantenimento dei rapporti familiari all'interno del reticolato normativo penitenziario (si pensi agli artt. 29, 44, 57, 75, l. n. 354/1975).

A tal proposito, il dato forse più importante da evidenziare è che nel vigente ordinamento penitenziario, tra le diverse norme poste a tutela delle relazioni affettive, nessuna prende in considerazione l'espressione "fisica" dell'affettività. E questo sottende la scelta silenziosa del legislatore di negare il diritto all'affettività nella sua componente fondamentale dei rapporti sessuali e di optare piuttosto per un'astinenza sessuale coatta.

In carcere, nessun riconoscimento è dato alla libertà sessuale: l'astinenza sessuale è prevista per tutti i detenuti, uomini o donne, giovani o adulti, coniugati o meno, quale conseguenza automatica della reclusione.

La sola misura presente nel sistema che consente di entrare in contatto con il proprio *partner* (coniuge, convivente, o comunque terze persone con cui il detenuto ha un certo legame) rispondendo a tale esigenza, è il permesso premio di cui all'art. 30-ter l. n. 354/1975: la sua finalità può essere sicuramente quella di soddisfare ragioni affettive, ma la sua fruizione, stanti i relativi presupposti soggettivi ed oggettivi, resta in fatto preclusa a larga parte della popolazione carceraria¹⁶.

¹⁶ Vista l'importanza del tema, sino ad oggi, si è confidato in una svolta in chiave innovativa da parte del legislatore sulla materia, in linea con la disciplina adottata in altri ordinamenti europei, che autorizzano i c.d. "permessi d'amore". Cfr. Corte cost., 19 dicembre 2012, n. 301, la quale – pur censurando con l'inammissibilità un ricorso il cui accoglimento avrebbe comportato un intervento additivo in una materia riservata alla discrezionalità del legislatore, in assenza di una soluzione costituzionalmente obbligata – ha svolto argomentazioni volte ad evidenziare come il tema proposto con l'ordinanza di rimessione evocò "una esigenza reale e fortemente avvertita" e "che merita ogni attenzione da parte del legislatore". Pare opportuno, inoltre, rilevare come nell'ottica di una riforma organica e strutturale dell'ordinamento penitenziario (d.d.l. n. 2798, 23 dicembre 2014, recante "Modifiche al codice penale e al codice di procedura penale per il rafforzamento delle garanzie difensive e la durata ragionevole dei processi e per un maggiore contrasto al fenomeno corruttivo, oltre che all'ordinamento penitenziario per l'effettività rieducativa della pena"), l'importanza del tema si sia affermata con preponderanza. Infatti, la volontà di apprestare organicità ai molti provvedimenti varati negli ultimi anni, attraverso un riassetto sistematico della materia, tocca anche – all'ottavo punto della delega – il riconoscimento del diritto all'affettività delle persone detenute e la fissazione delle condizioni generali per il suo esercizio. La materia è stata oggetto dei lavori del Tavolo n. 6 degli Stati Generali dell'Esecuzione Penale che, prevedendo una revisione dell'art. 18 l. n. 354/1975, ha proposto la predisposizione di idonei locali all'interno degli istituti penitenziari non soggetti a controllo visivo e auditivo. Lo scopo della nuova disposizione sembra essere proprio quello di favorire il contatto diretto tra

Tuttavia, nonostante la severità punitiva, “la sessualità non può essere contenuta contro il volere della persona e, pertanto, in qualche modo viene vissuta” (L. Decembrotto, 2013, p. 58).

In materia, si riscontra una grande differenza rispetto agli individui di sesso maschile, in quanto le donne non hanno la stessa ansia o tensione degli uomini per la privazione del sesso, essendo queste orientate per lo più a percepire quest’ultimo in funzione all’amore. Si può rilevare come l’omosessualità sia sì diffusa tra le donne, ma venga vissuta non tanto come bisogno di rapporto fisico, ma piuttosto come “esperienza di rapporti affettivi e sentimentali”. L’instaurazione di rapporti omosessuali si caratterizza per essere priva di coazione e rispecchia, non di rado, relazioni pseudo familiari: le detenute vivono in coppia esercitando veri e propri ruoli familiari, prendendosi cura della camera detentiva come se fosse la loro casa e abbandonandosi anche a momenti di gelosia¹⁷. Così, come messo in rilievo da alcuni, “questo intenso bisogno di affettività è un fattore che caratterizza fortemente il carcere femminile ed i gruppi che si creano all’interno di esso rispondono soprattutto all’esigenza di colmare un vuoto emotivo e di creare una rete di rapporti interpersonali” (G. Russo, 2003, p. 132).

5. Alcune riflessioni conclusive

Il panorama detentivo femminile emerso finora, consente di affermare come, alla luce del diritto vivente e vigente, la detenzione femminile debba essere resa, al più presto, protagonista di un coerente progetto di riforma.

Come visto, la donna riscontra peculiarità fisiche, psicologiche ed igienico-sanitarie, rivendicando pertanto una certa visibilità. Visibilità

i reclusi e i loro compagni/compagne a fini sessuali, in linea con quanto già stabilito in altri ordinamenti europei che autorizzano i c.d. “permessi d’amore”.

¹⁷ Una ricerca empirica svolta presso gli istituti penitenziari contenenti sezioni femminili presenti sul territorio siciliano, ha messo in luce come per le donne l’omosessualità sia “un atteggiamento più che un gesto violento; una forma di complicità, di tenerezza, un tentativo di instaurare una relazione pseudo-familiare, sorto dal bisogno di colmare il vuoto attraverso piccoli gesti” (T. Giacobbe, 2014, p. 114).

che richiede, peraltro, di andare oltre aspetti quali la gravidanza e la maternità che sembrerebbero, oggi, rappresentare gli unici tratti distintivi della reclusione femminile. Si tratta di costruire carceri, sezioni o comunque comunità più adatte alla natura femminile, più attente alle esigenze e ai bisogni tipici delle donne, caratterizzate da operatori che sappiano cogliere il più possibile gli aspetti della loro soggettività e cerchino di gestire le loro difficoltà di adattamento.

Come messo in luce nel corso della trattazione, il diritto alla salute acquista un significato peculiare e complesso nel contesto carcerario, presentando molteplici sfaccettature. Sarebbe sbagliato, invero, intenderlo nella sua dimensione minima (cioè come “assenza di malattia”), essendo esso ricompreso in una dimensione ben più ampia: bisogna orientare lo sguardo nella giusta direzione, in quella cioè che non comprende esclusivamente la patologia in senso stretto, ma che si allarga alla tematica più ampia e articolata connessa al corpo e al vissuto ad esso relativo. La salute, infatti, non è soltanto una questione di malattia e di cura, di prevenzione e di contagio, ma comprende il benessere psicofisico, profondo e complessivo, dell'individuo, il quale assume il ruolo di presupposto necessario per lo sviluppo della personalità individuale. La salute riguarda così l'intera “persona” del detenuto; e questo in ragione del fatto che l'organismo ospita anche il mondo degli affetti e delle emozioni che vivono indissolubilmente legate a questo.

Dunque, per le donne parlare di salute significa affrontare il tema della salvaguardia del loro benessere psicofisico, cui contribuiscono elementi quali l'accesso al lavoro e a programmi di formazione professionale, l'accesso ad attività ricreative, sportive, culturali ovvero la predisposizione di programmi trattamentali *ad hoc*. In tale ottica, bisognerebbe rimediare alla scarsità e povertà delle risorse messe a loro disposizione rispetto a quelle messe a disposizione degli uomini. D'altronde solo così si può veramente arrivare ad una responsabilizzazione della donna detenuta in rapporto al reato commesso; soltanto così le si può offrire una reale occasione di riscatto, permettendole di ritrovare se stessa e si può ritenere adempiuto il mandato costituzionale della sua rieducazione scolpito nell'art. 27 Cost.

Sotto il profilo strettamente sanitario, la fotografia che il carcere delle donne consegna oggi dimostra, tuttavia, alcuni progressi, iniziando a focalizzare l'attenzione sul tema della salute della donna detenuta. Dando

uno sguardo alla realtà attuale, è interessante notare come siano, infatti, numerosi i progetti intrapresi da alcuni istituti penitenziari, volti a dare attuazione alla protezione della salute dall'angolo visuale tipico della donna detenuta.

Si possono citare in merito il carcere di Pontedecimo (Genova) e il carcere di Bollate (Milano), che hanno avviato progetti di assistenza sanitaria ginecologica a favore delle detenute, con l'obiettivo di sottoporle gratuitamente a visite ginecologiche, ecografie e *pap-test*, al fine di certificare lo stato di buona salute dell'apparato genitale e diagnosticare eventuali patologie di carattere ginecologico.

Il carcere di Venezia-Giudecca, dove per la prima volta nel 2014, sono state attuate le attività di prevenzione del tumore al seno (causato spesso da fattori quali il vizio del fumo, uno stile di vita particolarmente sedentario, un'alimentazione ricca di grassi animali) potendosi questo diagnosticare in fasi molto precoci.

Attività di prevenzione del tumore al seno hanno fatto il loro ingresso anche nel carcere di Roma-Rebibbia, grazie al progetto *Francesco Marabotto* nel novembre 2015: il progetto si propone di portare le attività di *screening* "a domicilio", attraverso l'uso di pulmini, macchinari mobili e personale specializzato, garantendo continuità alle attività di prevenzione.

Ancora, nel carcere di Pozzuoli, è partito il progetto *Le donne di dentro* voluto dal Comune di Napoli per garantire uno *screening* mammografico a tutte le donne (detenute e operatrici) della più grande prigione femminile della Campania. È stato previsto, infatti, un piccolo laboratorio mobile ad alta tecnologia che permette di sottoporsi all'esame diagnostico e conoscere in tempo reale il risultato dell'indagine, anche grazie al sistema satellitare di trasmissione dei dati che consente l'analisi e le comunicazioni a distanza dei dati clinici.

Sarebbe, senza dubbio, auspicabile che queste iniziative si estendesero anche alle sezioni femminili degli altri istituti penitenziari diffusi sul territorio nazionale. Non soltanto perché il genere femminile è più esposto ad alcuni tipi di malattie, ma anche al fine di incrementare l'informazione e la prevenzione primaria circa eventuali patologie che potrebbero essere riscontrate (e curate) già nel corso della detenzione.

Questo racconto sul carcere femminile consente di affermare che bisogna mutare prospettiva, ricominciando dalle donne. E nel farlo, è

necessario adottare un'ottica di genere, sia per leggere il reato, la pena e la sua esecuzione, sia per garantire sempre ed efficacemente un diritto assoluto e incompressibile qual è quello della salute. Sarebbe, pertanto, auspicabile creare veramente quelle condizioni per far sì che l'esperienza detentiva offra reali opportunità di cura (e non, *a contrario*, di “non cura”) e riconosca la tutela del diritto in esame. Soltanto così si può evitare che la detenzione implichi il disconoscimento di quelle posizioni soggettive che appartengono ad ognuno in quanto soggetto di diritti, e pertanto, anche al soggetto privato della libertà personale. Soltanto così è possibile consentire alla pena di diventare un'esperienza di valore e di non venire privata del suo intento rieducativo: solo così il carcere può insegnare veramente qualcosa sul modo di vivere, anche se in un contesto totalmente diverso.

Riferimenti bibliografici

Baggio Giovannella (2015), *Non solo parità di diritti ma anche di salute: la medicina di genere*, in Ronco Claudio, Tartaglia Filiberto, a cura di, *Donne e Medicina. Amore, genere, cura*, Libreriauniversitaria.it, Padova, pp. 11-17.

Bernasconi Alessandro (2015), *Commento all'art. 11*, in Giostra Glauco, Della Casa Franco, a cura di, *Ordinamento penitenziario commentato*, V ed., Cedam, Padova, pp. 124-142.

Bezzi Gianluigi (2016), *Detenzione femminile*, in www.giustizia.it.

Biondi Gianni (1994), *Lo sviluppo del bambino in carcere*, Franco Angeli, Milano.

Canepa Mario, Merlo Sergio (2010), *Manuale di diritto penitenziario*, IX ed., Giuffrè, Milano.

Canevelli Paolo (2001), *Misure alternative al carcere a tutela delle detenute madri*, in “Diritto penale e processo”, 7, pp. 807-815.

Carnevale Aldo, Di Tillio Antonio (2006), *Medicina e carcere. Gli aspetti giuridici, criminologici, sanitari e medico legali della pena*, Giuffrè, Milano.

Casaroli Guido (1987), *La semilibertà*, in Flora Giovanni, a cura di, *Le nuove norme sull'ordinamento penitenziario (l. 10 ottobre 1986 n. 663)*, Giuffrè, Milano, pp. 235-344.

Castellani Rossella (1984), *Diffusione delle tossicodipendenze in carcere. Risultati di un rilevamento nazionale sui tossicodipendenti*, in “Rassegna penitenziaria e criminologica”, 1-3, pp. 205-257.

Castellani Rossella (1985), *Tossicodipendenze in carcere. Quale prevenzione*, in “Rassegna penitenziaria e criminologica”, 1-3, pp. 123-133.

Cesaris Laura (2011), *La salute nell'ordinamento penitenziario*, in Belvedere Andrea, Riondato Silvio, a cura di, *La responsabilità in medicina, Trattato di biodiritto*, Giuffrè, Milano, pp. 1121-1152.

Cesaris Laura (2015a), *Commento all'art. 47-ter*, in Giostra Glauco, Della Casa Franco, a cura di, *Ordinamento penitenziario commentato*, V ed., Cedam, Padova, pp. 551-585.

Cesaris Laura (2015b), *Commento all'art. 21-ter*, in Giostra Glauco, Della Casa Franco, a cura di, *Ordinamento penitenziario commentato*, V ed., Cedam, Padova, pp. 297-301.

Cesaris Laura (2016), *Profili di affettività*, in www.giustizia.it.

Ciavola Agata (2014), *Profili di diritto processuale e penitenziario in tema di coppie di fatto*, in www.penalecontemporaneo.it.

Ciccotti Raffaele (1979), *Le attività culturali, ricreative e sportive nel processo rieducativo dei detenuti*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", 1-2, pp. 193-206.

Costanzo Gabriella (2013), *Madre e bambino nel contesto carcerario italiano*, Armando, Roma.

Daga Luigi (1982), "Carcere e droga". *Il punto di vista dell'amministrazione penitenziaria*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", n. speciale, pp. 81-109.

Danese Francesca (2016), *La casa di Leda, storia di un progetto antimafia*, in "Corriere della Sera", 7 aprile 2016.

De Ferrari Francesco, Romano Carlo Alberto (2003), *Sistema penale e tutela della salute*, Giuffrè, Milano.

De Maria Ranieri (2015), "Istituzione totale" carcere e salute. *Il detenuto come "disabile sociale"*, in "Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione", 4, pp. 5-41.

De Vito Riccardo (2015), *Questione carcere. Un'introduzione*, in "Questione Giustizia", 2, pp. 5-10.

Decembrotto Luca (2013), *Ricerca fenomenologica e della pratica sessuale in ambito detentivo*, in "Studium Educationis", 3, pp. 49-60.

Del Grosso Ida (2016), *Icam e case famiglia protette*, in www.giustizia.it.

Della Casa Franco (1999), *I rapporti del detenuto con la sua famiglia*, in "Diritto penale e processo", pp. 122-127.

Di Gennaro Giuseppe, Breda Renato, Bonomo Massimo (1991), *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione. Commento alla legge 26 luglio 1975, n. 354 e successive modificazioni, con riferimento al regolamento di esecuzione e alla giurisprudenza della Corte di Cassazione*, Giuffrè, Milano.

Di Rosa Giovanna (2009), *La detenzione delle donne con figli minori e l'istituto a custodia attenuata per madri (I.C.A.M.) di Milano*, in "Cassazione penale", 12, pp. 4899-4909.

Dino Alessandra (2011), *Il ruolo delle donne all'interno delle organizzazioni criminali mafiose*, in Civita Anna, Massaro Pierluca, a cura di, *Devianza e disuguaglianza di genere*, Franco Angeli, Milano, pp. 178-202.

Eposito Maurizio (2007), *La ricerca internazionale sulle patologie dei detenuti*, in Eposito Maurizio, a cura di, *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle*

persone detenute, Franco Angeli, Milano, pp. 21-69.

Faccioli Franca (1982), *L'identità negata. Analisi del carcere femminile*, in "Devianza ed Emarginazione", 4, pp. 247-267.

Faccioli Franca (1990), *I soggetti deboli: i giovani e le donne nel sistema penale*, Franco Angeli, Milano.

Fadda Maria Laura (2010), *La detenzione femminile: questioni e prospettive*, in www.ristretti.it.

Fadda Maria Laura (2012), *Differenza di genere e criminalità. Alcuni cenni in ordine ad un approccio storico, sociologico e criminologico*, in www.penalecontemporaneo.it.

Fiorentin Fabio (2010), *Lesione dei diritti dei detenuti conseguenti ad atti e provvedimenti dell'amministrazione penitenziaria*, in "Giurisprudenza di merito", 2010, 11, pp. 2810-2836.

Fiorentin Fabio (2012), *Affettività e sessualità in carcere: luci ed ombre di una pronuncia che rimanda al difficile dialogo con il legislatore*, in "Giurisprudenza costituzionale", 2012, 6, pp. 4726-4733.

Fiorentin Fabio (2013), *Esecuzione penale e misure alternative alla detenzione: normativa e giurisprudenza ragionata*, Giuffrè, Milano.

Fiorentin Fabio (2015), *Commento all'art. 30-ter*, in Giostra Glauco, Della Casa Franco, a cura di, *Ordinamento penitenziario commentato*, V ed., Cedam, Padova, pp. 358-369.

Fiorio Carlo (2002), *Libertà personale e diritto alla salute*, Cedam, Padova.

Fiorio Carlo (2004), *Salute del condannato e strumenti di tutela*, in Scalfati Adolfo, a cura di, *Giurisdizione di sorveglianza e tutela dei diritti*, Cedam, Padova, pp. 47-108.

Fortuna Ennio (1976), *Il sesso nel carcere italiano e la condizione giuridica del detenuto*, in "Giurisprudenza di merito", 1, pp. 68-80.

Gaboardi Andrea (2013), *Trattamento penitenziario e diritti fondamentali alla luce del diritto sovranazionale*, in Gaboardi Andrea, Gargani Alberto, Morgante Gaetana, Presotto Andrea, Serraino Marco, a cura di, *Libertà dal carcere, libertà nel carcere. Affermazione e tradimento della legalità nella restrizione della libertà personale*, Atti del Quinto Ginnasio dei Penalisti svoltosi a Pisa il 9-10 novembre 2012, Giappichelli, Torino, pp. 24-37.

Giacobbe Thea (2014), *Le donne in esecuzione penale. Analisi di una marginalità in Sicilia*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", 3, pp. 87-127.

Giordano Valeria (1993), *Tempo e corpo recluso: i ritmi della salute e della malattia*, in Campelli Enzo, Faccioli Franca, Giordano Valeria, Pitch Tamar, a cura di, *Donne in carcere. Ricerca sulla detenzione femminile in Italia*, Feltrinelli, Milano, pp. 135-153.

Gonnella Patrizio (2015), *Le identità e il carcere: donne, stranieri, minorenni*, in www.costituzionalismo.it.

Graziosi Marina (2016), *Salute della donna e detenzione*, in www.giustizia.it.

Lanzani Claudia (2001), *Via libera alla concessione del beneficio se il bambino ha un'età inferiore a dieci anni*, in "Guida al diritto", 12, pp. 43-48.

Libianchi Sandro (2001), *Bambini in carcere*, in "Aggiornamenti sociali", pp. 195-205.

Lombroso Cesare, Ferrero Guglielmo (ed. 1927), *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, V ed., Fratelli Bocca, Torino.

Luzzago Alessandra, Bolognesi Wilma, De Fazio Giovanna Laura, Donini Wilma Cecilia, Pietralunga Susanna (2003), *Percezione di ruolo materno e carcere*, in “Rassegna italiana di criminologia”, 2, pp. 313-332.

Magliona Bruno (1999), *Un ulteriore passo avanti verso un'autonoma considerazione del diritto alla salute del soggetto condannato a pena detentiva*, in “Rivista italiana di medicina legale”, 1, pp. 302-312.

Mambriani Angelo (1988), *La detenzione domiciliare: primi spunti sistematici*, in “Giustizia penale”, III, cc. 385-424.

Marchetti Maria Riccarda (2015), *Commento all'art. 21-bis*, in Giostra Glauco, Della Casa Franco, a cura di, *Ordinamento penitenziario commentato*, V ed., Cedam, Padova, pp. 294-296.

Marcolini Stefano (2011), *Legge 21 aprile 2011, n. 62 (disposizioni in tema di detenute madri)*, in www.penalecontemporaneo.it.

Marotta Gemma (1987), *La criminalità femminile in Italia. Caratteri quantitativi e aspetti qualitativi*, Commissione per la Realizzazione della Parità Uomo-Donna, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma.

Marotta Gemma (2011), *Devianza e criminalità femminile: un'analisi dalla antropologia criminale alla sociologia della devianza*, in Civita Anna, Massaro Pierluca, a cura di, *Devianza e disuguaglianza di genere*, Franco Angeli, Milano, pp. 111-137.

Martini Paolo (1985), *Diritto alla sessualità come diritto alla salute*, in “Rivista italiana di medicina legale”, 4, pp. 1289-1304.

Massaro Pierluca (2011), *Il carcere delle donne: un'istituzione maschile?*, in Civita Anna, Massaro Pierluca, a cura di, *Devianza e disuguaglianza di genere*, Franco Angeli, Milano, pp. 222-247.

Mastropasqua Giuseppe (2007), *Esecuzione della pena detentiva e tutela dei rapporti familiari e di convivenza. I legami affettivi alla prova del carcere*, Cacucci, Bari.

Mauri Sara (2016), *La dottoressa Adele, ginecologa delle detenute*, in “Corriere della Sera”, 24 luglio 2016.

Milazzo Sofia, Zammitti Barbara (2002), *Affettività e carcere. Studio qualitativo sulla popolazione in regime di detenzione presso la casa circondariale “Cavadonna” di Siracusa*, in www.rassegnapenitenziaria.it.

Miravalle Michele, Torrente Giovanni (2016), *La normalizzazione del suicidio nelle pratiche penitenziarie. Una ricerca sui fascicoli ispettivi dei provveditori dell'amministrazione penitenziaria*, in “Politica del diritto”, 1, pp. 217-258.

Palmisano Roberta (2015), *Scheda sulla detenzione femminile (gennaio 2015)*, in www.giustizia.it.

Pennisi Angelo (2002), *Diritti del detenuto e tutela giurisdizionale*, Giappichelli, Torino.

Piciocchi Cinzia (2014), *La salute “dentro le mura”: commento al rapporto del Comitato nazionale per la bioetica e sulla salute in carcere (27 settembre 2013)*, in

“*Studium iuris*”, 7-8, pp. 845-853.

Pierazzi Elisabetta, *Formazione e istruzione delle donne detenute*, in www.giustizia.it.

Pitch Tamar (1993), *Dove si vive, come si vive*, in Campelli Enzo, Faccioli Franca, Giordano Valeria, Pitch Tamar, a cura di, *Donne in carcere. Ricerca sulla detenzione femminile in Italia*, Feltrinelli, Milano, pp. 59-100.

Previtera Leonardo, Di Fiore Emanuele, Cannata Anna Maria (1988), *Aspetti criminologici del suicidio negli istituti penitenziari*, in “Criminologia e Psicopatologia Forense”, pp. 73-92.

Pulvirenti Antonino (2001), *Diritti del detenuto e libertà sessuale*, in Annali del Seminario Giuridico Fac. Giur. Catania, Giuffrè, Milano, pp. 173-215.

Ronconi Susanna, Zuffa Grazia (2014), *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, Ediesse, Roma.

Rossetti Sandra (2014), *La detenzione femminile tra uguaglianza e differenza*, in “Studi sulla questione criminale”, 3, pp. 127-142.

Russo Gaetana (2003), *Le peculiarità del carcere femminile*, in Gatti Umberto, Gualco Barbara, a cura di, *Carcere e territorio*, Giuffrè, Milano, pp. 121-133.

Salvati Antonio (2010), *La detenzione femminile*, in www.amministrazioneincammino.luiss.it.

Sarzotti Claudio (2007), *I medici penitenziari tra istanze securitarie e paradigma del rischio*, in Esposito Maurizio, a cura di, *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano, pp. 160-194.

Siracusano Fabrizio (2015), *Commento all'art. 28*, in Giostra Glauco, Della Casa Franco, a cura di, *Ordinamento penitenziario commentato*, V ed., Cedam, Padova, pp. 330-339.

Stasio Donatella (2016), *Il principio cardine attorno al quale deve ruotare la qualità della pena è quello della “responsabilizzazione”*, in www.giustizia.it.

Steffenoni Sergio, Colle Marta, Giudecca Straffi (2016), *Detenzione femminile*, in www.giustizia.it.

Talini Silvia (2012), *Un diritto “sommerso”: la questione dell'affettività in carcere approda alla Corte costituzionale*, in www.forumcostituzionale.it.

Talini Silvia (2015), *L'affettività ristretta*, in www.costituzionalismo.it.

Tampieri Luca (1987), *La detenzione domiciliare*, in Flora Giovanni, a cura di, *Le nuove norme sull'ordinamento penitenziario (l. 10 ottobre 1986 n. 663)*, Giuffrè, Milano, pp. 207-233.

Trombetta Simona (2004), *Punizione e carità. Carceri femminili nell'Italia dell'Ottocento*, Il Mulino, Bologna.

Zaitzow Barbara, Jim Thomas (2003), *Women in Prison. Gender and Social Control*, Lynne Rienner Publisher, Boulder.

Zuffa Grazia (2015), *Ripensare il carcere nell'ottica della differenza femminile*, in “Questione Giustizia”, 2, pp. 96-101.

La tutela della salute in carcere secondo un diverso modello sanitario: il caso della Svizzera

Patrizia Macchia

Abstract: *Lo scritto si propone di esaminare, sotto un profilo strettamente giuridico, le fonti federali e cantonali dell'ordinamento elvetico che disciplinano l'aspetto della medicina penitenziaria. Senza alcuna pretesa di esaustività, si cerca di mettere in evidenza, dapprima, il modello bismarckiano del sistema assicurativo obbligatorio, sul quale si fonda il settore sanitario elvetico; nella seconda parte del lavoro viene affrontato il tema dell'accesso alle cure e dell'organizzazione della medicina penitenziaria. Tal riguardo, il diritto alla salute, all'interno del carcere, il diritto alla salute si combina con altri molteplici fattori ed in questo contesto, per il paziente detenuto, l'accesso alle cure assume un aspetto del tutto particolare. Dunque, il principio dell'equivalenza, che, a prima vista, può apparire del tutto ovvio, rappresenta, invece, una nozione elastica, che si presta a valutazioni differenti, interpretazioni anche restrittive, in considerazione soprattutto di un'esigenza di sicurezza e delle limitate risorse disponibili.*

Parole chiave: *sanità penitenziaria, ordinamento elvetico, comparazione, Federazione, Cantoni, principio di equivalenza, sistema assicurativo*

1. Premessa: l'assistenza sanitaria nella Confederazione elvetica (cenni)

È da tutti riconosciuto che la tutela della salute rivesta un ruolo di primaria importanza in ambito sociale. Ed il carcere, inteso come luogo di sofferenza in cui vengono espiate le pene, che di quella sofferenza sembrano raffigurarne simbolo, ha rappresentato per lungo tempo una palese violazione dei diritti umani fondamentali, primo fra tutti quello della tutela della salute.

Per meglio comprendere come oggi sia organizzata l'assistenza sanitaria all'interno degli istituti di pena nell'ordinamento elvetico¹, si rende

¹ L'analisi qui prospettata avrà ad oggetto la disciplina giuridica federale e cantonale (e le indicazioni della giurisprudenza) evidenziando i limiti che essa incontra nell'attuazione a livello cantonale, giacché, come indicato nella Costituzione federale, ai Cantoni è attribuita l'esecuzione delle pene e delle misure (art.123, co. 2 Cost.).

necessaria una breve premessa sul settore della sanità (e sulla sua organizzazione a livello federale e cantonale), settore improntato al modello bismarckiano del sistema assicurativo obbligatorio.

1.1 La Costituzione federale

Nella Costituzione federale elvetica la salute² non appare tutelata come un diritto in quanto tale, quanto piuttosto finalizzata a fornire la motivazione per limiti posti ad altri diritti fondamentali. Così, ad esempio, in ragione della salute è dato porre limiti alla libertà personale, imponendo ad esempio la vaccinazione obbligatoria riguardo al pericolo di contagio; oppure ancora possono essere poste limitazioni in relazione alla pubblicità od alla vendita di determinate sostanze che, come il tabacco o l'alcool, possono avere ripercussioni sulla salute, in particolare dei giovani.

Ragionando in questo senso, si era posto il quesito se fosse possibile far discendere dalla salute, in quanto interesse pubblico, l'esistenza di un diritto soggettivo³. Sul punto la dottrina, come già poco sopra accennato, ha ritenuto che la salute, in quanto interesse pubblico, rappresenti sicuramente un diritto per la collettività, ma non un diritto garantito all'individuo⁴.

In riferimento alla tutela della salute, sono state attribuite competenze alla Federazione fin dalla sua origine, nel testo costituzionale del 1848⁵. Questa competenza è stata riaffermata nel testo costituzionale del 1874 all'art. 69, poi ampliato dalla revisione del 1913⁶ ed oggi ripreso

² Sul concetto di salute come interesse pubblico, cfr. D. Spromont, 2006, p. 161.

³ In questo senso, O. Guillod, D. Spromont, 1996, p. 337 ss.

⁴ Art. 36 co. 2 Cost.: "Le restrizioni dei diritti fondamentali devono essere giustificate da un interesse pubblico o dalla protezione dei diritti fondamentali altrui". Cfr. D. Kraus, A. Schmidt, 2006, p. 89.

⁵ L'art. 59 prevedeva infatti che la Confederazione fosse tenuta ad adottare misure di polizia sanitaria in caso di epidemie o di epizoozie che potessero causare un danno di carattere generale.

⁶ La revisione del 1913 aveva sostituito al termine "epidemie" il termine "danno generale" che veniva a comprendere soprattutto il colera, il tifo, la peste ed il vaiolo, le malattie trasmissibili senza essere epidemiche (tale poteva essere considerata la tuberco-

pressoché totalmente nell'art. 118 al comma 2^o7.

Diversamente, il 1° comma dello stesso articolo⁸ non trova alcun precedente nella Costituzione del 1874; esso rappresenta il fondamento della disposizione, conferendo un mandato generale alla Federazione in materia di protezione della salute. È stato ritenuto, quindi, che non può trattarsi della previsione di un diritto alla salute direttamente applicabile, ma piuttosto della definizione delle competenze attribuite alla Federazione nel settore sanitario (cfr. G. Steffen, 2002, p. 84).

Riguardo al testo costituzionale nel suo complesso, si è guardato ancora al catalogo dei diritti fondamentali, contenuto nel Titolo II, per far discendere da alcuno di essi un “diritto alla salute”. Così si è fatto riferimento principalmente all'art.7 (il primo dell'elenco)⁹, che dedica una norma specifica alla garanzia della dignità umana, e che l'Assemblea federale ha affermato essere la fonte dei diritti fondamentali¹⁰.

Sempre nel Capitolo dedicato ai diritti fondamentali, il successivo art. 10, al primo comma, considera il diritto alla vita come presupposto necessario per il godimento e per l'esercizio degli altri diritti fondamentali; posto che questo impone allo Stato un comportamento attivo, consistente nell'adozione delle misure necessarie ad assicurarne l'attuazione, si è ritenuto derivare dall'art. 10 c.1 una protezione del diritto alla salute, seppure limitata unicamente alla prosecuzione del processo vitale iniziato con la nascita, una sorta, insomma, di diritto minimale alla salute (cfr. D. Kraus, A. Schmidt, 2006, p. 90).

Il comma seguente del medesimo articolo enuncia la garanzia della

losi), le malattie molto diffuse e quelle che risultavano particolarmente dannose. Art. 69: “La Confederazione può adottare disposizioni di legge per combattere le malattie trasmissibili, o largamente diffuse, o di natura maligna che colpiscono l'uomo o gli animali”.

⁷ Art. 118, co. 2 Cost. “Emana prescrizioni su: a. l'impiego di alimenti, come anche di farmaci, stupefacenti, organismi, sostanze chimiche e oggetti che possono metter in pericolo la salute; b. la lotta contro malattie trasmissibili, fortemente diffuse e particolarmente dannose per uomo e gli animali; c. la protezione dalle radiazioni ionizzanti”.

⁸ Art. 118, co.1 Cost.: “Nell'ambito delle proprie competenze la Confederazione adotta provvedimenti a tutela della salute”. Sul punto J. F. Aubert, P. Mahon, 2003, p. 926.

⁹ Art. 7 Cost. “La dignità della persona va rispettata e protetta”. Cfr. J. F. Aubert, P. Mahon, 2003, p. 70.

¹⁰ “Il diritto fondamentale dei diritti fondamentali”, *Bollettin officiel du Conseil National*, 149, 151.

libertà personale, nelle tre accezioni della integrità fisica, psichica e della libertà di movimento. Si tratta di un'espressione di principio legata alla inviolabilità del corpo umano. Anche da questa disposizione si è cercato di far discendere un diritto alla salute¹¹.

Ancora possibile appare un riferimento ai diritti sociali che impongono una prestazione a carico dello Stato. In particolare, il diritto di ottenere assistenza nel caso in cui si versi in situazioni di indigenza, con il fine di attenuare le disparità sociali, assicurando ad ognuno quelle condizioni economiche che permettano l'esercizio dei diritti di libertà, sembra garantire un minimo vitale, vale a dire i mezzi necessari alla sopravvivenza. In dottrina si è affermato che il diritto all'assistenza si potrebbe collegare ad un livello di qualità della vita necessario ad assicurare la salute; pertanto, il diritto all'assistenza sarebbe da intendere come tutela della salute (cfr. J.F. Aubert, 1996).

In una visione d'insieme, comunque, le disposizioni del testo costituzionale non sembrano far emergere un diritto alla salute singolarmente considerato. D'altro canto, però, come sopra esposto, non poche sono le disposizioni costituzionali che offrono garanzie di tutela al diritto medesimo, sia sotto l'aspetto negativo (difesa da) che sotto l'aspetto positivo (cfr. O. Guillod, D. Sprumont, 1996, p. 348 ss.).

Nel primo caso la tutela riguarda l'individuo nei confronti di possibili danni alla salute; in quest'ottica rilevano obblighi a carico dell'ordinamento statale che è tenuto, ad esempio, ad adottare le disposizioni necessarie per la protezione dell'individuo dagli effetti dannosi prodotti dall'inquinamento.

Rispetto a quello che viene definito l'aspetto positivo, invece, il diritto alla salute si concretizzerebbe nella pretesa del singolo ad ottenere le cure necessarie in situazioni di indigenza.

Infine, si possono menzionare ancora altre due disposizioni che si riflettono sul sistema della sanità: l'art. 41 e l'art. 117 Cost.

¹¹ In effetti, si tratterebbe di un diritto avente un contenuto "negativo", vale a dire l'integrità fisica sarebbe protetta con l'esclusione di tutte le intrusioni esterne che possano portare un danno alla salute dell'individuo. G. Steffen, 2002, p. 84. Altra lettura possibile dell'art. 10, co. 2° Cost. potrebbe ravvisarsi nella considerazione che non essendo definito l'elenco dei beni protetti dalla norma, risulterebbe possibile farvi rientrare il diritto alla salute. Sul punto D. Kraus, A. Schmidt, 2006, p. 91.

Riguardo al primo, il co. 1 lett. b) stabilisce che Confederazione e Cantoni sono tenuti ad assicurare ai singoli le cure necessarie alla salute; il successivo comma 2 aggiunge che la Federazione ed i Cantoni si devono adoperare al fine di assicurare i singoli contro le conseguenze economiche della vecchiaia, dell'invalidità, della malattia, dell'infortunio, della disoccupazione, della maternità, della condizione di orfano e della vedovanza.

L'art. 117 Cost., invece, attribuisce alla Confederazione la competenza ad emanare prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni, potendola dichiarare obbligatoria. L'articolo risulta essere il fondamento della successiva legislazione federale in tema di assicurazione sociale contro le malattie (LaMal).

Proprio in relazione a quest'ultimo aspetto, cioè alla legislazione federale di attuazione dell'enunciato costituzione, occorre ora formulare qualche precisazione.

1.2. La legislazione federale

Il sistema sanitario svizzero è regolato, nella parte generale, dalla legge federale sulle assicurazioni sociali (LPGA)¹² e prevede, in tema di tutela della salute, l'assicurazione obbligatoria per tutti coloro che assumono domicilio sul territorio elvetico (LaMal)¹³.

Questa normativa ha sostituito la precedente legge federale sull'assicurazione malattia del 1911 (LAMA), la quale, invece, presentava un carattere fa-

¹² La LPGA (RS 830.1) definisce principi, nozioni ed istituti del diritto delle assicurazioni sociali; detta inoltre la disciplina normativa relativa alla procedura, al contenzioso, alle prestazioni ed al diritto di recesso.

¹³ In proposito, si può ricordare che il sistema elvetico di sicurezza sociale comprende cinque settori: la previdenza per vecchiaia, superstiti ed invalidità (il c.d. sistema dei tre pilastri); la protezione contro malattie ed infortuni; le indennità per perdita di guadagno e in caso di maternità; l'assicurazione contro la disoccupazione, gli assegni familiari. La protezione offerta dalle assicurazioni consiste nel versamento di prestazioni quali rendite, indennità per perdita di guadagno, assegni familiari, o copertura di spese per malattia o infortunio. I premi gravano sui singoli assicurati; è prevista tuttavia la partecipazione, in determinati casi, di Federazione e Cantoni.

¹³ Art. 3 LAMal (Legge federale sull'assicurazione malattie, RS 832.10). Al riguardo, sulle caratteristiche del sistema sanitario elvetico, cfr. P. Macchia, 2014, p. 662 ss.

coltativo, sia riguardo all'assicurazione delle cure che riguardo alle indennità giornaliere (ma permetteva ai Cantoni di rendere obbligatoria tale assicurazione entro il proprio territorio)¹⁴. E, nonostante questo carattere facoltativo sul piano federale, il regime giuridico introdotto dalla LAMA aveva raggiunto la quasi universalità per l'assicurazione delle cure a livello cantonale¹⁵.

Brevemente, si può ancora ricordare che la LAMA, nel tempo, si era rivelata una normativa difficile da emendare. Così, nel 1988, il Consiglio federale aveva adottato una nuova strategia per avviare la riforma: dapprima aveva richiesto il parere di quattro esperti: A. Giannetta, P. Gilliand, H. Hauser e P. Zweife; in seguito aveva preso in esame i punti principali del lavoro da essi prodotto (in particolare il passaggio all'assicurazione obbligatoria per le cure mediche), infine, secondo lo schema classico, aveva nominato una commissione di esperti, sulla cui valutazione aveva fondato il successivo messaggio alle Camere¹⁶, che, il 18 marzo 1994, avevano adottato la nuova Legge federale sull'assicurazione malattia (LaMal).

La legge, accettata con consultazione popolare il 4 dicembre 1994¹⁷, era entrata in vigore il 1° gennaio 1996 e prevede, come si è detto, l'obbligatorietà dell'assicurazione per le cure, rimanendo facoltativa l'assicurazione per le indennità giornaliere (perdita di guadagno)¹⁸.

¹⁴ In proposito solo Neuchâtel, Friburgo, Bâle-Ville, Ticino, Ginevra e Vaud avevano optato per il carattere universale dell'assicurazione, gli altri Cantoni si erano limitati ad alcune particolari categorie di soggetti.

¹⁵ Circa il 95% dei soggetti residenti in Svizzera avevano optato per il regime assicurativo proposto.

¹⁶ Messaggio concernente la revisione dell'assicurazione malattia, 6 novembre 1991 (F. F. 1992 I 77).

¹⁷ Un elemento tipico dell'ordinamento giuridico elvetico consiste nell'utilizzo frequente degli istituti di democrazia diretta, essenzialmente il referendum e l'iniziativa popolare. Riguardo al primo, è previsto un referendum facoltativo (art. 140 Cost.), su richiesta di un determinato quorum di elettori e di Cantoni, sui disegni di legge approvati dai due rami del Parlamento, non ancora promulgati ed entro cento giorni dalla pubblicazione sul Foglio Federale; termini diversi sono stabiliti nel caso di urgenza. Il referendum obbligatorio (art. 141 Cost.), per la cui approvazione in alcuni casi è richiesta la doppia maggioranza dei votanti e dei Cantoni, riguarda invece le modifiche della Costituzione federale e le iniziative popolari per la revisione parziale e totale della medesima.

¹⁸ Per quanto riguarda, più nel dettaglio, l'organizzazione del quadro normativo in materia sanitaria previsto dalla LAMal v. G. Cerrina Feroni, 2012, p. 98 ss.; G. Grasso, 2009, p. 189 ss.; S. Gerotto, 2000, p. 1307 ss.

Dunque, in riferimento all'elemento soggettivo, in Svizzera, si versa in regime di obbligatorietà dell'assicurazione malattia sul piano federale¹⁹. Se l'adesione è obbligatoria, non è però automatica, compete cioè all'assicurato scegliere l'assicuratore tra quelli indicati nell'art. 11 della legge²⁰, i quali, da parte loro, sono tenuti ad accettare la richiesta (art 4). L'ente pubblico si limita alla sorveglianza del rispetto degli obblighi di legge e, qualora ne ricorrano i requisiti, provvede d'ufficio all'affiliazione. In proposito, si può evidenziare che il nuovo sistema, nonostante sia stato oggetto di non poche critiche, ha comunque avuto il merito di eliminare l'aspetto negativo del precedente regime, cioè l'idea di un'assicurazione facoltativa, con possibilità di riserve o limiti di età per i nuovi assicurati²¹.

Riguardo al campo di applicazione materiale della LAMal, vale a dire agli eventi che ricadono nella copertura assicurativa, l'art.1a considera dovute le prestazioni in caso di malattia (senza però offrirne una definizione), di maternità e infortunio (se non a carico di altra assicurazione infortuni)²².

Ancora, a livello federale, Parlamento e Governo controllano il sistema assicurativo attraverso appositi uffici, quali l'Ufficio Federale della Sanità Pubblica (OFSP), l'Ufficio Federale delle Assicurazioni (OFAS) e l'Ufficio Federale delle Assicurazioni Private (OFAS). I Cantoni partecipano al controllo sulle assicurazioni obbligatorie e fissano l'ammontare

¹⁹ Facoltativa rimane l'eventuale assicurazione integrativa.

²⁰ Art. 11: "L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è gestita: a) dalle casse malati ai sensi dell'art.12; b) dalle imprese di assicurazione private che esercitano l'assicurazione malattie e dispongono dell'autorizzazione secondo l'art.13".

²¹ L'assicurazione malattia è poi individuale: la qualità di assicurato del genitore non comporta, ad esempio, anche quella dei figli. Soluzione differente si trova invece in altri ordinamenti europei, in cui l'assicurazione malattia si estende anche ai componenti della famiglia dell'assicurato: così in Germania, in Austria o in Francia. Sul punto, E. Eichenhoffer, 1995; J. P. Dumont, 1995. Per altri ordinamenti, come ad es. Italia e Gran Bretagna, ove esiste un sistema nazionale di protezione della salute, non si pone la questione dell'inserimento dei membri della famiglia, in quanto il servizio viene offerto a tutti i soggetti appartenenti all'ordinamento giuridico.

²² Le prestazioni dovute dall'assicuratore ed i fornitori delle prestazioni sono indicati nei Capitoli 3 e 4 della legge con un catalogo di carattere esaustivo; questo approccio ha permesso di evitare quelle situazioni che, vigente la precedente normativa, avevano condotto ad un'ampia discussione in ambito giudiziario ed ad un corrispondente dibattito in dottrina.

del premio assicurativo per i residenti; hanno competenza in ordine alla gestione, finanziamento e programmazione delle strutture sanitarie ed ospedaliere situate sul loro territorio (cfr. M. Crivellini, M. Galli, 2016, p. 356). Gli ospedali sono pubblici e privati ed intrattengono rapporti contrattuali con il sistema delle assicurazioni.

2. La medicina penitenziaria

Se risalente nel tempo è la relazione tra la medicina e i soggetti privati della libertà personale, la medicina penitenziaria, cioè l'assistenza medica applicata all'interno dei luoghi di pena, ha origini molto più recenti, dal momento che lo stesso sistema penitenziario nasce solo successivamente all'*Ancien Règime*.

Com'è noto, infatti, prima della riforma giudiziaria del XVIII sec., la pena detentiva era pressoché sconosciuta, e la prigione non era che il luogo dove richiudere temporaneamente il condannato prima di essere giustiziato o reintegrato in comunità. In genere, coloro che erano destinati a rimanere per lunghi periodi in carcere erano solo i condannati per debiti o i prigionieri di guerra. Di conseguenza, non assumeva alcun rilievo la salute fisica o psichica delle persone in prigione e nessuna cura era loro prestata; la scienza medica rivolgeva attenzione ai prigionieri solo per il loro utilizzo nella sperimentazione, attività frequente a partire dal XVI sec. con lo sviluppo degli studi sull'anatomia umana²³.

In Europa, dal Medioevo al Rinascimento, la cura della salute dei detenuti era lasciata all'opera del volontariato, alle confraternite e la visita ai prigionieri veniva definita dalla Chiesa come una delle sette opere di misericordia²⁴.

Il successivo periodo, compreso tra la seconda metà del XVIII secolo e la prima metà del XIX rappresenta, invece, un periodo determinante per

²³ I detenuti, in genere i condannati a morte, prestavano il consenso a tali esperimenti in cambio di una promessa di libertà, in caso di sopravvivenza. Cfr. B. Fantini, 2006, p. 1; A. Carlino, 1994.

²⁴ Si trattava di andare ogni settimana nella cella del prigioniero, controllare l'alimentazione, se necessario provvedere alla cura, assicurare i servizi religiosi e cercare di evitare estorsioni o violenze nei suoi confronti.

l'evoluzione della giustizia tradizionale, per la eliminazione dei supplizi che ora cominciano ad apparire intollerabili e irrazionali, a fronte delle forti spinte ideologico-umanitarie, concretizzatesi nell'opera dei pensatori illuministi e supportate da fondamentali avvenimenti storici, quali la rivoluzione francese ed il crollo dell' *Ancien Règime*, come anche da determinanti stravolgimenti economico-sociali quali la rivoluzione industriale. Il diritto allora vigente viene sottoposto a critica; anche i condannati per i reati più gravi sono da considerarsi esseri umani, mentre si fa strada una nuova definizione dell'atto criminoso e del diritto di punire. E questa idea nuova è la correzione e la trasformazione della concezione del soggetto sottoposto a pena; la pena cioè assume la nuova funzione di evitare che il fatto delittuoso si ripeta e al medesimo tempo deve fornire la possibilità al reo di potersi reintegrare nell'assetto sociale.

In estrema sintesi, si può affermare che sia questo il periodo in cui hanno origine le nuove scienze della medicina penitenziaria e della criminologia.

La prigione, diviene, dunque, la forma principale e simbolica della punizione per fatto illecito; dalla fine del XVIII sec., e per tutta la prima metà del secolo successivo, gli ordinamenti statali destinano parte delle risorse economiche alla costruzione di edifici penitenziari, tenendo in conto un minimo delle necessità umane e un'offerta di condizioni di vita decenti.

Come si è detto, la medicina penitenziaria nasce dunque con la riforma giudiziaria (che viene a creare un sistema penitenziario correlato) e l'inizio del XIX sec. vede affermarsi la medicina penitenziaria come settore particolare della scienza medica.

3. Il diritto alla salute come diritto alle cure

È di tutta evidenza che la reclusione rappresenti un ambiente di vita complesso, ove il fine della sicurezza della collettività esterna si combina con altri molteplici fattori ed, *in primis*, con il rispetto dei diritti del detenuto, dei quali la salute rappresenta l'elemento fondamentale per poter godere di tutti gli altri diritti costituzionalmente garantiti.

In questo contesto, per il paziente, l'accesso alle cure assume un aspetto del tutto particolare e lo Stato viene a ricoprire un ruolo basilare,

in quanto ad esso compete di determinare le risorse e le infrastrutture necessarie, al fine di garantire ai malati in stato di detenzione le cure appropriate e soprattutto non difformi da quelle di cui possono beneficiare i soggetti *liberi*.

Sebbene l'esigenza principale rimanga il diritto di accesso alle cure, in ambito carcerario ben possono presentarsi elementi di tensione tra le esigenze del diritto e quelle della medicina, il che ha finito per generare una serie di leggi, regolamenti, raccomandazioni, direttive di non facile armonizzazione.

Certo è che la funzione principale della medicina carceraria è quella di assicurare un buon stato di salute, la quale, anche per i soggetti in stato di detenzione, si sostanzia, secondo l'affermazione dell'OMS, in uno stato di completo benessere fisico, psichico e relazionale, non potendo consistere solamente in un'assenza di malattia o di infermità.

Al riguardo, l'ordinamento statale svolge un ruolo fondamentale nel determinare la destinazione delle risorse pubbliche e creare le infrastrutture necessarie al fine di garantire l'*equivalenza delle cure*, vale a dire un'assistenza sanitaria comparabile a quella prevista per il resto della collettività²⁵. Se unanimemente accettato è il principio dell'equivalenza delle cure per coloro che si trovano in stato di detenzione, resta una questione difficile l'attuazione dell'accesso alle cure.

3.1. L'accesso alle cure

Premesso che, in base alla Costituzione federale, ciascuno ha diritto alla libertà personale, in particolare all'integrità fisica e psichica ed alla libertà di movimento (cfr. art.10 c. 2 Cost. fed.); tutte le restrizioni ad un diritto costituzionalmente garantito devono avere una base legale, essere giustificate da un interesse pubblico e dalla protezione dei diritti fondamentali altrui ed inoltre devono risultare proporzionali allo scopo (cfr. art. 36 Cost. fed.). In particolare, la privazione della libertà personale delle persone in stato di detenzione è ammessa solo nei casi previsti dalla

²⁵ D. Sprumont, G.Schaffter, e al., 2009, p. 15. Sul punto v. *infra* § 5.

legge e nelle forme da questa descritte²⁶, ed il codice penale svizzero riprende questi principi all'art.74²⁷.

Si può far menzione del fatto che, secondo una dottrina risalente nel tempo (cfr. A. Baechtold, Berne, 2009, p.182 ss.), le persone in stato di detenzione, in forza del particolare rapporto che le assoggetta allo Stato, potrebbero subire una limitazione ai loro diritti fondamentali anche senza una base legale; in sostanza i loro diritti fondamentali costituirebbero una sorta di categoria inferiore a quella delle persone "libere". Si tratta di una concezione ormai abbandonata, anche alla luce delle decisioni del Tribunale federale, che ha affermato che le limitazioni della libertà personale devono riposare su di una disposizione di legge²⁸.

Oggi si evidenzia la particolare relazione giuridica tra il detenuto e lo Stato e il fatto che tale subordinazione dell'individuo allo Stato comporti per quest'ultimo un aggravio di responsabilità²⁹, nel senso che compete all'ordinamento statale assicurare il soddisfacimento dei bisogni elementari dei soggetti incarcerati, preservare i loro diritti, seppur con le limitazioni imposte dallo status di recluso, e proteggerli dalle eventuali situazioni di pericolo che si possono venire a creare all'interno del carcere³⁰.

Riguardo, in particolare, al diritto alla salute ed alla possibilità di accedere alle cure, intesa come la possibilità di poter effettivamente usufruire delle cure richieste e che si rendono necessarie nel caso concreto, sono stati indicati, come elementi che condizionano l'accesso, oltre all'offerta delle cure, anche l'elemento geografico e, non da ultimo, il problema del finanziamento (cfr. S. Zbinden Lopez, 2015, p. 262).

Premesso che la salute rappresenta uno status a dimensioni multiple e che la nozione di salute non si sovrappone o si confonde con quella

²⁶ Art. 31 c.1 Cost. fed. Sul punto, cfr. A. Auer, G. Malinverni, M. Hottelier, 2013, p. 160 ss.; J. P. Müller, M. Schäfer, 2008, p. 88.

²⁷ Art. 74: "Principi dell'esecuzione. La dignità umana del detenuto o collocato dev'essere rispettata. I diritti di costui possono essere limitati soltanto nella misura in cui la privazione della libertà e la convivenza nell'istituzione d'esecuzione lo richiedano".

²⁸ ATF 99 Ia 262c. e ATF 106 Ia 277c. Sul punto M. Müller, Berne, 2003, p. 26.

²⁹ Cfr. M. Müller, 2003, p. 142 ss.; J. P. Müller, M. Schäfer, 2008, p. 74.

³⁰ Cfr. S. Trechsel, 2004, p. 101 ss. Così anche il senso dell'art 75 cod. pen. Svizzero che parla di un dovere particolare di protezione quando il detenuto non possa esercitare egli stesso le attività necessarie per l'esercizio dei suoi diritti fondamentali: cfr. B.F. Brägger, 2007.

di cure, ma queste ultime della prima rappresentano il complemento, è l'art. 12 della Cost. fed. che sancisce il diritto di essere aiutato ed assistito e di ricevere i mezzi necessari per un'esistenza dignitosa per chi si trova in stato di bisogno e non è in grado di provvedere a se medesimo³¹.

Quanto sopra indicato, viene completato ancora dal testo costituzionale federale che, all'art. 41 co. 1 lett. b, precisa l'obbligo della Federazione e dei Cantoni di adoperarsi affinché ognuno possa fruire delle cure necessarie. La norma sembra prevedere un fine sociale ed un compito in capo ai due livelli statali, senza tuttavia classificarlo come diritto fondamentale suscettibile di essere fatto valere in giudizio. E in Svizzera, oggi, è il sistema delle assicurazioni sociali, prima enunciato, che porta ad attuazione il fine ed il compito sopra menzionato dello Stato sociale, mentre ulteriori disposizioni cantonali completano il diritto di accesso alle cure³².

Questi principi, di carattere generale, assumono un carattere più sfumato per i soggetti detenuti, in quanto il loro margine di azione risulta notevolmente ridotto e lo stato di salute della persona dall'ambito individuale passa (in gran parte) nella sfera di responsabilità dello Stato. In sostanza, in carcere, il diritto alla salute come elemento essenziale della libertà personale va oltre il semplice accesso alle cure, assumendo il connotato di garanzia delle condizioni di vita compatibili con la dignità umana, anche se ciò può comportare notevoli implicazioni di carattere finanziario (cfr. D. Sprumont, 2001, p. 33).

Ed infatti, un'eventuale restrizione dell'accesso alle cure nei confronti delle persone detenute non potrebbe in alcun caso giustificarsi per mancanza di risorse finanziarie; al contrario, il diritto di accesso alle cure per questi soggetti risulterebbe rinforzato in virtù del particolare rapporto che intercorre tra loro e l'ordinamento statale (cfr. J. Künzi, A.

³¹ Sul punto il Tribunale federale ha fatto riferimento alla cure mediche di base, vale a dire solo le cure strettamente necessarie, cioè essenziali, devono essere garantite (cfr. ATF 130 171).

³² Al riguardo, le disposizioni cantonali sono differenti: possono consistere in un obbligo rivolto alle istituzioni pubbliche, oppure possono assumere la forma di raccomandazioni, oppure ancora consistere in norme costituzionali cantonali che prevedano che vengano create le condizioni necessarie per l'offerta delle cure. D. Sprumont, G.Schaffter e al., 2009, p. 60.

Achermann, 2009, p. 20 ss.). Quest'affermazione corrisponde inoltre a quanto stabilito nel cod. pen. Svizzero, ove si legge, in tema di esecuzione delle pene, che si rende necessario assicurare al soggetto in stato di detenzione l'assistenza necessaria ad eliminare le conseguenze nocive della privazione della libertà³³.

Se si volge lo sguardo a livello internazionale, sul tema in questione, si vede come le norme del Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti³⁴, come anche quelle del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa³⁵, prevedano la necessità della visita medica al momento dell'ingresso del soggetto nella struttura carceraria e la consegna al medesimo di un opuscolo con tutte le informazioni sul servizio di assistenza sanitaria (cfr. J. Künzi, A. Achermann, 2009, p. 23). Il servizio di medicina penitenziaria è tenuto a garantire visite ambulatoriali regolari e dev'essere in grado di gestire le emergenze, l'accesso a cure specialistiche, fino anche, se necessario, al ricovero ospedaliero ed alla gestione delle cure psichiatriche.

Questi principi si ritrovano nelle discipline legislative cantonali (si ricordi che, per l'art.123 c.2 Cost., l'esecuzione delle pene e delle misure compete ai Cantoni)³⁶, anche se differenze, forse anche di rilievo, sono presenti tra i diversi ordinamenti statali. Comunque, il cod. pen. Svizzero, avendo recepito i principi sopra menzionati, rende obbligatoria la

³³ Art. 75 co. 1 cod.pen.: "L'esecuzione della pena deve promuovere il comportamento sociale del detenuto, in particolare la sua capacità a vivere esente da pena. Essa deve corrispondere per quanto possibile alle condizioni generali di vita, garantire assistenza al detenuto, ovviare alle conseguenze nocive della privazione della libertà e tenere conto adeguatamente della protezione della collettività, del personale incaricato dell'esecuzione e degli altri detenuti".

³⁴ Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT), organo del Consiglio d'Europa, costituito al fine di prevenire i casi di tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti sul territorio dei Stati che hanno firmato la Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (in vigore dal 1987).

³⁵ Raccomandazione R(98)7 sugli aspetti etici ed organizzativi della salute in carcere

³⁶ Così, ad esempio, l'art.4 del Regolamento del Cantone di Neuchâtel in relazione ad una politica di cure e di misure di prevenzione e di promozione della salute (RSNE 352.2), come anche la disciplina legislativa del Cantone di Berna che prevede l'obbligo del servizio medico dello stabilimento di cura di vegliare sulla salute fisica e psichica della persona detenuta (art. 42 LEPM, RSBE 341.1).

loro applicazione su tutto il territorio federale (cfr. B. Brägger, 2007).

Tuttavia, se l'accesso alle cure dimostra di essere garantito formalmente, più difficile risulta l'applicazione nella pratica. In particolare, la carenza di risorse economiche rischia di minare di fatto quanto previsto in via normativa³⁷.

³⁷ Sul punto v. *infra* §4. L'Ufficio Federale di Statistica, struttura interna al Dipartimento Federale dell'Interno (DFI), rilevava che, nello scorso anno, erano 6.912 gli adulti detenuti negli istituti di pena, con un leggero aumento rispetto alla rilevazione dell'anno precedente (6.884); per i minorenni, la popolazione detenuta era di 477 unità, anche in questo caso con un leggero aumento rispetto al periodo che precede. Gli istituti di detenzione, su tutto il territorio federale, risultano essere 114 e, secondo quanto emerge dal Concordato della Svizzera latina, gli istituti penitenziari presentano un sovraffollamento, con un tasso del 108%. Sempre secondo quanto illustrato dall'Ufficio Federale di Statistica, tra il 1999 e il 2015, il tasso di detenzione, in riferimento a tutto il territorio federale, risulta aumentato del 18% e, particolarmente marcato è stato l'aumento nella Svizzera latina (56%), mentre nella regione nord-occidentale ed in quella centrale la percentuale si assesta sul 6%, diminuendo ancora nella regione orientale. Si può ancora far menzione del Rapporto del Comitato Europeo per la prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa del 13/24 aprile 2015 (dal 1991 tale Comitato ha preso in esame la situazione elvetica sette volte) e trasmesso al Consiglio federale svizzero. In esso si legge che, in riferimento al personale medico, gli stabilimenti penitenziari Promenade (Neuchâtel) e la prigione cantonale di Svitto presentano una situazione soddisfacente, mentre nelle altre realtà, come le strutture ticinesi di La Farera e La Stampa e quella di Champ –Dollon (Ginevra), la presenza di personale medico risulta inadeguata alla popolazione detenuta. Uguale situazione per il personale paramedico, fatta eccezione per le strutture di La Promenade (Neuchâtel) e Champ-Dollon (Ginevra); in alcuni casi, non è assicurata neppure la presenza costante di infermieri. Riguardo alle cure mediche prestate al di fuori delle strutture carcerarie, il Rapporto ha evidenziato che ciò avviene senza ritardo presso gli istituti di Champ-Dollon (Ginevra) e la prigione cantonale di Svitto; presso altri istituti di pena queste visite mediche sono sovente ritardate, in ragione dell'esiguo numero di scorte di polizia disponibile. Il Consiglio federale, in seguito alla trasmissione del Rapporto del Comitato Europeo sopra indicato, ha evidenziato come da questo emerge, è pur vero, la richiesta di taluni miglioramenti, ma anche che, nel complesso, il livello delle condizioni di detenzione nei penitenziari si dimostri adeguato. Il Consiglio prende in considerazione la necessità di risolvere il problema, evidenziato nel Rapporto, del sovraffollamento nel carcere di Champ-Dollon (Ginevra), come anche la necessità di garantire, ai detenuti affetti da gravi turbe psichiche, il collocamento non in sezioni di sicurezza, ma presso strutture adeguate. Da ultimo, il Consiglio precisa che la raccomandazione del Comitato di rinunciare ad ammanettare i detenuti in occasione dei trattamenti medici dipende da ragioni di sicurezza riferite alle circostanze concrete (Dipartimento federale di Giustizia e Polizia- DFGP, 23.6.2016).

3.2. L'organizzazione delle cure

In merito all'organizzazione pratica dell'assistenza sanitaria, considerato che l'esecuzione e delle pene e delle misure compete a i Cantoni, come poco sopra indicato, questi, nell'ambito della propria competenza, hanno sviluppato una propria normativa interna³⁸.

Nel Vallese, ad esempio, l'art.43 del Regolamento sugli istituti di detenzione (RSVS 340.2) prevede una visita medica nella settimana successiva all'arresto o, su richiesta espressa, nelle 24 ore. Le visite mediche vengono comunque organizzate regolarmente (se possibile ogni settimana) e le urgenze vengono gestite nell'immediato. Durante i giorni festivi e nel fine settimana il servizio di guardia medica è svolto dal personale infermieristico.

Ancora, nel Cantone di Ginevra, la medicina penitenziaria³⁹ è collegata alle strutture ospedaliere ed è completamente indipendente dall'amministrazione penitenziaria. Il personale, formato da infermieri, medici di medicina generale, medici specialisti, psichiatri, psicologi, deve garantire l'accesso alle cure con un servizio continuo che comprende anche il servizio di guardia medica. La prima visita, al momento dell'ingresso in carcere, è effettuata dal personale infermieristico con una prima valutazione di carattere generale, mentre in situazioni particolarmente delicate il paziente è condotto all'attenzione di un medico. Infine, un opuscolo sull'or-

³⁸ L'organizzazione della medicina penitenziaria rientra pertanto nella competenza cantonale ed i Cantoni vi hanno provveduto con proprie fonti interne. Assume rilevanza anche il fatto che, in Svizzera, opera in un diverso modello sanitario, che, fin dal 1911, non vede l'applicazione del SSN, ma del diverso sistema delle assicurazioni sociali (e, riguardo al tema trattato, si tratta dell'assicurazione obbligatoria per le cure mediche - LaMal). Facendo riferimento alla competenza cantonale, si può citare il Regolamento delle strutture carcerario del Cantone Ticino (15.12.2010), che prevede, al Capitolo VI "Salute", la disciplina delle visite mediche e specialistiche (art.28: "L'assistenza medica, medico-dentaria e psichiatrica sono garantite dai medici designati dalle strutture carcerarie"), come anche la copertura dei relativi costi (art.31: " I costi derivanti dalle cure mediche...sono coperti dalle disposizioni della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattia [LaMal]. L'amministrazione delle strutture carcerarie interviene unicamente in modo sussidiario, per quanto non coperto dalla legge [LaMal]").

³⁹ Si fa riferimento alla struttura carceraria di Champ-Dallon (www.hug-ge.ch/medecine-penitentiaire/principes-et-regles).

ganizzazione dell'assistenza sanitaria all'interno del carcere viene fornito al detenuto che può, in ogni momento, richiedere una visita medica.

In riferimento al ruolo ricoperto dal personale impiegato nell'istituto di detenzione in relazione al servizio medico, un rilievo assume l'aspetto della collaborazione, e non solo per quanto riguarda l'accompagnamento del detenuto al servizio di assistenza sanitaria. Infatti, se la prescrizione è competenza del medico, la distribuzione è solitamente affidata al personale di sorveglianza.

In effetti, la legge federale sui prodotti terapeutici (LPTh)⁴⁰ (come anche le disposizioni di applicazione) non contengono una simile previsione⁴¹. Ciò nonostante, per la mancanza di risorse, questo compito è spesso demandato al personale di sorveglianza che dovrebbe possedere, in tale circostanza, una preparazione adeguata, al fine di poter offrire le necessarie garanzie di sicurezza (in particolare per quanto riguarda i dati sensibili del paziente)⁴².

L'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM) ha evidenziato quali siano le esigenze da rispettare: così il prodotto, prescritto dal medico, dev'essere fornito da una farmacia pubblica; la sistemazione e la conservazione del prodotto nell'istituto di pena vanno poste sotto la responsabilità di un farmacista; il personale di sorveglianza si deve limitare a controllare la consegna del medicinale, non ha accesso alla prescrizione medica e la consegna deve avvenire in modo da garantire il diritto alla riservatezza del paziente.

Da ultimo, in merito alla scelta del professionista, dalla garanzia costituzionale della libertà personale discenderebbe il diritto del paziente alla libera scelta del medico, principio ripreso anche a livello cantonale.

In proposito, il Tribunale federale ha precisato che la libera scelta del professionista, in caso di detenzione, non è incondizionato; certo, il dete-

⁴⁰ RS 812.21. Anche l'art.49 della Raccomandazione del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa R(98)7 sugli aspetti etici ed organizzativi della salute in carcere

⁴¹ L'art 24 stabilisce che le persone autorizzate a distribuire farmaci sono i farmacisti, i medici, i dentisti, i veterinari ed i chiropratici, in aggiunta ad altro personale qualificato sotto il controllo per personale medico sopra menzionato.

⁴² Oggetto del segreto non sono solo i fatti inerenti alla salute dell'assistito conosciuti durante l'esercizio della professione, bensì, qualsiasi notizia, anche non inerente alle condizioni di salute, conosciuta dal professionista in ragione della professione. B.F. Brägger, 2011, p. 9.

nuto può far ricorso ad altro medico, qualora venga meno il rapporto di fiducia con il professionista, ma sempre nell'ambito della medicina penitenziaria⁴³. Ugualmente, non poche disposizioni cantonali enunciano una pari limitazione riguardo alla libera scelta del medico all'interno dell'istituto penitenziario⁴⁴.

Questa limitazione, d'altra parte, corrisponde a quanto previsto anche in ambiente ospedaliero. Qui, infatti, il degente deve avvalersi dell'opera dei medici dell'ospedale e non può far ricorso a professionisti esterni (Tribunale federale ATF 111 Ia 231). In ambiente carcerario, quanto indicato si giustifica maggiormente per una ragione di sicurezza: la libertà viene limitata in ragione di un interesse pubblico, su un fondamento legale e nel rispetto del principio di proporzionalità (Tribunale federale ATF 103 Ia 293). Dunque, ragioni di sicurezza e interesse del paziente devono essere considerati attentamente e bilanciati, tenendo conto anche del particolare regime di detenzione⁴⁵.

3.2. L'interruzione e le forme di deroga all'esecuzione

Particolare questione si pone quando l'accesso alle cure può non essere garantito continuando a scontare la pena all'interno dell'istituto carcerario. In base all'art.92 del cod. pen. Svizzero si può interrompere l'esecuzione delle pene e delle misure per un motivo "grave"⁴⁶, ma le

⁴³ *"Le principe de la liberté personnelle donne aux détenus le droit de recevoir l'assistance médicale qui leur convient, mais non pas, d'une manière générale, celui de choisir leur médecin. En principe, les détenus reçoivent donc en prison les soins médicaux du médecin attitré, sauf lorsque leur état de santé exige leur hospitalisation. Toutefois, ils doivent être examinés et soignés par un autre médecin lorsque le rapport entre le médecin attitré et le patient est réellement rompu ou qu'il est opportun, du point de vue médical, de faire appel à un spécialiste [...]. Contrairement, à ce que semblent soutenir les recourants, cet autre médecin n'est pas forcément le médecin de confiance du détenu"* (ATF 106 Ia 277).

⁴⁴ Così il Cantone di Neuchâtel (art. 60 LPMAPA, RSNE 351), il Cantone di Berna (OEPM. RSBE 341.11). Sul punto D. Sprumont, Schaffter e al., 2009, p. 60 ss.; J. Künzi, A. Achermann, 2009, p. 25.

⁴⁵ Per l'accesso allo specialista competente per una particolare condizione patologica occorre la richiesta del medico di medicina generale: cfr. A. Blanchard, 2013, p. 6.

⁴⁶ Il carattere eccezionale può riguardare il settore sanitario, ma anche quello famil-

situazioni che determinano la gravità del contesto non trovano menzione a livello legislativo, e dunque sono lasciate alla discrezionalità del magistrato. Certo è che il principio della continuità della pena può subire eccezioni solo per un evento eccezionale e in via subordinata.

Qualora si tratti di una motivazione di carattere sanitario, si tratterà di valutare se il paziente, che non può scontare la pena secondo le condizioni previste dalla sentenza di condanna, possa essere trasferito presso altra struttura, in genere un ospedale o un reparto ospedaliero adibito alla cura dei detenuti, un centro di riabilitazione, una struttura adeguata per portatori di handicap o per persone anziane. E la malattia, che è uno dei motivi più di frequentemente invocati per l'interruzione della pena, deve risultare tale da metter in pericolo la salute o la vita stessa dell'individuo⁴⁷.

Sul punto è da rilevare che il rischio di suicidio (caso non raro in caso di detenzione) non sembra giustificare un'interruzione della pena, dal momento che le misure che permettono di evitare una tale eventualità possono trovare applicazione anche all'interno del carcere (cfr. *Ârret du Tribunal fédéral* 108 Ia 69). Per il Tribunale federale simili considerazioni valgono anche per lo sciopero della fame, dal momento che il detenuto, che rifiuta il cibo, pone in atto un atteggiamento di protesta, al quale può in ogni momento rinunciare (ATF 236 IV 97).

Se dunque è compito dello Stato assicurare l'offerta delle cure adeguate ai soggetti in stato di detenzione, e di conseguenza la carenza di queste cure può costituire una violazione della Convenzione di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU)⁴⁸, le situazioni sopra indicate, di norma vengono risolte con un'esecuzione della pena adeguata al singolo caso considerato. Pertanto, l'interruzione della pena finisce per dipendere dalla possibilità dell'offerta delle cure all'interno della struttura carceraria⁴⁹.

iare, patrimoniale o professionale: cfr. A. Blanchard, 2013, p. 7.

⁴⁷ Cfr. A. Krähenmann, A. Schweizer, T. Tschumi, 2011, p. 5; D. Sprumont, 2001, p. 34; ed anche *Ârret du Tribunal fédéral* 136 IV 97.

⁴⁸ Cfr. D. Sprumont, 2001, p. 37; ed in riferimento ai detenuti in età avanzata A. Blanchard, 2013, p. 7.

⁴⁹ Secondo il Tribunale federale, un malato di cancro in fase terminale, detenuto in una struttura carceraria, non potrebbe beneficiare dell'interruzione della pena, qualora le cure adeguate siano possibili nella struttura stessa, potendo beneficiare del trasfer-

Parallelamente, sono ammesse forme di deroga in tema di esecuzione della pena, anche in caso di gravidanza, parto e puerperio, ed ancora per permettere a madri detenute di tenere con sé i figli in tenera età (cfr. art.80, co. 1, cod. pen. Svizzero).

4. Il finanziamento delle prestazioni

Quanto fin qui indicato, riguardo alla tutela della salute ed accesso alle cure per i soggetti in stato di detenzione, presenta un costo in termini monetari non indifferente per l'altro soggetto di questo particolare rapporto, vale a dire il livello statale.

In Svizzera, il costo delle prestazioni sanitarie grava in primo luogo, ed almeno in parte, sull'assicurazione obbligatoria per le cure mediche (LaMal)⁵⁰. Dunque, le prestazioni relative alle cure mediche ed infermieristiche possono essere fatturate al paziente detenuto secondo la tariffa del TARMED⁵¹, mentre i costi dell'ospedalizzazione corrispondono ai costi fissi secondo le disposizioni della LaMal. È compito dell'amministrazione verificare l'esistenza dell'assicurazione malattia obbligatoria in capo al soggetto detenuto; in difetto, viene redatto un rapporto all'autorità competente del Cantone in cui il soggetto si trova al momento dell'arresto o del giudizio⁵².

Qualora risulti possibile, il paziente detenuto si fa dunque carico dei costi delle prestazioni di cui beneficia. Riguardo alle persone prive dell'assicurazione obbligatoria per le cure mediche (LaMal), i relativi

imento presso un reparto ospedaliero solo nel momento in cui si renderà opportuno: ATF 6B_504/2013 del 13 settembre 2013.

⁵⁰ Ad esempio, tale principio è ripreso dal Cantone Vallese nella legge di applicazione del cod. pen. Svizzero, per la quale la legge federale sull'assicurazione obbligatoria malattia (LaMal) regola la presa in carico dei costi relativi alle prestazioni dovute ai soggetti detenuti (art.4 c. 1 LACPS, RSVS 311.1)

⁵¹ Per la fatturazione ai loro pazienti i medici applicano una tariffa unitaria: la TARMED. Questa tariffa comprende tutte le prestazioni mediche e paramediche fornite presso lo studio medico e nel settore ospedaliero ambulatoriale. La TARMED, approvata dal Consiglio federale, è in vigore dal 1° gennaio 2004 (www.fmh.ch).

⁵² A livello cantonale, si veda ad es., l'art. 47 c. 3 della legge vallese di applicazione del cod. pen. Svizzero (LACPS, RSVS 311.1).

costi assicurativi vengono sopportati dal Cantone ove si è svolto il giudizio o presso il quale il detenuto si trova⁵³. Ciò vale anche per quelle prestazioni accessorie che, di regola, non sono rimborsabili dall'assicurazione obbligatoria (come ad es. le cure odontoiatriche). Le spese che non sono coperte dalla LaMal costituiscono, dunque, i costi dell'esecuzione della pena o della misura.

Per il detenuto minorenni, la situazione non è molto differente. I costi delle cure mediche gravano sul minore, sul suo rappresentante legale o su un terzo, in generale la sua assicurazione; in difetto vengono sopportate dall'autorità di esecuzione della pena⁵⁴. Ciò significa che il Cantone, ove è situato l'istituto di pena, deve chiedere il rimborso ai soggetti sopra indicati; in caso di insolvenza, dovrà sopportarne i relativi costi⁵⁵.

Dunque, il sistema assicurativo della LaMal non copre tutti i costi effettivi per le cure sanitarie delle persone detenute. Così il finanziamento dei servizi, per la medicina penitenziaria, dipende in parte dal finanziamento dei Cantoni, in considerazione di quella responsabilità che discende dal particolare rapporto (detenzione) di cui in precedenza si è detto. Ed a questo particolare rapporto si collega anche la garanzia dell'equivalenza delle cure mediche per coloro che si trovano all'interno delle strutture penitenziarie.

5. Il principio dell'equivalenza

L'ultimo concetto enunciato, e cioè la garanzia dell'equivalenza rispetto all'accesso alle cure mediche all'interno delle strutture penitenziarie

⁵³ Così espresso dall'art. 24 c. 2 e 3 e 4 del *Concordat latin sur la détention pénale des adultes* del 10 aprile 2006, CLDJP (Conference latine des chefs des Departements Justice et Police), che concerne i Cantoni di Friburgo, Vaud, Vallese, Neuchâtel, Ginevra, Jura, Ticino.

⁵⁴ Art. 39 co. 1, *Concordat sur l'exécution de la détention pénale des personnes mineures des cantons romands et partiellement du Tessin* (CEDPM) del 24 marzo 2005.

⁵⁵ Un servizio medico pluridisciplinare che si faccia carico delle urgenze e del servizio di guardia medica, comporta costi non rimborsabili. Nel Vallese, nel 2008, il costo totale era stato stimato intorno ai 950.000 Franchi svizzeri, le somme rimborsate attraverso l'assicurazione obbligatoria in 550.000 Franchi svizzeri, con una differenza di 400.000 Franchi svizzeri a carico della finanza cantonale (cfr. S. Zbinden Lopez, 2015, p. 271).

rie, a prima vista, sembra addirittura ovvio: le persone in stato di detenzione devono godere delle medesime cure che sono offerte all'altra parte della popolazione, vale a dire ai soggetti "liberi".

Ed in effetti, nel caso in cui tale principio non venga rispettato, quando cioè il detenuto non riceva le cure appropriate, egli può agire in giudizio per violazione dell'art. 3 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, denunciando un *trattamento inumano*⁵⁶.

È stato rilevato, tuttavia, che, dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, a volte emerge una distinzione tra "principio dell'equivalenza" e la nozione di "cure mediche appropriate", nel senso che le cure offerte ai detenuti possono considerarsi appropriate anche se non rispecchiano lo stesso livello di quelle previste per la restante parte della collettività (cfr. J.P. Restellini, 2016, p. 308).

Si tratta, è evidente, di una nozione elastica, che si presta a valutazioni differenti e che potrebbe, anche facilmente, essere soggetta ad una interpretazione restrittiva.

Una prima precisazione si può trarre, comunque, dai diversi testi normativi che, ormai da più di vent'anni, si occupano del tema delle cure all'interno degli istituti penitenziari.

Il Consiglio d'Europa, nella Raccomandazione sugli aspetti etici ed organizzativi delle cure sanitarie in carcere⁵⁷, precisa che la nozione di equivalenza delle cure implica che il servizio sanitario, all'interno dell'istituto penitenziario, deve garantire cure mediche, psichiatriche, odontoiatriche, come anche prevedere programmi di igiene e trattamenti di prevenzione, nelle medesime condizioni previste per la restante parte della collettività.

Ugualmente, il Comitato per la prevenzione contro la tortura, nel terzo rapporto generale sull'attività riferita al 1992, a fianco dei principi generali, fa menzione anche del principio di equivalenza.

⁵⁶ Art. 3: "Proibizione della tortura. Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti". Al riguardo, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha ribadito, con giurisprudenza costante ormai da più di 15 anni, che la mancanza di cure mediche appropriate e più in generale, la detenzione di una persona malata, in condizioni inadeguate, può costituire un trattamento contrario all'art. 3.

⁵⁷ Racc. R (98) 7 sugli aspetti organizzativi della salute in carcere.

In Svizzera, l'Accademia delle scienze mediche (ASSM) ha emanato linee guida, che ugualmente riprendono il concetto dell'equivalenza delle cure, senza tuttavia precisarne il significato⁵⁸. Si fa cioè riferimento alla necessità di garantire cure equivalenti a quelle della popolazione in generale, senza però fornire alcuna ulteriore specificazione⁵⁹.

⁵⁸ ASSM, *Misure coercitive in medicina* (2015), art. 5: "Equivalenza delle cure. La persona detenuta ha diritto a cure equivalenti a quelle di cui usufruisce la popolazione in generale". La Commissione di etica dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) si occupa dei problemi etici che si presentano nel settore sanitario. Con l'intento di offrire indicazioni per la professione medica, per il lavoro del personale infermieristico e per la formazione nell'ambito delle professioni sanitarie, la Commissione formula direttive e raccomandazioni. Di norma, tali direttive vengono introdotte nel Codice deontologico della FMH (associazione professionale del corpo medico).

⁵⁹ Di difficile definizione resta dunque la questione di che cosa si debba intendere per diritto alla salute del soggetto detenuto. Secondo l'OMS, la definizione di salute, in generale, comprende il benessere fisico, psichico, sociale e non solamente l'assenza di malattia e infermità. Questa visione multidimensionale dell'OMS, che accoglie una nozione di benessere sociale, trova successiva precisazione nella Carta di Ottawa del 1986. In essa, la salute è intesa come un processo fisico, psichico e sociale che viene a permettere al singolo di realizzare i propri progetti; non si tratta più di salute come mancanza di malattia, ma di ricerca di fattori che contribuiscono a migliorare la salute medesima. Ciò comporta la necessità del collocamento in un ambiente adeguato, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate. In sostanza la salute risulta un bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale, e concreta un aspetto fondamentale della qualità della vita; i fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come possono lederla. Appare evidente che questa dimensione sociale della salute non possa trovare piena attuazione all'interno del carcere. Si potrebbe aggiungere che, per buona parte dell'opinione pubblica, questa assenza di "connotato sociale" della salute appartiene al concetto stesso di pena. Ancora, da alcune parti sociali (ed anche in ambito sanitario) si è evidenziata la non applicazione del principio di equivalenza, ma nel senso di un "trattamento di favore" per i detenuti. Secondo questa opinione, prendendo in osservazione i servizi offerti dalla medicina penitenziaria, in una fascia di età compresa fra i 18 e i 35 anni (considerato che la maggior parte della popolazione detenuta rientra in questa fascia d'età), lo stanziamento di bilancio previsto per le cure in carcere sarebbe nettamente superiore a quello destinato alle persone, della medesima fascia di età, in condizione di libertà. In proposito occorrerebbe però ricordare che, nell'ambiente carcerario, si concentra quella parte di popolazione che, già all'esterno del carcere è all'origine di una maggiore domanda di cure. Si può far menzione, ad esempio, di coloro che soffrono di problemi di dipendenza (e la dipendenza non è che una delle cause della commissione del fatto il-

In effetti, nella Confederazione elvetica, questo principio dell'equivalenza delle cure, nei confronti dei soggetti detenuti, dovrebbe trovare applicazione con il sistema dell'assicurazione obbligatoria per le cure (LaMal), cui si è detto all'inizio del presente lavoro, illustrando le caratteristiche del settore sanitario⁶⁰.

Nella pratica, la situazione appare più complessa e di difficile realizzazione, in quanto, per i detenuti stranieri o senza domicilio in Svizzera, non trova applicazione l'art. 3 della LaMal⁶¹ e di conseguenza, tali persone si trovano ad essere senza copertura assicurativa.

Più in particolare, qualora i costi relativi alle cure non siano coperti dall'assicurazione-malattia, essi devono essere posti a carico del detenuto o delle persone obbligate al suo mantenimento, ai sensi degli articoli 328 e 329 del codice civile svizzero. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, i detenuti, non domiciliati in Svizzera, sono totalmente privi di reddito e di patrimonio. Di conseguenza, i costi ricadono sul Cantone, con soluzioni organizzative che variano da Cantone a Cantone.

lecito per procurare la sostanza da cui si dipende, dall'alcool agli stupefacenti); i detenuti con disturbi mentali, il cui comportamento illecito è una conseguenza dello stato di salute psichico; la provenienza geografica, in particolare da quei Paesi dove le strutture sanitarie sono pressoché inesistenti e, di conseguenza, avvenendo il primo contatto con un medico nel momento dell'ingresso in carcere, si rende necessaria tutta una serie di trattamenti, in particolare contro le malattie trasmissibili; ed infine, in tutti gli ordinamenti, la prigione ospita una parte di senz'altro, persone prive di risorse per vivere, che necessitano anch'esse, all'arrivo in carcere, di tutta una serie di trattamenti sanitari. È facile comprendere, allora, che, nella medesima fascia di età sopra indicata, la popolazione carceraria necessita di costi maggiori nel settore sanitario rispetto alla popolazione "libera", senza dunque poter parlare di "situazione più favorevole" per i detenuti in riferimento allo stanziamento pubblico nel settore sanitario. Ed occorre ancora aggiungere che la privazione della libertà personale, in particolare per un lungo periodo, nella maggior parte dei casi, produce un effetto negativo sulla salute fisica e psichica della persona. Di conseguenza, da questa situazione, possono nascere inevitabilmente costi supplementari a carico del settore sanitario. Sul punto J. P. Restellini, 2016, p. 315 ss.

⁶⁰ In alcuni ordinamenti, la medicina penitenziaria fa riferimento alla struttura ministeriale cui è attribuito il settore della sanità: così in Italia, in Francia, nel Regno Unito, in Catalogna e, riguardo alla Svizzera, nei Cantoni di Ginevra, Vaud e Neuchâtel.

⁶¹ Art. 3, co. 1 LaMal: "Ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera".

Ad esempio, nel Cantone di Ginevra, compete al Dipartimento di medicina provvedere ai costi dell'eventuale degenza ospedaliera presso il settore penitenziario dell'ospedale cantonale; alle spese per cure ambulatoriali in carcere provvede invece l'istituto di detenzione ove è collocato il detenuto.

In altri Cantoni, sono i servizi sociali ad accollarsi i costi della medicina penitenziaria. Ed in presenza di risorse finanziarie limitate, l'ordinamento statale può rifiutare di assumere le somme di talune prestazioni, in particolare se si tratta di interventi chirurgici senza carattere di urgenza⁶².

6. Conclusioni

Nella Confederazione elvetica, come in altri Paesi europei, l'universalità e l'uguaglianza dell'accesso alle cure trova formale garanzia nella disciplina costituzionale e legislativa della Federazione e dei Cantoni, ma, per la popolazione detenuta, queste affermazioni subiscono una limitazione a causa delle ridotte risorse finanziarie. È stato sottolineato che, nel contesto attuale, in riferimento al settore sanitario, l'assunzione di responsabilità per le cure mediche in carcere non rappresenta una priorità, e ciò per tutti i livelli statali, sia la Federazione che i Cantoni (cfr. M. Heer, 2007, p. 97 ss.; C. Von Braun, 2013, p. 8). La priorità è rivolta, invece, all'elemento della sicurezza, che viene a prevalere sulle necessità terapeutiche e sul soddisfacimento dei bisogni del detenuto in riferimento al fondamentale diritto alla salute (cfr. M. Vacheret, D. Lafortune, 2011, p. 485 ss.).

Inoltre, nella Confederazione elvetica, il principio dell'equivalenza delle cure registra differenze, anche di rilievo, da Cantone a Cantone, in virtù di quella competenza cantonale per l'esecuzione delle misure e delle pene (art. 123, co. 2 Cost.), cui si è accennato all'inizio di questo lavoro. Resterebbe da evitare, comunque, il prevalere della percezione del carattere solo punitivo e retributivo della pena, che porterebbe ad accet-

⁶² Un esempio può essere fornito dalla patologia dei calcoli biliari alla cistifellea: in alcuni casi, i calcoli biliari, in specie se di piccole dimensioni, possono provocare un'ostruzione del canale che collega la cistifellea all'intestino, arrivando a provocare una pancreatite acuta, con pericolo di morte per il paziente; diversamente, ad un soggetto libero, in tal caso, è data la scelta di non posticipare l'intervento.

tare una sorta di qualifica di seconda categoria per l'assistenza sanitaria alle persone in stato di detenzione, l'esatto opposto di quel principio di equivalenza proclamato anche nelle fonti internazionali.

Come a suo tempo, nel settore sanitario, il modello prospettato da Otto von Bismarck (idea sicuramente innovativa per la forma di Stato allora vigente), che vedeva necessario, per l'industrializzazione del Paese, la realizzazione di misure di protezione per la classe lavoratrice, quali l'assicurazione contro le malattie, e poi l'assicurazione contro gli infortuni, seguita subito dopo dall'assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia, così oggi, nel *Welfare State* (o in quello che ne resta), la *governance* necessita, come priorità (e forse anche come idea non unanimemente accettata, ma imprescindibile in uno Stato del benessere) la presa in carico responsabile e dignitosa delle cure dei soggetti detenuti. Tanto più che la maggior parte di essi, prima della detenzione, si trovavano già in una condizione di svantaggio (spesso miserabile) e, proprio per tale motivo, meritano ben di più di un atteggiamento di generale indifferenza.

Riferimenti bibliografici

Aubert J.F. (1996), *Un Droit constitutionnel aux soins?*, Intervento redatto per la 3^a Giornata del diritto della salute, Institut de droit de la santé, Universität de Neuchâtel, 26 settembre 1996.

Aubert J.F., Mahon P. (2003), *Petit Commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999*, Schulthess, Zurich, Bâle, Genève.

Auer A., Malinverni G., Hottelier M. (2013), *Droit constitutionnel suisse*, vol. II, *Les droits fondamentaux*, Stämpfli Editions, Berne.

Baechtold A. (2009), *Strafvollzug, Straf-und Massnahmenvollzug an Erwachsenen in der Schweiz*, Stämpfli Editions, Berne.

Blanchard A. (2013), *L'exécution des peines privatives de liberté concernant les personnes âgées*, in *Jusletter* 4 mars 2013.

Brägger B. F. (2011), *Gefängnismedizin in der Schweiz, Eine Analyse des bestehenden rechtlichen Rahmens*, in *Jusletter* 11 avril 2011.

Brägger B. F., Art. 75, in B.F. Brägger e al. (2007), *Strafrecht I, Art. 1-110 StGB*, Basler Kommentar, Helbing Lichtenhahn, Bâle.

Carlino A. (1994), *La fabbrica del corpo. Libri e dissezione nel Rinascimento*, Einaudi, Torino.

Cerrina Feroni G. (2012), *Pubblico e privato nella erogazione delle prestazioni sanitarie*, in Carboni G. G., a cura di, *La salute negli Stati composti*, Giappichelli, Torino.

Crivellini M., Galli M. (2016), *Sanità e salute: due storie diverse*, Franco Angeli, Milano.

Dumont J. P. (1995), *Les systemes de protectin sociale en Europe*, Economica, Parigi.

Eichenhoffer E. (1995), *Sozialrecht*, Mohr, Tübingen, 1995.

Fantini B. (2006), *Histoire de la médecine en milieu pénitentiaire*, in D. Bertrand, G. Niveau, a cura di, *Médecine, santé, et prison*, Medecine & Hygiene, Chêne-Bourg.

Gerotto S. (2000), *Note sull'assicurazione sanitaria nel diritto comparato: la legge svizzera sull'assicurazione malattia (LAMal)*, in *Sanità Pubblica*, n. 10.

Grasso G. (2009), *Diversificazione e uniformità di un modello federale: il caso della Svizzera*, in R. Balbuzzi, a cura di, *Sistemi costituzionali, diritto alla salute ed organizzazione sanitaria*, il Mulino, Bologna.

Guillod O., Sprumont D. (1996), *Le droit de la santé: un droit en émergence*, in P. Zen-Ruffinen, A. Auer, a cura di, *De la Constitution: études en l'honneur de Jean-François Aubert*, Helbing & Lichtenhahn, Bâle.

Heer M. (2007), *Die therapeutischen Massnahmen in Schatten der Verwahrung-einige kritische Überlegung zu Tendenzen im Massnahmenrecht*, in *Festschrift für Franz Riklin*, Schulthess, Basel.

Krähenmann A., Schweizer A., Tschumi T. (2011), *Hungerstreik im Strafvollzug*, in *Jusletter*, 10 janvier 2011.

Kraus D., Schmidt A. (2006), *Le "droit à la santé": quelques considérations de droit constitutionnel suisse à la lumière du droit International*, in *Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitsrecht*, n. 2.

Künzi J., Achermann A. (2009), *Sprachbarrieren bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Haftsituationen, Ansprüche fremdsprachiger Inhaftierter und Verpflichtungen des Staates, Gutachten zubanden der Sektion AIDS des Bundesamts für Gesundheit*, Institut für öffentliches Recht der Universität Bern.

Macchia P. (2014), *Brevi spunti sul diritto alla salute nella Confederazione elvetica*, in *Diritto Pubblico Comparato ed Europeo*, n. 2.

Müller J.P., Schäfer M. (2008), *Grundrechte in der Schweiz: im Rahmen der Bundesverfassung*, Stämpfli Editions, Bern.

Restellini J. P. (2016), *Le principe dell'équivalence en droit médical pénitentiaire*, in A.S. Dupont A.S., Guillod O., a cura di, *Réflexions romandes en droit de la santé*, Dike Verlag, Zurich, St. Gall.

Sprumont D. (2006), *Le service public et les services d'intérêt public: l'exemple de la santé*, in T. Tanquerel, F. Bellanger, a cura di, *Le service public*, Schulthess, Genève.

Sprumont D. (2001), *Le droit de la santé et le droit d'accès aux soins en milieu pénitentiaire*, in N. Queloz e al., *Médecine et détention*, Stämpfli, Berne.

Sprumont D., Schaffter G. e al. (2009), *Pratique médical en milieu de détention. Effectivité des directives de l'Académie suisse des sciences médicales sur "l'exercice de la médecine auprès des personnes détenues"*, Institut de la santé, Université de Neuchâtel.

Steffen G. (2002), *Droit aux soins et rationnement. Approche d'une definition des soins necessaries*, Stämpfli, Berne.

Trechsel S. (2004), *La prise en charge des détenus à la lumière des droits de l'homme*, in *Problèmes pratiques et nouvelles perspectives, Actes des Journées de Galatasaray, Istanbul 2002*, Istanbul, Galatasary Üniversitesi, Neuchâtel, International penal and penitentiary Foundation.

Vacheret M., Lafortune D. (2011), *Prison et santé mental, les oublié du systems*, in *Deviance et Société*, n. 4.

Von Braun C. (2013), *Les femmes en prison*, in *Jusletter*, 8 avril 2013.

Zbinden Lopez S. (2015), *L'accès aux soins pour les personnes détenues*, in *Revue Suisse de droit de la santé*, Berne.

Per un'analisi socio-giuridica della riforma della sanità penitenziaria: appunti per un modello teorico di ricerca

Claudio Sarzotti

Abstract: *L'Autore propone una lettura socio-giuridica della riforma della sanità penitenziaria italiana come un case study con cui verificare empiricamente le dinamiche del campo giuridico del penitenziario. In particolare, la riforma rappresenta l'entrata in gioco in tale campo di un nuovo attore sociale: il Servizio Sanitario regionale incarnato dalle singole ASL competenti sul territorio in cui sono insediati gli istituti penitenziari. Questo fatto è stato percepito dal campo del penitenziario entro il quadro narrativo della coppia outsourcing/insourcing carcerario, favorendo in tal modo una lettura non destabilizzante della riforma. Dopo aver delineato una possibile analisi comparativa con il caso della sanità penitenziaria francese, l'Autore conclude interrogandosi se la riforma italiana possa iscriversi in nuova e più ampia fase dell'outsourcing carcerario italiano sul modello di quello proposto per la costruzione del carcere di Bolzano.*

Parole chiave: *sanità penitenziaria, cultura professionale, operatori sanitari, insourcing/outsourcing carcerario, analisi comparata, sanità penitenziaria francese*

1. Un *case study* per le dinamiche del campo giuridico del penitenziario

Nell'ambito delle ricerche sulla cd. medicina penitenziaria, il caso italiano della riforma entrata in vigore nel 2008, ma che ha avuto una gestazione alquanto più risalente nel tempo¹, rappresenta certamente un *case study* molto significativo per analizzare l'impatto che innovazioni di tipo normativo ed organizzativo possono produrre in quello che è stato definito il campo giuridico del penitenziario². Come noto, tale campo

¹ Per la ricostruzione di tale processo che risale per lo meno all'ultimo decennio del secolo scorso, cfr. per tutti S. Libianchi (2008). Per una prima analisi del suo processo attuativo, cfr. D. Ronco, 2013 e 2014; D. Ronco, D. Scandurra, G. Torrente, 2011); M. Miravalle, A. Sbraccia, A. Scandurra, V. Verdolini (2016).

² Mi permetto qui di rinviare a lavori che ho pubblicato in passato senza dover

si caratterizza per una elevata impermeabilità dei suoi confini e per la tendenza degli attori sociali che ne fanno parte a considerare tutti gli altri attori degli *outsiders* potenzialmente pericolosi per gli equilibri di potere raggiunti all'interno del campo stesso. È altrettanto noto, peraltro, che una delle attività più rilevanti delle organizzazioni è quella di determinare e rinegoziare incessantemente tali confini con gli attori sociali che con esse entrano in contatto. Anche nel caso del carcere, quindi, i confini vanno percepiti non come un muro invalicabile e immobile che separa il dentro del carcere dal fuori della società libera³, ma come una frontiera mobile oggetto di una continua ridefinizione tra gli attori sociali.

Da questo punto di vista, la riforma della sanità penitenziaria, con il passaggio al Servizio Sanitario Nazionale di un settore della medicina che ha una lunga storia intrecciata con quella dell'istituzione penitenziaria⁴, ha rappresentato il caso forse più rilevante negli ultimi anni in cui i confini tra interno/esterno sono stati necessariamente ridefiniti e ridiscussi rispetto alle molteplici attività che ora ricadono sotto la competenza delle ASL che insistono sui territori sedi di istituti penitenziari. E tale ridefinizione è stata determinata appunto dall'ingresso nel campo di un nuovo attore sociale parzialmente estraneo alle consolidate dinamiche del campo stesso. Se si concepisce il campo giuridico del penitenziario come un contesto entro il quale interagiscono attori sociali costituiti a loro volta da organizzazioni più o meno strutturate diventa possibile

richiamare i vari passaggi teorici che stanno alla base di tale strumento di rappresentazione socio-giuridica della realtà carceraria. Cfr. per tutti C. Sarzotti (2010).

³ La tentazione di rappresentare in tale prospettiva i confini del campo del penitenziario è rafforzata dal fatto, non certo secondario, che essi si materializzano nelle arcigne mura degli istituti penitenziari. Ma che tali confini siano meno arcigni di un tempo è testimoniato banalmente dal considerevole aumento del numero di persone esterne al carcere che quotidianamente vi hanno accesso per le ragioni più varie (dai volontari agli insegnanti, dai giornalisti ad artisti di vario genere). Mauro Palma, in un recente intervento convegnistico a Genova, ha sottolineato, tra l'altro, come questa "apertura" verso l'esterno sia una delle caratteristiche che differenziano il sistema carcerario italiano da molti altri Paesi occidentali.

⁴ In Italia sono pressoché assenti studi sulla storia della medicina penitenziaria di storici professionisti. L'unico volume dedicato espressamente al tema è infatti stato prodotto da una delle figure più rappresentative di tale categoria di medici, Francesco Ce-raudo (1998).

osservare le sue dinamiche con le categorie della teorie dell'organizzazione applicate alla Pubblica Amministrazione. Nel caso della riforma della sanità penitenziaria l'applicazione di tali categorie risulta alquanto proficua. Formalmente la riforma non ha fatto che trasferire un'attività della Pubblica Amministrazione da un settore ad un altro, dal Ministero della Giustizia ai servizi sanitari regionali, ma di fatto ciò ha prodotto l'ingresso nel campo giuridico del penitenziario di un nuovo soggetto che è diventato un attore con cui gli altri attori hanno dovuto interagire e ridefinire i propri confini.

È opportuno sottolineare che quando parliamo di sanità penitenziaria trattiamo di un insieme di servizi relativi alla tutela della salute delle persone recluse che potenzialmente possono impattare con quasi tutti gli aspetti della vita detentiva che, peraltro, sono ancora gestiti dall'amministrazione penitenziaria. Se si definisce la nozione di salute secondo l'ormai classica indicazione dell'O.M.S. come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità" è evidente che tutelare la salute della persona reclusa significa prendere in considerazione molteplici aspetti della sua vita quotidiana in carcere rispetto ai quali il servizio sanitario penitenziario deve interagire con l'amministrazione penitenziaria. Se il compito del medico penitenziario è quello di tutelare la salute dell'individuo recluso in una accezione così ampia, come può egli ignorare o disinteressarsi alla quantità e alla qualità della sua alimentazione, a quanto e come dorme, se può svolgere o meno attività fisica, se può praticare una regolare attività sessuale e mantenere relazioni affettive con i propri familiari, se il luogo in cui vive è in condizioni igieniche decenti, se può godere di aria pulita e luce sufficiente, se il suo campo visivo permette di accedere almeno saltuariamente alla linea dell'orizzonte per evitare i danni permanenti prodotti dalla riduzione di tale campo?⁵ Queste domande, le cui risposte potrebbero sembrare scontate, non sono affatto banali in quanto alla loro stessa formulazione. Dal fatto che esse entrino o meno a far parte delle mappe cognitive degli operatori sanitari che lavorano in carcere e

⁵ Sono domande che i penitenziaristi ottocenteschi (alcuni di essi provenivano dalla professione medica) si sono posti sin dal momento della nascita del carcere disciplinare moderno (cfr., per quanto riguarda il contesto italiano, A. Capelli, 1988, p. 213 ss.), sebbene all'epoca l'accezione di salute fosse molto diversa da quella odierna.

delle strategie organizzative delle ASL di riferimento dipendono, infatti, i confini tra sistema carcerario e Servizio Sanitario Nazionale⁶.

Questa dinamica di ricomposizione del campo è però stata resa complessa per lo meno da due elementi che non devono essere trascurati. In primo luogo, il nuovo attore possiede nelle sue componenti individuali che operano in concreto un'ampia quota di personale che si è formato, ha assunto una cultura professionale, atteggiamenti e modalità di lavoro tipiche del contesto carcerario pre-riforma egemonizzato dall'amministrazione penitenziaria⁷. In altri termini, la capacità di innovazione dell'attore sociale legittimato dalla riforma è stata pesantemente condizionata dalla sua stessa composizione interna, anche se quest'ultima non è mai stata verificata empiricamente con indagini *ad hoc* che abbiano avuto l'obiettivo di verificare in che misura le *routines* del passato abbiano influenzato il processo di attuazione della riforma.

In secondo luogo, il livello di autonomia del "nuovo" servizio sanitario penitenziario è ulteriormente limitato dal fatto che gran parte delle sue attività si svolgono in strutture materiali controllate dall'amministrazione penitenziaria e il raggiungimento di molti dei suoi obiettivi di tutela della salute della persona reclusa implicano interventi che sfuggono al suo controllo perché dovrebbero essere attuati da tale amministrazione. Per un verso, il medico penitenziario in carcere opera a stretto contatto con la struttura carceraria che gestisce gli spazi⁸ e parte delle modalità⁹

⁶ Vedremo *infra* come, in una ricerca sulla sanità penitenziaria francese, i diversi atteggiamenti dei medici nei confronti del contesto in cui vivono i pazienti reclusi siano stati uno degli elementi più rilevanti con cui costruire una classificazione idealtipica degli operatori sanitari.

⁷ E che questo personale sanitario penitenziario fosse clemmerianamente *prigionizzato* è dimostrato dalla opposizione che la principale associazione sindacale del settore, l'AMAPI (Associazione Medici Amministrazione Penitenziaria Italiana), pose in essere nei confronti delle proposte riformatrici (vedremo *infra* come questo aspetto sia uno di quelli che differenziano maggiormente il caso italiano da quello francese).

⁸ Tali spazi sanitari all'interno degli istituti (uffici per le visite mediche, infermerie, laboratori per esami là dove esistono etc.) per quanto riguarda l'ubicazione, la logistica, la pulizia, l'arredo etc. sono infatti rimasti di competenza dell'amministrazione penitenziaria.

⁹ Si pensi, per fare un solo esempio, all'annoso problema della presenza, più o meno invasiva, dell'agente di polizia penitenziaria alle visite mediche a cui vengono sottoposte

in cui avvengono le visite mediche e le attività di controllo sanitario sulla struttura stessa¹⁰. Per altro verso, se il servizio sanitario prescrive linee direttive relative alla dieta alimentare dei reclusi, intende attuare strategie di prevenzione di malattie infettive, procede a *screening* programmati sulla popolazione detenuta per promuoverne la salute e limitare il rischio di patologie di vario genere¹¹ ciò implica necessariamente il coinvolgimento diretto nella fase attuativa degli operatori dell'amministrazione penitenziaria. La stessa amministrazione penitenziaria, del resto, ha faticato culturalmente e continua ad essere restia a "spogliarsi" del tutto della funzione sanitaria sul presupposto, per certi aspetti non erroneo, che la persona detenuta vada considerata nella sua integrità e quindi non sia possibile separare nettamente la tutela della sua salute dai molteplici aspetti che riguardano la sua vita detentiva¹².

le persone, con le relative questioni inerenti alla tutela della privacy e alla riservatezza del rapporto medico-paziente.

¹⁰ Si pensi alla questione del libero accesso del personale sanitario alle sezioni detentive e in particolare alle celle di isolamento disciplinare che da sempre sono i luoghi a maggior rischio per violazioni del diritto alla salute delle persone recluse, sfociate in alcuni casi in veri e propri casi di tortura, spesso nel silenzio "assordante" del personale sanitario (si veda, per tutti, il noto caso del carcere di Asti, cfr. il testo della sentenza in appendice a C. Sarzotti, 2012).

¹¹ È questo, ad esempio, uno degli obiettivi più qualificanti che il Ministero della Salute si è proposto con il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e che certo potrebbe e dovrebbe trovare attuazione anche negli istituti penitenziari. In particolare, entra qui in gioco l'approccio per *setting*, ovvero le azioni preventive che interessano "il luogo o il contesto sociale in cui le persone si impegnano in attività quotidiane in cui i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono tra loro per influenzare la salute e il benessere" (cfr http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf, p. 24). In merito al tema della prevenzione specifica nell'ambito carcerario, cfr. F. Faccioli, V. Giordano, C. Sarzotti (2001).

¹² In particolare, questo argomento viene avanzato quando le condizioni di salute della persona reclusa impattano con i temi relativi alla sicurezza degli istituti penitenziari. Si pensi al caso dei detenuti sieropositivi che continuano ad essere percepiti, anche se meno di un tempo (cfr. A. R. Favretto, C. Sarzotti, 1999), come soggetti che possono mettere a rischio, in alcuni casi anche con comportamenti volontari come l'autolesionismo, la sicurezza del personale di custodia.

2. Il *frame* narrativo dell'*outsourcing/insourcing* carcerario

Se questi ultimi elementi non vanno trascurati in una lettura organizzativa delle dinamiche del campo giuridico del penitenziario e se ci si pone l'obiettivo di descriverlo a partire dalla prospettiva dell'amministrazione penitenziaria¹³, è possibile avanzare l'ipotesi che tali dinamiche siano più agevolmente descrivibili utilizzando il concetto di esternalizzazione (*outsourcing*)/internalizzazione (*insourcing*) dei servizi che hanno a che vedere con ciò che chiamiamo sanità penitenziaria. Sul concetto di esternalizzazione nella Pubblica Amministrazione esiste ormai una letteratura piuttosto consolidata che ha descritto i processi attraverso i quali la burocrazia meccanica statale ha progressivamente delegato a soggetti esterni, siano essi di natura pubblica, privata o del cd. Terzo settore, molte delle funzioni tradizionalmente di competenza dello Stato (cfr. per tutti M. L. Del Gatto, 2010). A questo fenomeno di ampia diffusione in vari settori della P.A. e oggetto di formalizzazione attraverso normative giuridiche *ad hoc*, si sono in seguito affiancati, nello specifico dell'amministrazione penitenziaria, tentativi più o meno riusciti di *insourcing*, ovvero di attività svolte con la collaborazione fondamentale di un attore esterno che ha garantito il necessario *know how* pur mantenendo tali attività sotto il rigido controllo della struttura amministrativa stessa¹⁴.

¹³ È noto che la nozione di campo può essere più facilmente descritta se si assume la prospettiva di uno degli attori sociali che fanno parte del campo stesso. Tale descrizione possiede anche una sua dimensione visiva quando, volendo rappresentare graficamente il campo, si colloca al centro dell'immagine l'attore sociale di cui si adotta la prospettiva. Per un esempio, relativa alla prospettiva delle Procure della Repubblica nell'ambito del campo penale, cfr. C. Sarzotti (2007b, p. 52).

¹⁴ Per la descrizione di alcuni progetti di questo tipo attuati nel carcere torinese si veda il resoconto scritto da chi ne è stato ispiratore come direttore d'istituto, cfr. P. Bufa, 2013, p. 231 ss. In particolare, si tratta del servizio mensa per i detenuti, dei servizi anagrafici per le persone recluse gestite con uno sportello interno in collaborazione con il Comune di Torino e la costituzione di un laboratorio di falegnameria a partire da un corso professionale gestito da un istituto tecnico torinese. Un caso studiato nell'ambito penitenziario, peraltro classificabile come vero e proprio *outsourcing*, è stato quello dell'ex casa di lavoro di Castelfranco Emilia trasformata in comunità terapeutica e la cui gestione venne esternalizzata per qualche tempo alla comunità di San Patrignano (cfr. E. D'Alterio, 2008).

L'ipotesi che qui si avanza è che l'amministrazione penitenziaria abbia interpretato la riforma della sanità penitenziaria non come il trasferimento di un servizio ad un altro soggetto della P.A. con una specifica e distinta *mission* istituzionale con cui confrontarsi¹⁵, ma entro la categoria del binomio esternalizzazione-internalizzazione snaturandone del tutto la portata innovativa e destabilizzante per i rapporti di potere interni al mondo carcerario. È noto ai teorici delle organizzazioni come il loro equilibrio interno sia garantito dal fatto che esse reinterpretano gli eventi che si verificano nell'ambiente esterno¹⁶ con le mappe mentali autoreferenziali che sono andate a costituirsi al loro interno. “[L]e organizzazioni possono reagire solo a situazioni o problemi che siano stati innanzitutto percepiti, riconosciuti e compresi dai loro membri e da questi integrati nelle loro mappe causali che essi hanno elaborato con l'esperienza e da cui traggono le loro rappresentazioni e i loro schemi interpretativi della realtà. In altre parole, le organizzazioni possono reagire soltanto a quegli elementi dell'ambiente che i loro membri hanno ‘attivato’ (*enacted*) attraverso la loro attività cognitiva” (E. Friedberg, 1994, p. 65). La riforma della sanità penitenziaria sembra essere stata percepita dalla struttura organizzativa carceraria attraverso schemi mentali che hanno consentito con maggior facilità di preservare le dinamiche di potere preesistenti. Per ottenere tale obiettivo è stato essenziale concepire la funzione svolta dall'attore esterno al campo del penitenziario, in questo caso il SSN, come una funzione del tutto ancillare rispetto all'amministrazione penitenziaria. In tal senso, i *frames* narrativi dell'*outsourcing* e ancor di più quello dell'*insourcing* si sono rivelati estremamente adatti a giustificare tale funzione ancillare. Il primo consente di considerare l'ASL come una agenzia esterna con cui si instaura un rapporto contrattuale nel quale, tuttavia, l'amministrazione penitenziaria continua a controllare il contenuto del programma da attuare attraverso il contratto, percependosi ancora

¹⁵ Questa sarebbe l'interpretazione formalmente più corretta dal punto di vista della *ratio* del legislatore che ha emanato la riforma.

¹⁶ E che la riforma della sanità penitenziaria abbia rappresentato un evento di questo tipo lo dimostra la sostanziale e compatta contrarietà ad essa mostrata dalla maggior parte degli attori del campo giuridico del penitenziario, sia operatori penitenziari che operatori sanitari. Un evento analogo, che a mio parere andrebbe analizzato con le categorie concettuali della teoria delle organizzazioni, è la cd. sentenza Torreggiani della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.

titolare della *mission* istituzionale che sottende il contratto stesso. Sintetizzando, ma credo non distorcendo la realtà, il contenuto del contratto non scritto formulato nella prospettiva dell'amministrazione penitenziaria è il seguente: "l'ASL si occuperà di curare le patologie manifeste dei detenuti, senza interessarsi ad altri aspetti della vita detentiva che sono connessi alla tutela della salute e che potrebbero mettere in pericolo gli equilibri interni al carcere, ottenendo in cambio la collaborazione¹⁷ dell'amministrazione penitenziaria necessaria per l'espletamento in carcere di tali cure". Il modello narrativo dell'*insourcing* tutela ancor maggiormente l'autoreferenzialità del carcerario, in quanto può fare anche a meno della retorica contrattuale del *do ut des* concependo l'attore esterno come un soggetto portatore di risorse scarse all'interno del carcere, quantunque ritenute necessarie per un suo miglior funzionamento, ma al tempo stesso rigidamente inquadrato e controllato dalla struttura amministrativa carceraria¹⁸.

Entrambe le narrazioni hanno maggiori possibilità di funzionare come mappe cognitive per l'azione pratica se l'attore esterno non oppone particolari resistenze ad uniformarsi al ruolo che la sceneggiatura del racconto costruita dall'amministrazione penitenziaria gli assegna.

3. Il caso della riforma della sanità penitenziaria francese: modelli idealtipici di operatori sanitari

Emerge, in tale prospettiva, la necessità di descrivere il profilo socio-organizzativo del SSN e, avendo esso una struttura alquanto decentrata, in particolare delle singole ASL competenti sui territori sedi di istituti penitenziari. Si tratta di attori sociali su cui abbiamo, almeno

¹⁷ In una versione più maliziosa del contratto non scritto la collaborazione potrebbe anche essere definita come "la rinuncia a boicottare" le attività sanitarie all'interno del carcere. Una strategia ben conosciuta credo a chiunque abbia fatto esperienza del dover attuare iniziative in carcere incontrando l'opposizione della polizia penitenziaria.

¹⁸ Di regola questo meccanismo di "collaborazione" funziona senza particolari intoppi quando il soggetto esterno possiede un potere contrattuale molto limitato nei confronti dell'amministrazione penitenziaria, come nel caso delle piccole cooperative del Terzo settore che dipendono quasi totalmente dalle commesse carcerarie o nel caso degli istituti scolastici che operano con un limitato numero di insegnanti all'interno degli istituti penitenziari.

in Italia, pochi dati empirici sia di tipo quantitativo che qualitativo e, anche per questo motivo, è utile fare riferimento ad indagini svolte in altri Paesi che hanno descritto le organizzazioni e le culture professionali operanti nel contesto della medicina penitenziaria. In tale prospettiva, risulta essere particolarmente stimolante far riferimento al caso francese e ad una ricerca condotta qualche tempo fa da Bruno Milly proprio sul tema dell'attuazione di una riforma che ha portato la sanità penitenziaria di quel Paese all'interno del SSN dopo che a lungo aveva operato alle dipendenze dell'amministrazione penitenziaria¹⁹. Il contesto francese, quindi, si caratterizza per una storia della medicina penitenziaria molto simile a quella italiana con l'unica, non certo trascurabile, differenza della presenza di un movimento, seppure probabilmente minoritario all'interno della categoria dei medici penitenziari, favorevole alla riforma come strumento di valorizzazione professionale²⁰.

Milly ha costruito un'interessante classificazione idealtipica dei medici penitenziari francesi che li distingue secondo quattro profili che possono essere letti in una prospettiva alquanto illuminante per il tema che stiamo affrontando. In particolare, questi quattro modelli possono essere collocati su di una scala che ne misura il grado di autonomia professionale, indipendenza decisionale e conseguente conflittualità nei confronti delle istanze organizzative provenienti dall'amministrazione penitenziaria. Al livello più basso di tale scala si collocano quei medici penitenziari che Milly definisce *consensuels*, ovvero quegli operatori sanitari²¹ che "cherchent avant tout à éviter les conflits avec les personnels pénitentiaires, en se souciant aussi peu du contenu du soin que de respect des

¹⁹ Si tratta in particolare della legge del 18 gennaio 1994 che ha concluso un lungo processo riformatore che ha avuto inizio nel corso degli anni '80 del secolo scorso (cfr. B. Milly, 2001, p. 79 ss.).

²⁰ Come noto, la cultura professionale dei medici penitenziari si è caratterizzata per un certo "complesso di inferiorità" rispetto ai colleghi che operano nella società extramuraria, dovendo in qualche misura subire lo stigma che colpisce tutti coloro che hanno a che vedere col mondo del carcere. Presumibilmente dinamiche molto simili, anche se a mia conoscenza non verificate con ricerche empiriche, si sono registrate nel mondo della magistratura, dell'avvocatura e dell'accademia.

²¹ Occorre, tra l'altro, precisare che la ricerca di Milly ha preso in considerazione anche il personale infermieristico che ha mostrato in ogni caso dinamiche non dissimili dal personale medico.

normes déontologique” (Id., 2001, p. 239). Si tratta di soggetti che hanno assimilato senza alcuna riserva la tradizionale cultura carceraria che vede nella persona reclusa prima il condannato e solamente in via residuale il paziente, verso il quale essi hanno spesso relazioni conflittuali e con cui cercano il più possibile di evitare il contatto fisico²²; che concepiscono il carcere come un luogo in cui si è ospiti in quanto i “padroni di casa” sono gli operatori penitenziari; che hanno una concezione del carcere come luogo di punizione in cui il diritto alla salute viene concepito non in quanto tale, ma entro la categoria del privilegio²³. Secondo Milly, la composizione di tale gruppo, comunque minoritario nell’ambito della categoria²⁴, è diviso tra una quota di soggetti che lavorano da molto tempo in carcere e quindi, per così dire, hanno subito un riuscito processo di istituzionalizzazione che li ha resi perfettamente conformi alla cultura dell’istituzione totale e una quota di soggetti, invece, che da poco tempo sono entrati in contatto con il mondo della prigione. Questi ultimi, per lo meno nella prima fase del loro lavoro carcerario²⁵, appaiono timorosi di creare conflitti con la struttura penitenziaria di cui percepiscono la pericolosità per la loro autonomia professionale adeguandosi quindi a quei modelli professionali che vedono maggiormente premiati, o comunque non penalizzati, nel nuovo contesto operativo. È evidente come il profilo di cultura professionale dei *consensuels* si iscriva senza alcuna resistenza nel ruolo di attore esterno passivo e collaborativo previsto dalla sceneggiatura dell’*outsourcing/insourcing* penitenziario.

²² Sintomatico in tale prospettiva l’uso dei guanti durante le visite mediche e la resistenza ad auscultare il paziente.

²³ Opinione molto diffusa in questa categoria di medici è quella secondo la quale la gran parte dei reclusi godono di una qualità del servizio sanitario ben superiore a quella di cui usufruiscono gran parte dei liberi cittadini di bassa estrazione sociale di cui è composta in gran parte la popolazione reclusa.

²⁴ Sarebbe interessante indagare in che misura nella situazione italiana tale gruppo sia alquanto più numeroso considerato la probabile minore diffusione di una cultura professionale della medicina penitenziaria gelosa della propria autonomia e indipendenza rispetto al mondo carcerario.

²⁵ Questo aspetto tra l’altro mostra come i modelli delineati non siano assunti dal soggetto una volta per tutte, ma si possa transitare da uno all’altro nel corso della propria carriera professionale. È la stessa dinamica che Erving Goffman indicò per i processi di adattamento degli internati alle istituzioni totali (Id., 1961, p. 91).

Ma anche il secondo gruppo individuato da Milly, molto più numeroso e tipico degli operatori sanitari che hanno iniziato la loro collaborazione col carcere nel periodo post-riforma, presenta molti elementi che favoriscono l'assunzione di comportamenti in linea con tale ruolo. Il gruppo denominato degli *organicistes*, infatti, “se limiter *volontairement* à un traitement des organes, en négligeant tout ce qui a trait à la personne dans sa globalité et plus encore au statut de personne incarcérée” (Id., 2001, p. 195). Si tratta di una concezione tecnocratica e meccanicistica della medicina che ha preso piede nella cultura occidentale a partire dall'avvento della scienza moderna, secondo la quale compito del medico è quello di curare gli organi del corpo umano concepito come una macchina scomponibile in un insieme di parti su cui si può intervenire separatamente²⁶. Tale concezione del medico e della medicina come tecnica risulta alquanto funzionale ad un ruolo ancillare del medico rispetto alla struttura carceraria, in quanto consente di limitare l'intervento del medico penitenziario agli aspetti che attengono esclusivamente alla diagnosi e alla terapia delle patologie individuate sul singolo paziente. In tale prospettiva, gli *organicistes* si limitano ad una relazione asettica ed impersonale col paziente detenuto rifiutando eventuali richieste che non riguardino strettamente gli aspetti medici; ignorano consapevolmente gli effetti negativi sulla salute delle condizioni detentive e circoscrivono il loro interesse all'efficacia della terapia e alle modalità della sua somministrazione; non si lamentano quasi mai delle inefficienze della struttura carceraria se non per la sua lentezza²⁷; sono scettici sulla possibilità di far rispettare in carcere norme deontologiche, in particolare quelle relative alla *privacy* del paziente, che invece ritengono rilevanti per la sanità extramuraria; mantengono un rapporto distaccato con gli operatori peni-

²⁶ Ha ampiamente favorito il diffondersi di tale concezione l'uso della strumentazione scientifica e quello delle analisi di laboratorio attraverso le quali il rapporto medico-paziente si spersonalizza e il primo può prendere decisioni terapeutiche quasi senza entrare in contatto né fisico, né empatico col secondo. In generale, sull'evoluzione della medicina moderna resta fondamentale l'analisi critica di Ivan Illich (1977).

²⁷ Come noto, la lentezza delle procedure in carcere risponde molto spesso a precise strategie di potere (cfr. lo stesso B. Milly, 2001, p. 114 ss.; analogamente per quanto riguarda la situazione italiana, C. Sarzotti, 2007a, p. 179 ss.), mentre qui viene letta bonariamente dagli operatori sanitari modello *organiciste* come generica disfunzione tipica delle burocrazie meccaniche.

tenziari cercando di evitare il più possibile conflitti con loro attraverso una netta separazione tra il trattamento sanitario e gli altri aspetti della vita detentiva, che sono appunto percepiti come di esclusiva competenza dell'amministrazione penitenziaria.

I gruppi che pongono maggiori resistenze ad un adattamento passivo dell'attore esterno alle dinamiche carcerarie sono quelli chiamati da Milly degli *spécialistes pénitentiaires* e dei *puristes*. I primi, molto numerosi in Francia a causa delle specificità della storia recente della categoria²⁸, sottolineano le peculiarità della medicina penitenziaria rispetto a quella extramuraria, “*défendent ainsi un modèle étiologique et thérapeutique qui donne beaucoup plus d'importance à la personne que ne le fait le modèle porté par les organicistes*” (B. Milly, 2001, p. 199). I secondi sono coloro il cui modello normativo ruota, in modo pressoché esclusivo, attorno al rispetto dei principi deontologici della professione medica e che, partendo da questo approccio rigidamente ideologico, entrano spesso in conflitto con gli operatori penitenziari in quanto rifiutano ogni compromesso con le istanze dell'istituzione totale²⁹. Entrambi i modelli idealtipici indicati pongono problemi di convivenza con il contesto carcerario, in quanto introducono elementi estranei alla cultura di tale contesto quali il rispetto rigoroso dell'autonomia professionale del singolo operatore; la percezione della persona reclusa come paziente prima ancora che condannato ad una sanzione penale; l'attenzione a mantenere relazioni impersonali con gli operatori penitenziari per poter più facilmente resistere ad eventuali richieste illegittime dal punto di vista della deontologia professionale.

In conclusione, in che termini la tipologia di Milly può essere utilizzata per la descrizione della sanità penitenziaria italiana? Una prima questione che pone questa domanda riguarda la misurazione del peso specifico dei

²⁸ Come detto, la riforma della sanità penitenziaria francese con il suo passaggio al SSN è stata caldeggiata da una certa parte dei medici penitenziari che hanno visto tale riforma come l'occasione di valorizzare e sottolineare le specificità di tale professione medica. Tra gli imprenditori morali che si sono battuti per la riforma un noto medico penitenziario i cui lavori sono stati tradotti anche in italiano, Daniel Gonin (1994). È assai probabile, quindi, che questo tipo di medici sia molto meno diffuso nella realtà italiana proprio per le già ricordate vicende della categoria.

²⁹ In particolare, i maggiori conflitti sembrano sorgere per il rispetto del diritto della privacy della persona reclusa e della segretezza dei rapporti tra medico e paziente.

vari gruppi di operatori sanitari che rientrano in ciascuno dei quattro modelli idealtipici delineati. Una misurazione che non è stata effettuata per il contesto francese dallo stesso Milly³⁰ e che andrebbe effettuata attraverso la costruzione di indicatori empiricamente quantificabili da verificare sul campo di ricerca. Una volta individuati tali indicatori, diventerebbe possibile anche effettuare una comparazione tra il contesto francese e quello italiano, andando a verificare empiricamente le presumibili differenze derivanti dalla diversa storia della medicina penitenziaria dei due Paesi. Una seconda questione di carattere più teorico riguarda, invece, un punto debole della ricerca di Milly che, a mio parere, sottovaluta e non considera sufficientemente l'incidenza delle dinamiche organizzative e in particolare dell'influenza che le leadership organizzative possono produrre sulle scelte individuali dei singoli operatori. In altri termini, Milly prende in considerazione atteggiamenti, rappresentazioni e comportamenti dei singoli operatori sanitari senza inscrivere nel contesto più strutturato dei quadri organizzativi entro i quali tali elementi assumono significato. In particolare, questo preclude l'analisi del confronto-scontro tra due modelli organizzativi, quello del sistema carcerario e quello del SSN, che hanno *mission*, culture professionali, strategie interne di potere etc. molto diverse tra loro e che sono stati chiamati a collaborare dal processo riformatore. L'analisi organizzativa consentirebbe di valutare con maggior precisione in che misura le scelte degli attori individuali siano condizionate dal quadro organizzativo in cui si collocano e come l'organizzazione tenda ad uniformare e strutturare, ai fini del mantenimento del proprio equilibrio interno, tali scelte che diventano, in tal modo, maggiormente prevedibili.

4. Verso un nuovo modello di *outsourcing* carcerario? Il caso del nuovo carcere di Bolzano

Infine, un approccio di tipo organizzativo di questo genere consentirebbe di fare delle previsioni scientificamente accurate su di un processo di

³⁰ Che si è avvalso di una metodologia di ricerca di tipo qualitativo e che, quindi, si è limitato a presentare delle stime della diffusione dei quattro modelli, ritenendo gli *organicistes* e gli *spécialistes pénitentiaires* le due categorie quantitativamente prevalenti e considerando invece residuali il gruppo dei *consensuels* e dei *puristes*.

mutamento del sistema carcerario che ha conosciuto negli ultimi mesi qualche timido tentativo di implementazione: si tratta della sperimentazione della gestione delegata di alcuni servizi relativi alla vita detentiva, definiti *no core*, a soggetti esterni all'amministrazione penitenziaria, sulla falsariga di quanto è già avvenuto in molti Paesi del mondo occidentale³¹. Lo schema normativo, come detto non del tutto sconosciuto a tale amministrazione, è quello dell'*outsourcing*. Tuttavia, si tratta di progetti molto più ampi che coinvolgono la stessa fase di costruzione di nuovi istituti penitenziari che non vengono più realizzati con il tradizionale strumento dell'appalto pubblico, ma con quello della concessione di servizi con il quale il concessionario si impegna a costruire la struttura e a gestirne in proprio i suddetti servizi *no core* per un certo numero di anni a fronte del pagamento di un canone da parte dello Stato³². È evidente che la realizzazione di progetti di questo tipo implicherebbe una esternalizzazione effettiva di numerosi servizi interni al carcere attraverso la gestione affidata a soggetti privati effettivamente esterni al campo giuridico del penitenziario e alle asfittiche strategie di potere che ruotano intorno all'economia carceraria. La creazione di un mercato in questo settore che verrebbe verosimilmente occupato da quei soggetti economici che sono già entrati nel mercato delle cd. opere pubbliche fredde (in particolare le strutture ospedaliere) introdurrebbe nel campo del penitenziario dei nuovi *stakeholders* con un elevato potere di negoziazione nei confronti dell'amministrazione penitenziaria.

In tale prospettiva, quindi, il caso della riforma della sanità penitenziaria potrebbe essere il primo timido passo di un mutamento di più

³¹ Si fa qui riferimento non solamente al noto processo di privatizzazione di una parte dell'apparato carcerario statunitense, ma anche a Paesi europei più simili all'Italia come la Francia.

³² In particolare, si fa qui riferimento alla costruzione del nuovo carcere di Bolzano i cui lavori sono stati bloccati per una controversia finanziaria tra Provincia Autonoma e Stato nel momento in cui scriviamo questo saggio e per il quale la costruzione è prevista nell'arco di 3 anni e la gestione dei servizi per i successivi 17 anni da parte del concessionario privato (che è stato individuato in un consorzio di imprese capeggiato da Condotte d'Acqua spa). I servizi *no core* sono considerati in questo caso la manutenzione ordinaria, il servizio mensa per i detenuti e per il personale, il servizio di spaccio interno, il servizio lavanderia per i detenuti e la caserma della polizia penitenziaria, il servizio pulizia delle aree interne, della caserma e degli uffici, le attività sportive, formative e ricreative (cfr. A. Pedrotti, M. Rottensteiner, 2015).

ampia portata che vede emergere nuovi soggetti che, entrando nel campo giuridico del penitenziario, ne potrebbero mettere in discussione gli equilibri consolidati e in particolare l'egemonia dell'amministrazione penitenziaria. Ciò che occorrerà verificare sarà se i nuovi attori verranno ben presto assorbiti dalle strategie di conservazione esistenti nel campo del penitenziario o se invece riusciranno ad introdurre degli elementi di novità nel campo stesso e di che natura saranno tali innovazioni.

Riferimenti bibliografici

Buffa Pietro (2013), *Prigioni. Amministrare la sofferenza*, Torino, Edizioni Gruppo Abele.

Capelli Anna (1988), *La Buona Compagnia. Utopia e realtà carceraria nell'Italia del Risorgimento*, Milano, F. Angeli.

Ceraudo Francesco (1998), a cura di, *La storia della medicina penitenziaria*, Pisa, ArchiMedia.

D'Alterio Elisa (2008), *L'esternalizzazione delle funzioni di ordine: il caso delle carceri*, "Rivista Trimestrale di Diritto Pubblico", 4, pp. 1-48, http://irpa-c02.kxcdn.com/wp-content/uploads/2011/05/Articolo_esternalizzazione_carceri_Elisa_DAlterio_versione_pdf-1.pdf

Del Gatto Maria Luisa (2010), *Outsourcing e pubblica amministrazione*, Maggioni, Santarcangelo di Romagna.

Esposito Maurizio (2007), a cura di, *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano.

Faccioli Franca, Giordano Valeria, Sarzotti Claudio (2001), *L'Aids nel carcere e nella società. Le strategie comunicative per la prevenzione*, Carocci, Roma.

Favretto Anna Rosa, Sarzotti Claudio (1999), *Le carceri dell'Aids. Indagine su tre realtà italiane*, L'Harmattan Italia, Torino.

Friedberg Erhard (1994), *Il potere e la regola. Dinamiche dell'azione organizzata*, Etas Libri, Milano.

Goffman Erving (1961), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.

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

Illich Ivan (1977), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori, Milano.

Libianchi Sandro (2008), *La medicina penitenziaria e la riforma della tutela della salute in carcere: il D.P.C.M. 1 aprile 2008*, "Antigone. Quadrimestrale di critica al sistema penale e penitenziario", III, 1, pp. 115-140.

Milly Bruno (2001), *Soigner en prison*, Paris, Presses Universitaires de France.

Miravalle Michele, Sbraccia Alvise, Scandurra Alessio, Verdolini Verdolini

(2016), a cura di, *Galere d'Italia. Dodicesimo rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*, Infinito Edizioni, Roma.

Mosconi Giuseppe (2005), *Il carcere come salubre fabbrica della malattia*, in G. Concato, S. Rigione, a cura di, *Per non morire di carcere*, FrancoAngeli, Milano.

Pedrotti Alessandro, Rottensteiner Marion (2015), a cura di, *Dentro le mura, fuori dal carcere. Una ricerca sul nuovo carcere della Provincia di Bolzano*, Odòs, Bolzano.

Ronco Daniela (2014), *La salute negata. Processi di esclusione nelle carceri italiane*, in "Studi sulla questione criminale", IX, 3, pp. 107-125.

Ronco Daniela (2013), *La percezione della salute in carcere*, in C. Mirisola, a cura di, *Salute libera tutti*, INMP, Roma, pp. 55-124.

Ronco Daniela, Scandurra Alessio, Torrente Giovanni (2011), *Le prigionie malate. Ottavo rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione in Italia*, Edizioni dell'Asino, Roma.

Sarzotti Claudio (2007a), *I medici penitenziari tra istanze securitarie e paradigma del rischio: un'indagine sul campo*, in M. Esposito, cit., pp. 160-194.

C. Sarzotti (2007b), *Processi di selezione del crimine: Procure della Repubblica e organizzazione giudiziaria*, con saggi di C. Blengino e G. Torrente, Milano, Giuffrè.

Sarzotti Claudio (2010), *Il campo giuridico del penitenziario: appunti per una ricostruzione*, in E. Santoro, a cura di, *Diritto come questione sociale*, Torino, Giapichelli, pp. 181-236.

Sarzotti Claudio (2012), *La carogna da dentro a me. Pièce teatrale liberamente tratta da una sentenza penale*, con postfazione di M. Palma, Ed. Gruppo Abele, Torino

Verdolini Valeria (2007), *La salute incarcerata: analisi comparata di modelli di sanità penitenziaria*, in M. Esposito, op. cit., pp. 70-95.

Rappresentazioni su salute, malattia e medicina in carcere, tra struttura e cultura penitenziaria

Daniela Ronco

Abstract: *L'articolo presenta alcune riflessioni scaturite da tre differenti ricerche condotte dall'Autrice sui temi che ruotano attorno alla tutela della salute all'interno degli istituti di pena italiani, con particolare riferimento al principio dell'equità delle cure tra interno ed esterno, sancito dalla riforma della sanità penitenziaria. L'approccio utilizzato, prevalentemente di carattere qualitativo, ha consentito di mettere in evidenza gli ostacoli all'implementazione di tale principio nel contesto carcerario, sia per ragioni di carattere culturale che strutturale. Le dinamiche di potere e di conflittualità che connotano ogni istituzione totale, da un lato, incidono in maniera significativa sulle relazioni (tra operatori penitenziari e sanitari, così come tra operatori sanitari/penitenziari e persone detenute), mentre la diffusa insalubrità delle strutture detentive impatta sulla quotidianità e sul livello di afflittività insito nella condizione di privazione delle libertà.*

Parole chiave: *tutela della salute, carcere, culture professionali, processi di istituzionalizzazione*

1. Tutela della salute in carcere tra *law in the books* e *law in action*

La tutela della salute nel contesto penitenziario costituisce un oggetto di indagine socio-giuridica che implica un alto livello di complessità per via di una molteplicità di aspetti.

In primo luogo, occorre considerare l'impermeabilità di un luogo, il carcere, che non è soltanto comprensibilmente di per sé opaco in quanto emblema per eccellenza dell'istituzione totale, ma che risulta poco studiato nel nostro paese anche da un punto di vista qualitativo ed etnografico (Vianello, Sbraccia, 2016). A differenza del contesto anglosassone, caratterizzato da una maggior diffusione di studi empirici realizzati attraverso una profonda immersione del ricercatore nell'oggetto di studio (Liebling, 2011), in Italia le occasioni di avvicinamento a tale istituzione attraverso ricerche compiute risultano ancora piuttosto rare. Come ha

messo in luce Vianello (2012, p. 56), per conoscere la realtà carceraria spesso occorre rifarsi a rapporti pubblicati da osservatori della società civile, del volontariato, o di ispirazione politica. Ben più rare sono le ricerche di carattere scientifico condotte interamente e approfonditamente sul carcere.¹

In secondo luogo, parlando di salute in carcere, ci troviamo di fronte ad un oggetto di indagine che si trova al crocevia di molteplici approcci disciplinari, a cavallo tra i piani giuridico, medico, organizzativo, sociologico, etico, per citare soltanto i principali. Al ricercatore che si cimenta nella sperimentazione di una ricerca in questo ambito, quindi, è richiesta una capacità se non di possedere degli strumenti di analisi multi-disciplinari, quanto meno di intuire gli aspetti problematici e le sfaccettature che spaziano tra campi disciplinari molto distanti tra loro. Se la sociologia della salute ha messo in evidenza come l'*oggetto* salute possa essere considerato come "una costruzione culturale e sociale e come uno spazio strutturato politicamente" (Carricaburu, Ménoret, 2007, p.7), nell'interazione con la medicina penitenziaria occorre uno sforzo ancora maggiore per affinare gli strumenti di de-codifica dei linguaggi e degli assunti condivisi dagli attori coinvolti.

Il terzo elemento di complessità, più pragmatico, riguarda la disponibilità di dati. Tra i vari aspetti della carcerazione, quello sanitario è forse quello maggiormente caratterizzato, per lo meno in questa precisa fase storica, dall'assenza di una disponibilità di dati sistematici e accurati. È noto come il passaggio di competenze, in tema di sanità penitenziaria, dal Ministero della giustizia al Ministero della salute, non sia stato accompagnato dalla creazione di un meccanismo di raccolta dati tale da consentire di avere un quadro completo della salute all'interno del sistema penitenziario. I dati, raccolti spesso a livello locale, risultano così frammentati, difficili da comparare su scala nazionale e di non facile accesso, anche per via della complessità di raccolta (spesso occorre richiederli a vari dipartimenti sanitari, ognuno dei quali adotta proprie metodologie di raccolta e analisi). Questo fattore, unito alla specificità della materia sanitaria, rende spesso molto complicato poter avere un quadro generale

¹ Sul tema specifico della salute all'interno del carcere fanno eccezione alcuni studi condotti a partire dalla fine degli anni '90: cfr. Favretto, Sarzotti, 1999; Faccioli, Giordano, Sarzotti, 2001; Concato, Rigione, 2005; Esposito, 2007; Sarzotti, 2007; Ronco, 2013.

della questione, necessario a comprenderne le peculiarità e l'impatto nel contesto specifico di osservazione.

Fatte queste premesse, nell'abbracciare una prospettiva socio-giuridica e nell'interrogarsi dunque sulla distanza tra quanto scritto nella norma e la realtà osservata sul piano empirico, occorre aggiungere un ulteriore elemento di complessità, riferito alla pluralità non solo di norme, ma anche di diversi livelli (internazionale, nazionale, regionale) normativi che disciplinano tale ambito. In questa sede facciamo riferimento ad una specifica norma, la riforma della sanità penitenziaria (Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419" e il successivo DPCM 1 aprile 2008), senza trascurare, tuttavia, di richiamare la normativa internazionale o la disciplina delle professioni per trattare singoli aspetti.

Il principio fondamentale contenuto nella riforma della sanità penitenziaria è quello dell'equità delle cure, inteso innanzitutto come uguaglianza tra detenuti e cittadini liberi nell'accesso "all'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani regionali e in quelli locali" (art. 1 D.lgs. 22 giugno 1999, n. 230).²

Le riflessioni scaturite da alcune ricerche empiriche qui presentate ruotano quindi in gran parte attorno alla valutazione del livello di applicazione di tale principio nel campo penitenziario. In che misura l'accesso alle prestazioni sanitarie in condizioni detentive si distanzia da quello garantito nella società esterna? Quali fattori incidono sul concreto accesso a tale diritto? In che modo l'organizzazione e la cultura penitenziaria possono ostacolare tale accesso? Sono alcuni degli interrogativi di fondo di tre ricerche sul monitoraggio dell'impatto della riforma della sanità penitenziaria realizzate su scala nazionale negli ultimi sette anni, che ci hanno offerto l'occasione di discutere del diritto alla salute in carcere con operatori sanitari, penitenziari e persone detenute, tramite intervi-

² Tale principio è richiamato altresì dalla normativa europea e in particolare dall'art. 40.3 delle Regole Penitenziarie Europee che recita: "I detenuti devono avere accesso al servizio sanitario disponibile nel Paese senza discriminazione basata sulla loro posizione giuridica".

ste semi-strutturate e focus group³. Utilizziamo quindi una metodologia prevalentemente qualitativa che prende in prestito dalla *Narrative-Based Medicine* (Kleinman, 1988), l'approccio alla medicina intesa come un sistema culturale, fatto di "significati simbolici che modellano sia la realtà che definiamo clinica sia l'esperienza che di essa il soggetto malato fa" (Maturò, 2007, p. 48).

2. La materialità del carcere

I vari rapporti, nazionali e internazionali, sulle realtà detentive⁴ da tempo mettono in luce l'estremo degrado di gran parte delle strutture penitenziarie, la generale *insalubrità* (Mosconi, 2005) degli spazi e le carenze sul piano igienico, che caratterizzano sia le celle che gli spazi comuni e che hanno un impatto significativo sulle condizioni di salute, sia delle persone detenute che del personale (Ronco, 2013)⁵.

Un primo aspetto ricorrente, nelle parole di molti operatori sanitari interrogati sugli elementi di differenziazione tra l'erogazione di un servizio sanitario dentro e fuori dal carcere, ruota attorno agli aspetti strutturali e materiali dell'istituzione penitenziaria.

³ Nello specifico, sono stati realizzati nel complesso 10 focus group con operatori sanitari e 11 con persone detenute, oltre a 60 interviste ad operatori penitenziari e 32 ad operatori sanitari. Per un approfondimento dei risultati di due delle ricerche in questione (la terza è ancora in corso di svolgimento), di cui qui ci limitiamo a richiamare alcune riflessioni, si rimanda a Ronco, 2014 e Ronco, 2013.

⁴ Si rimanda, in particolare, gli ultimi rapporti sulle condizioni di detenzione in Italia pubblicati dall'Associazione Antigone: "Le prigionie malate" uscito nel 2011 con le Edizioni dell'asino (a cura di D. Ronco, A. Scandurra, G. Torrente), i tre rapporti pubblicati dalle Edizioni Gruppo Abele come numeri monografici della rivista "Antigone. Quadrimestrale di critica al sistema penale e penitenziario: "Senza dignità" (1, 2012), "L'Europa ci guarda" (2, 2013) e "Oltre i tre metri quadri" (2, 2014) e il più recente "Galere d'Italia" (a cura di Miravalle, Sbraccia, Scandurra e Verdolini, 2016). Il Comitato Europeo per la prevenzione della tortura pubblica invece periodicamente i suoi rapporti online sul sito <http://www.cpt.coe.int/en/>

⁵ I livelli di benessere e i fattori di rischio percepiti sia dalle persone detenute che dagli operatori di polizia penitenziaria (cfr. Ronco, 2013, p. 36 ss.) sono tra gli indicatori più utilizzati per misurare il livello di vivibilità delle carceri (Van der Helm, Stams, Van der Laan, 2011; Ross, Diamond, Liebling, Saylor, 2008).

“Sono aumentati i casi di scabbia e dermatomicosi, le patologie da contatto. Speriamo che accettino tutti di farsi vaccinare per l’influenza altrimenti sarà un disastro. Il fatto è che l’Aids fa notizia, ma l’Aids è una patologia venerea e gli agenti stanno attenti alla promiscuità. Il problema sono le patologie da contatto che si diffondono a macchia d’olio, con una rapidità impressionante. Oltretutto, malattie come la scabbia sono infettive prima che si manifestino i segni sulla pelle. È difficile mantenere livelli di igiene nelle celle, soprattutto con il sovraffollamento, che impedisce un ambiente salubre. Poi c’è il problema che chi è affetto va isolato, e questo crea grandi problemi per la vita quotidiana dei detenuti. Patologie di questo tipo non erano così diffuse dai primi anni ‘90”.

(medico, istituto penitenziario di medie dimensioni nord Italia, 2011).

“Sicuramente la struttura carceraria... faccio un esempio per chi non la conosce, una finestra uguale a quella di un ospedale, in carcere ci passa meno aria perché ci son le sbarre, quindi passa meno ventilazione [...] rispetto all’epatite B, qual è il rischio del sovraffollamento? È che quando io in una cella devo avere due brande, 4 o peggio 6, io che ho l’epatite B mi graffio alzandomi nella branda e lascio il mio siero, il collega con cui ho giocato a carte o sto giocando a carte, entro i famosi 7 giorni si alza e si graffia, ha una probabilità su 3 di fare un’epatite B. [...] Il discorso della tubercolosi assolutamente sì, perché anche qui non è cambiato nulla dalle prigioni tedesche o americane o del Regno di Napoli a oggi come areazione, sovraffollamento, pulizia, irraggiamento”.

(medico, istituto penitenziario di grandi dimensioni, centro Italia, 2016).

Il noto medico francese Daniel Gonin (1994) è stato tra i primi a mettere in luce in maniera dettagliata e puntuale i numerosi effetti patogeni del carcere in sé: danni alla vista, legati soprattutto all’impossibilità di guardare lontano, a causa delle mura che circondano continuamente i detenuti; danni all’apparato digerente, a causa dell’alimentazione, spesso scorretta secondo i dietisti, e a causa dello stress che l’ambiente carcerario in genere provoca; danni dermatologici, per le carenze che talvolta si riscontrano dal punto di vista igienico; danni all’apparato respiratorio, per il fatto che, anche a causa della sovrappopolazione di gran parte delle carceri, i detenuti vivono a stretto contatto gli uni con gli altri e in spazi

chiusi e angusti. Descrizioni di questo tenore sono riportate frequentemente dagli utenti del servizio sanitario nel descrivere la vita dentro le mura.

“Il cibo è poco e scadente, l’acqua del rubinetto fa schifo e penso che non è manco potabile, ma i detenuti come me che non fanno colloqui e che non hanno i soldi sono obbligati a berla e quell’acqua sicuramente non giova alla nostra salute”

(detenuto, istituto penitenziario di medie dimensioni, Sud Italia, 2013).

“La struttura è fatiscente, il metallo è ruggine dovunque, gli spazi medici sono totalmente.. non esistono, e dove son stati messi è al posto di altre cose che a tutto servivano tranne a quello, l’organizzazione di tutto è estremamente carente. Piove in cella, quando piove, ci piove in cella”

(Focus group detenuti – istituto penitenziario di grandi dimensioni, centro Italia, 2016).

Un altro aspetto ricorrente, nelle parole dei vari attori coinvolti dalla ricerca è l’impatto della struttura detentiva e della quotidianità carceraria sulla connotazione psichica di salute. Gli *handicap psico-fisici* (Gallo, Ruggiero, 1989) causati dalla detenzione sono spesso riportati come particolarmente frequenti e afflittivi, tanto dalle persone detenute quanto dagli operatori sanitari.

“Al di là del fatto che molte persone entrano già con disagi psichici, anche perché poi già solo il fatto che molti sono tossicodipendenti e quindi ci sono già problematiche di vario genere, poi ritrovarsi comunque in una struttura di questo genere, buttati un po’ così allo sbaraglio, perché qui poi sovraffollamento significa anche che dove c’è posto ti metto, tanto per capirci, non c’è un’attenzione per cui un ragazzo giovane non sta con una persona d’una certa età, che questo sarebbe doveroso ma francamente direi quasi impossibile, perché insomma ti entrano 20 persone, diventa difficile, quindi è chiaro che la situazione è molto complessa, molto molto complessa, perché poi spesso e volentieri chi si ritrova ad entrare qui per la prima volta, è veramente uno shock e ci si butta poi alla fine fondamentalmente sulla speranza dell’auto-aiuto [...] poi che ti ritrovi in una cella fatiscente,

col fatto che sei l'ultimo arrivato e probabilmente devi andare nella branda di cima vicino al soffitto, che se non stai attento al mattino tu batti il capo e sei intontito nel vero senso della parola"

(Psichiatra, istituto penitenziario di medie dimensioni, Centro Italia, 2016).

"Penso che bisogna fortemente diminuire la somministrazione di psicofarmaci poiché sono nocivi alla salute mentale. È necessario sostenere i pazienti con psicologi al fine che gli stessi superano le problematiche dovute alla detenzione e al distacco dai propri affetti"

(Detenuto, istituto penitenziario di medie dimensioni, Sud Italia, 2013).

"Ora trovandomi recluso e con una mancanza d'affetto della propria famiglia mi sono ammalato di stati d'ansia e panico e prendo pastiglie per dormire, non riuscendo a migliorare la mente, e il corpo è più rilassato quando lavoro, invece che stare sdraiato a letto ad ozio, perché la mente riflette pensieri di mio figlio e la mia compagna fuori di qua, ma qua è come una situazione di stallo, si rimane sospesi e se non lavori, ripeto, o hai altri sfoghi, ti ammali, come è successo a me, di ansia e panico"

(Detenuto, istituto penitenziario di grandi dimensioni, Nord Italia, 2012).

Concato e Rigione (2005), in particolare, hanno illustrato e argomentato il malessere generalizzato che accomuna tutti gli attori della prigione (le persone detenute, ma anche gli operatori), che riveste la duplice natura fisica e psichica e che è attribuito in primis alla situazione di privazione della libertà o a condizioni di lavoro particolarmente delicate ed emotivamente provanti, ma altresì alle specifiche condizioni strutturali degli istituti di pena.

3. La sfiducia nelle relazioni

Da alcuni anni la sociologia della salute si interroga sulle connessioni tra i processi di crescente medicalizzazione della società e il dominio professionale del medico nella relazione con il paziente. Come noto, il concetto di *professional dominance* ha origine negli anni '70 e in particolare negli scritti di E. Freidson (1970), che, tra i primi, ha analizzato il rappor-

to tra professionista e cliente in termini di forme di controllo esercitate dal primo sul secondo. Ed è intuibile come tale tesi possa trovare terreno di fertile applicazione in un contesto caratterizzato da un radicato e strutturale esercizio di forme di controllo come il carcere (Ronco, 2014).

È sempre a partire dagli anni '70 che vari studiosi si sono interrogati sull'espansionismo medico e sulla medicalizzazione di sempre più ampi aspetti della vita individuale e sociale, tale per cui "in alcune società industriali la classificazione sociale è stata medicalizzata a tal punto che ogni devianza deve avere un'etichetta medica" (Illich, 1977, p. 55). Parti sempre più ampie della vita quotidiana vengono inglobate nei discorsi e nelle pratiche mediche e problemi non medici vengono sempre più spesso definiti e trattati come problemi medici (Maturò, 2007).

Di recente alcuni studiosi si sono interrogati sull'impatto che la medicalizzazione, con particolare riferimento alle forme da essa assunte negli ultimi anni, ha avuto sul rapporto medico-paziente. Si è assistito, nello specifico, all'espansione di una medicalizzazione sempre più "dal basso" (Bronzini 2013), con il paziente che, spesso entrando a far parte di gruppi di cittadini o associazioni di pazienti, diventa sempre più "empowered", ossia attivo e competente nella ricerca di informazioni mediche (Ingrosso, 2013). Questo, se da un lato ha contribuito a creare nuove forme di medicalizzazione ("aziende farmaceutiche, farmacie on line, centri medici privati, produttori di beni e servizi, assicurazioni, nuovi e vecchi professionisti e così via", Ingrosso, 2013 p. 113), d'altro canto ha contribuito a scalfire la dominanza medica così come originariamente caratterizzata: dominio all'interno di una relazione medico-paziente di tipo duale. Scrive Furedi (2006, p. 18): "Strangely, one of the most significant byproducts of medicalization is the end of professional dominance of the doctor. In a society that privileges the discourse of health and well-being, vested interests in medical matters extend far beyond doctors. Indeed, those who were once in the center of the picture now seem to be pushed out of the frame".

Da questo scenario di crisi o quanto meno di incrinatura del concetto di dominanza medica così come originariamente inteso, resta tuttavia escluso il carcere. Innanzitutto, all'interno dell'istituzione penitenziaria vacilla il concetto di "paziente esperto", per via della sostanziale esclusione dai processi comunicativi e associativi cui il paziente detenuto è

soggetto. Se, fuori, a partire dal primo decennio degli anni duemila il paziente inizia a documentarsi sulla rete, alla ricerca di notizie e informazioni sulla salute e sul benessere, tale possibilità è ovviamente preclusa nel regno della impossibile comunicazione con l'esterno. Parimenti, l'esclusione dalla rete sociale preclude la possibilità di far parte attivamente di associazioni di pazienti, consumatori e gruppi di interesse e di *self-help* (Ingrosso, 2013). Tali fattori contribuiscono a non scalfire il dominio professionale del medico, nella misura in cui questo sembra avvenire all'esterno. Ma è soprattutto l'intersezione tra esigenze di cura e di sicurezza a giocare un ruolo fondamentale in tal senso. A questo proposito, l'operatore sanitario è chiamato a redigere varie relazioni che impattano sul percorso dell'esecuzione penale (si pensi alle relazioni sanitarie per la concessione di misure alternative per ragioni mediche) o sul modo in cui viene vissuta, nel quotidiano, la detenzione (trasferimenti verso centri clinici, accesso a regimi dietetici particolari, fino ad arrivare al cambio dei materassi, per fare solo alcuni esempi). Il regime penitenziario e le limitazioni alla libertà che ne derivano implicano, di per sé, che l'operatore sanitario si trovi ad esercitare un controllo su dimensioni del quotidiano che all'esterno restano nella sfera dell'autonomia del singolo individuo. La possibilità di scegliere il medico di fiducia, di ricorrere alla sanità privata, ma anche di organizzare in un certo modo i propri spazi e le proprie attività quotidiane, sono di fatto precluse al cittadino recluso e questo indubbiamente influisce sulla relazione di fiducia medico-paziente. Dalla ricerca condotta emergono frequentemente manifestazioni di sfiducia, in senso bi-direzionale. Da un lato, il paziente detenuto spesso manifesta sfiducia nei confronti dell'operatore sanitario.

“La preoccupazione maggiore all'interno di un istituto carcerario è sicuramente l'impossibilità di essere curato adeguatamente per le patologie presenti prima dell'ingresso in istituto”

(Detenuto, istituto penitenziario grandi dimensioni, Nord Italia, 2013).

“Credo che ci debba essere una migliore organizzazione da parte delle poche forze presenti. E soprattutto rendere partecipi i detenuti della loro salute informandoli adeguatamente dopo un incontro e lasciandogli un certificato medico come avviene fuori dove gli si dice che terapia ha preso

il giorno della visita, per quanti giorni, così da inchiodare i dottori alle proprie responsabilità, se mai la cura e la patologia riscontrata sono risultate sbagliate, cosa che oggi non avviene, perché se sbagliano la terapia cambiando ogni visita il dottore fanno tra loro lo scaricabarile delle proprie responsabilità”

(Detenuto, istituto penitenziario di medie dimensioni, Nord Italia, 2012).

Nella percezione di molti detenuti, inoltre, l'operatore sanitario nutre un radicato pregiudizio nei confronti del paziente recluso. Il pregiudizio della “simulazione” è un altro tratto caratteristico della relazione operatore sanitario – paziente detenuto, che la differenzia rispetto all'esterno. Esso riflette il ruolo dell'operatore sanitario intrinsecamente legato alle esigenze di sicurezza.

“Esiste molto pregiudizio da parte del personale sanitario nei confronti dei reclusi (fingono tutti) le diagnosi pertanto non sono scevre da giudizi aprioristici non attinenti al reale stato di salute. Ci sarebbe bisogno di maggiore assunzione di responsabilità nella formulazione delle relazioni sanitarie dirette alla magistratura di sorveglianza e all'ottenimento di misure alternative per motivi sanitari”

(Detenuto, istituto penitenziario grandi dimensioni, Nord Italia, 2013).

“A volte gli infermieri non ci prendono in considerazione, se chiediamo aiuto per qualche problema di salute la loro risposta è: che vi ammalate sempre qui dentro e si stufano sempre e dicono sempre che noi facciamo per finta”

(Detenuto, istituto penitenziario grandi dimensioni, Centro Italia, 2013).

Il termine *simulazione* è un mantra ricorrente tra gli operatori sanitari. È espressione della cultura penitenziaria, che accomuna operatori della sicurezza, dell'area trattamentale e sanitaria e sembra costituire il perno attorno al quale ruota la sfiducia trasversale tra detenuti e staff. In molti casi sono gli stessi operatori sanitari ad esplicitarlo e descriverlo apertamente:

“Manca la libertà, no? Che è quello per cui si muove un detenuto, il detenuto si muove in primis soprattutto per uscire fuori dal carcere, quindi an-

che questo è uno dei parametri da considerare, cioè nel senso che noi spesso non ci rendiamo conto ma anche come sanitari veniamo strumentalizzati da questo punto di vista, cioè il detenuto, poi gran parte eh, io intendo, parlo sempre molto in generale, lo scopo è quello comunque di uscire fuori dal carcere e in nome di questo è capace di tutto, di simulare, di fare, tutto quello che vuoi, cercare di lavorare” (medico).

“Toccano l’aspetto comunque relazionale, qua i detenuti hanno tantissimo tempo e in questo tempo loro, ogni minimo problema, anche il non problema, viene ingigantito in una maniera tale che diventa una montagna e queste questioni così ingigantite riversano sul personale sanitario, che è quello che forse in qualche modo vedono come una figura di aiuto. Quindi a livello relazionale c’è un peso enorme da parte del personale sanitario, non so se anche penitenziario, che può anche essere, ma forse in maniera diversa. Oltre a questo, la difficoltà del sanitario rispetto al sanitario fuori è che qui, come diceva il dr. X, è che i detenuti cercano di strumentalizzare ogni cosa per poter uscire. Quindi la salute per loro diventa il “perdere la salute” o il simulare la perdita della salute, però diventa un motivo per potere forse uscire dal carcere, quindi tu devi fare la fatica doppia, cioè valutare la persona e capire se veramente quella sintomatologia è vera o meno, quindi c’è questa doppia faccia che fuori non esiste, fuori se uno sta male sta male, cioè non c’è ombra di dubbio. Qui è così, non è così? E a volte il rischio è di sottovalutare dei casi che hanno un certo valore, una valenza, perché molte persone simulano”

(infermiera; focus group operatori sanitari,
istituto penitenziario di medie dimensioni, Centro Italia, 2016).

Il pregiudizio della simulazione racchiude in sé la peculiarità della relazione operatore-utente nel servizio sanitario penitenziario. Esso connota specificatamente la cultura professionale medica e sembra riflettere la cogenza dell’istituzione sul ruolo del professionista sanitario, andando ad incidere, quindi, sulla sua autonomia professionale.

4. Tra autonomia professionale e istituzionalizzazione

La figura dell’operatore sanitario in carcere, si è detto, si trova al crocevia tra istanze securitarie e istanze di cura. Il suo ruolo può essere

compreso per analogia con quanto avviene nelle professioni sociali, dove l'operatore si trova a dover affrontare un conflitto di ruolo tra la lealtà istituzionale, nei confronti delle esigenze poste dall'organizzazione in cui opera e gli obblighi della professione, che richiedono lealtà nei confronti dell'utente e necessità di rispondere ai suoi bisogni e problemi (De Leonardis, 1990). La "doppia lealtà", potenzialmente e frequentemente conflittuale, nei confronti delle istanze del paziente detenuto e di quelle dell'istituzione, connota infatti anche la figura dell'operatore sanitario che lavora in carcere (Pont, 2012, Prout, Ross, 1988). In che modo questo incide sull'autonomia professionale del medico?

L'articolo 4 (Libertà e indipendenza della professione) del Codice di deontologia medica recita:

“L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico. Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura. Il medico deve operare al fine di salvaguardare l'autonomia professionale e segnalare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale.”

L'istituzione totale impone, nell'esercizio pratico della professione, un'interpretazione ad hoc di tale principio. La cultura penitenziaria influenza infatti inesorabilmente l'esercizio della professione, in forma più o meno marcata a seconda delle resistenze poste in essere dall'operatore, attraverso un continuum che può andare da una *marcata istituzionalizzazione* a un'*azione orientata all'autonomia professionale* (Ronco, 2014), ma che in ogni caso subisce un qualche livello di influenza. Si legga a tal proposito la seguente testimonianza:

“La sanità non può prescindere dalla sicurezza secondo me, perché il medico penitenziario è a metà tra un medico e un agente. [...] Formare un medico penitenziario non è facile perché va formato sul campo, ma poi deve avere delle doti particolari; c'è gente che non è adatta a lavorare qua”

(medico, istituto penitenziario di medie dimensioni, Centro Italia, 2013).

L'istituzionalizzazione emerge così talvolta nei discorsi, riflettendo la corrispondenza tra la cultura professionale dei medici e la cultura penitenziaria nel suo complesso. Tuttavia, a prescindere dalle propensioni più o meno accentuate degli operatori sanitari a rispondere alle istanze di controllo, spesso sono le stesse questioni strutturali e organizzative del carcere ad implicare delle scelte che limitano l'autonomia professionale del medico. Un esempio riportato di frequente è quello delle visite esterne prescritte dall'operatore sanitario.

“Il problema spesso e volentieri non è sulla prestazione sanitaria quanto sulla richiesta di visita specialistica, sui tempi d'attesa e sull'invio del detenuto presso struttura esterna, questo problema però dipende in gran parte dalle scorte del ministero di giustizia”

(medico, istituto penitenziario di grandi dimensioni, Centro Italia, 2011).

“Sia le richieste da parte dei ragazzi nei nostri riguardi, che devono fare tutto un giro e arrivano dopo tanto tempo, ma sia anche le richieste per le visite esterne, che devono essere vidimate dall'uno, vidimate dall'altro, poi chiaramente ci deve essere il personale giusto quel giorno che se non è sufficiente non lo possono accompagnare all'ospedale”

(medico Sert, istituto penitenziario di grandi dimensioni, Sud Italia, 2010).

Dal punto di vista dell'organizzazione interna e dell'utilizzo delle risorse, spesso gli intervistati hanno riportato un aumento delle richieste di visite specialistiche esterne, per via della presenza di numerosi detenuti affetti da patologie che necessitano di interventi specialistici (ma presumibilmente, anche per via del frequente ricorso alla medicina difensiva all'interno del contesto carcerario), ma le risorse per l'organizzazione delle traduzioni in ospedale per le visite si trovano spesso contese fra l'aumento delle richieste e la necessità di dare precedenza alle traduzioni per le udienze e per i trasferimenti.

Il risultato di questo meccanismo è che, come ci hanno detto non pochi dei nostri intervistati negli istituti, o le visite direttamente non vengono richieste perché si sa che non potranno essere effettuate per mancanza dei mezzi e degli uomini necessari per le scorte o, in altri casi, le visite vengono prenotate presso le strutture ospedaliere del territorio per

poi essere annullate all'ultimo momento. Si tratta di un classico esempio di una variabile esterna all'autonomia professionale del medico che tuttavia spesso influenza l'esercizio della sua professione, nello specifico la scelta se prescrivere o meno una visita esterna, che necessariamente deve tener conto dell'impossibilità del detenuto di recarsi in forma autonoma e quindi richiede l'intervento e il coinvolgimento dell'istituzione penitenziaria.

Un altro esempio in cui più volte è emersa una limitazione dell'autonomia professionale del medico riguarda il trattamento delle tossicodipendenze. Si legga al riguardo la seguente testimonianza.

“Sicuramente la normativa ha aiutato ad andare in una certa direzione però credo che la componente persona poi faccia la differenza, perché in teoria noi non abbiamo mai avuto nessuna limitazione, nella teoria, poi nella pratica quando mi si dice, mi si chiede perché, per esempio sui mantenimenti, fino a non molto tempo fa c'erano sicuramente delle forti riserve, che magari non si traducevano in un “non li devi fare” però nella pratica non c'erano le condizioni per poi poterli fare, comunque ti trovavi in qualche modo in una posizione difficile quando facevi certe scelte”

(operatore sanitario, istituto penitenziario di grandi dimensioni, Nord Italia, 2015).

Si tratta, anche qui, di un aspetto, la scelta di trattare la tossicodipendenza con metadone a scalare piuttosto che a mantenimento, che rientra nella piena autonomia professionale del medico che ha in cura in paziente, ma che, in ambiente carcerario, è soggetta all'influenza della cultura penitenziaria.

In definitiva, aspetti prettamente afferenti alla sfera culturale si intersecano a questioni di carattere strutturale insiti nell'istituzione totale ed entrambi concorrono a limitare quella libertà e indipendenza prescritta dal Codice di deontologia medica, mettendo in dubbio l'ottemperanza al principio di equità delle cure sancito dalla riforma della sanità penitenziaria e dal già richiamato articolo 40.3 delle European Prison Rules, secondo il quale “Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation.” (Recomendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules).

L'intreccio tra la materialità del carcere e la cultura penitenziaria incide quindi significativamente sulla rinegoziazione dei confini auspicata dalla riforma della sanità nel campo penitenziario, soprattutto in un'accezione ampia di salute quale quella fatta propria dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che, se calata nel campo penitenziario, non può che scontrarsi con le dinamiche di potere e le conflittualità insite nell'istituzione totale, a discapito della garanzia dell'equità delle cure.

Riferimenti bibliografici

AA.VV. (2014), *Oltre i tre metri quadri. Undicesimo rapporto sulle condizioni di detenzione in Italia*, numero monografico della rivista "Antigone", IX, 2.

AA.VV. (2013), *L'Europa ci guarda. Decimo rapporto sulle condizioni di detenzione in Italia*, numero monografico della rivista "Antigone", VIII, 2.

AA.VV. (2012), *Senza dignità. Nono rapporto sulle condizioni di detenzione in Italia*, numero monografico della rivista "Antigone", VII, 1.

Bronzini Micol (2013), *Le frontiere indefinite della medicina e della medicalizzazione del vivere*, in G. Vicarelli, a cura di, "Cura e salute. Prospettive sociologiche", Carocci, Roma, pp. 51-86.

Carricaburu Danièle, Ménoret Marie (2007), *Sociologia della salute*, il Mulino, Bologna.

Concato Giorgio, Rigiore Salvatore, (a cura di) (2005), *Per non morire di carcere*, Fracò Angeli, Milano.

De Leonardis Ota (1990), *Il terzo escluso. Le istituzioni come vincoli e come risorse*, Feltrinelli, Milano.

Esposito Maurizio (2007), a cura di, *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano.

Faccioli Franca, Giordano Valeria, Sarzotti Claudio (2001), *L'Aids nel carcere e nella società. Le strategie comunicative per la prevenzione*, Carocci, Roma.

Favretto Anna Rosa, Sarzotti Claudio (1999), *Le carceri dell'Aids. Indagine su tre realtà italiane*, L'Harmattan Italia, Torino.

Freidson Eliot (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Arherton, New York.

Furedi Frank (2006), *The End of Professional Dominance*, in "Society", 43 (6), pp. 14-18.

Gallo Ermanno, Ruggiero Vincenzo, (1989), *Il carcere immateriale. La detenzione come fabbrica di handicap*, Edizioni Sonda, Torino.

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

Kleinman Arthur (1988), *The Illness Narrative: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books, New York.

Illich Ivan, (1977), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.

Ingresso Marco (2013), *La salute fra media e relazioni di cura*, in G. Vicarelli, a cura di, "Cura e salute. Prospettive sociologiche", Carocci, Roma, pp. 111-144.

Liebling Alison (2011), *Moral Performance, Inhuman and Degrading Treatment and Prison Pain*, "Punishment & Society", 13 (5), pp. 530-550.

Miravalle Michele, Sbraccia Alvise, Scandurra Alessio, Verdolini Verdolini (2016) (a cura di), *Galere d'Italia. Dodicesimo rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*, Infinito Edizioni, Roma.

Mosconi Giuseppe, (2005), *Il carcere come salubre fabbrica della malattia*, in G. Concato, G., S. Rigione, a cura di, *Per non morire di carcere*, FrancoAngeli, Milano.

Pont Jorg, Stover Heino, Wolff Hans (2012), *Dual Loyalty in Prison Health Care*, in "American Journal of Public Health", 102 (3), pp. 475-480.

Prout Curtis, Ross Robert (1988), *Care and Punishment: The Dilemmas of Prison Medicine*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.

Maturo Antonio (2007), *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, FrancoAngeli, Milano

Ronco Daniela (2014), *La salute negata. Processi di esclusione nelle carceri italiane*, in "Studi sulla questione criminale", IX, 3, 107-125.

Ronco Daniela (2013), *La percezione della salute in carcere*, in MIRISOLA C., a cura di, *Salute libera tutti*, INMP, Roma, pp. 55-124.

Ronco Daniela, Scandurra Alessio, Torrente Giovanni (2011), *Le prigioni malate. Ottavo rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione in Italia*, Edizioni dell'Asino, Roma.

Ross Michael W., Diamond Pamela M., Liebling Alison, Saylor William G. (2008), *Measurement of prison social climate: A comparison of an inmate measure in England and the USA*, in "Punishment & Society", 10, pp. 447-474.

Sarzotti Claudio (2007), *I medici penitenziari tra istanze securitarie e paradigma del rischio: un'indagine sul campo*, in M. Esposito, a cura di, *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Milano, FrancoAngeli, pp. 160-194.

Van der Helm Peer, Stams Geert J., Van del Laan Peter (2011), *Measuring Group Climate in Prison*, "The Prison Journal", 91, pp. 158-176.

Vianello Francesca, Sbraccia Alvise (2016), *Introduzione. Carcere, ricerca sociologica, etnografia*, "Etnografia e ricerca sociale", 2, pp. 183-210.

Vianello Francesca (2012). *Il carcere. Sociologia del penitenziario*, Carocci, Roma.

La tutela del diritto alla salute in carcere nell'esperienza di un garante comunale

Davide Petrini

Abstract: *Molti detenuti lamentano, nei colloqui con il Garante, problemi sanitari di difficile gestione. L'articolo tenta di sviluppare qualche considerazione di contesto. In primo luogo, viene evidenziata la difficoltà di disporre di dati statistici certi, come rileva il Tavolo 10 degli Stati Generali dell'Esecuzione Penale. Un elemento inquietante attiene alla disparità di trattamento nella gestione delle pratiche sanitarie, tra un carcere e l'altro, pur all'interno della stessa Regione. Ruolo centrale assume la questione dei rapporti tra stato di detenzione e rispetto del diritto alla salute, sotto il profilo dell'equiparazione tra cittadini liberi e cittadini detenuti. Si mette in luce, poi, la difficile gestione delle cartelle sanitarie (soprattutto all'esito dei trasferimenti del detenuto), e si propone di consentire a chi è recluso la scelta di un "medico di fiducia" tra quelli presenti in istituto. Infine, si porta l'attenzione sulla necessità di immaginare un cambio di prospettiva: dalla reclusione come fenomeno patogeno ad opportunità di cura.*

Parole chiave: *garante diritti detenuti, diritto alla salute, pratiche sanitarie, medico di fiducia*

È difficile operare una sintesi ragionata delle principali richieste di aiuto che un Garante riceve nel corso dei suoi colloqui in carcere, così come elaborare una tassonomia dei diritti lasciati in disparte, pretermessi, conculcati. Ma certo una percentuale assai rilevante di detenuti lamenta, insieme ad infinite altre questioni, problemi sanitari la cui gestione (e, naturalmente, soluzione) incontra ostacoli e difficoltà spesso insormontabili.

Muovendo dalla condivisione delle principali criticità quotidianamente incontrate anche dagli altri Garanti del Piemonte, vorrei provare a fare qualche riflessione che, pur all'interno di un inevitabile *cabier de doléances*, stimoli qualche prospettiva di intervento, se non proprio di risoluzione.

1. La difficoltà di disporre di dati statistici certi

La premessa dalla quale intendo partire è che, a livello nazionale, vi

è un'inquietante e grave carenza di dati statistici ufficiali, nella nostra materia. Nella relazione conclusiva del Tavolo 10 degli Stati Generali (dal titolo "Salute e disagio psichico") si denuncia una "assenza di disponibilità da parte del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria di dati statistici relativi ai bisogni di salute dei detenuti e di una mappatura che consenta di analizzare e valutare il rapporto tra tali bisogni e le risorse/servizi apprestati dal Servizio Sanitario".

Si propone, pertanto, di "migliorare i sistemi di rilevazione epidemiologica negli ambienti carcerari per ottenere le informazioni necessarie al fine di definire il "fabbisogno di salute", la cui individuazione consente la corretta programmazione della spesa sanitaria".

Addirittura, gli Stati Generali reputano di dover "imporre ai PRAP e agli Uffici dell'Osservatorio Regionale (istituito con il DPCM del 2008) di procedere alla completa rilevazione delle incidenze patologiche nelle carceri e dello stato di attuazione della Riforma per quanto concerne la quantità e le modalità dell'assistenza sanitaria nelle diverse realtà territoriali".

Non disporre di dati ufficiali rende complessa, perché sempre incerta ed approssimativa, qualsiasi riflessione sul rispetto del diritto alla salute in carcere, ma soprattutto rischia di alimentare prassi finalizzate più ad esigenze di custodia, di gestione della disciplina intramuraria che di prevenzione, cura o riabilitazione, fornendo un alibi a carenze e criticità che, nei fatti, smentiscono clamorosamente le pur apprezzabili proclamazioni di principio di cui alla legge di riforma della sanità penitenziaria: l'art. 1 del d. lgs. 2 giugno 1999, n. 230, infatti, così dispone: "I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, 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 e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali".

La mancanza di dati, inoltre, appare quasi paradossale in un momento nel quale, a livello mediatico, si segnala una certa attenzione alle questioni della sanità penitenziaria: lo scorso 23 gennaio 2017 *La Stampa* ha pubblicato due pagine intere dedicate ad un'indagine di *ARS Toscana* sull'abuso di psicofarmaci nelle carceri di quella Regione, e negli ultimi mesi hanno dedicato spazio al tema, tra gli altri: *Il Manifesto* (4 gennaio 2017), *L'Opinione* (10 dicembre 2016), *Oxfordjournal* (2 dicembre 2016), ancora *La*

Stampa (11 ottobre 2016), Linkiesta (3 agosto 2016), Redattore Sociale (9 luglio e 15 marzo 2016), Il Corriere della Sera (24 marzo 2016).

Se poi dall'informazione giornalistica si passa alle ricerche che vanno a scovarli, quei dati mancanti, si trova qualche esempio virtuoso, di grande utilità per una riflessione seria¹.

Pertanto, così come rispetto ad un'infinità di altre questioni che prescindono dalla tutela della salute in carcere, non ci si può che augurare un'effettiva attuazione dei desiderata degli Stati generali, anche se le contingenze storiche e l'instabilità politica militano in senso assolutamente contrario².

2. Disparità di trattamento e arbitrarietà nella gestione delle pratiche sanitarie

Per quanto attiene alle questioni di contesto, un primo elemento di estrema evidenza è l'inaccettabile disparità di trattamento tra un istituto e l'altro, anche all'interno nella medesima Regione di riferimento (M. Caredda, 2015). Sempre il Tavolo 10 degli Stati Generali parla di una situazione a macchia di leopardo, nell'applicazione della riforma della sanità penitenziaria: "uno dei cardini della Riforma, l'omogeneità delle prestazioni della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è, dunque, da raggiungere".

Provo a fare un solo esempio, che non ha ricadute dirette sullo stato di salute, ma coinvolge l'attività dei medici penitenziari: l'espletamento delle pratiche mediche per il rinnovo della patente di guida. Si tratta di una questione di estrema importanza, soprattutto per quei detenuti che,

¹ Sul profilo metodologico delle ricerche in tema di salute penitenziaria, oltre che per le riflessioni di carattere generale sui meccanismi di esclusione, cfr. D. Ronco, 2014, p. 107. Cfr. anche *La salute (p)reclusa*, a cura del "Progetto Carcere" dell'Associazione Progrè - Realizzato con il contributo dell'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, 2 luglio 2012.

² Qualche sviluppo positivo potrebbe derivare dalla sottoscrizione del Protocollo d'intesa tra DAP e Forum per il diritto alla salute delle persone private della libertà personale, del 12 dicembre 2016, che prevede, tra l'altro, azioni di monitoraggio "di tutte le situazioni di disagio, di rischio di suicidio e di patologia mentale".

in uscita, o magari per ottenere una misura alternativa o un beneficio penitenziario, potrebbero lavorare se avessero la disponibilità di una vettura. Ebbene, l'esperienza piemontese evidenzia che vi sono realtà nelle quali il rinnovo è praticamente impossibile; altre in cui avviene *de plano*, senza alcun problema; altre ancora nelle quali non può rinnovare chi ha un fine pena superiore a 5 anni (ma se poi quel medesimo detenuto ottiene una misura alternativa, ed esce dopo 2 anni e mezzo?). Una lettura ragionevole delle norme e delle circolari vigenti dovrebbe imporre una piena uniformità di trattamento in virtù della quale, se la patente è scaduta da meno di 3 anni, è possibile rinnovarla serenamente (pagando, come qualsiasi altro cittadino, le dovute competenze), all'esito di una visita medica che si svolge all'interno della struttura. E se il termine è superiore ai tre anni, allora occorre valutare se il mancato rinnovo è dovuto ad incapacità alla guida (nel qual caso interviene la revisione della patente, ad opera della Motorizzazione civile), oppure no. Richiamare al rispetto della legalità può apparire persino infantile o superficiale, ma rimane, in tanti casi, l'unico auspicio reale.

Anche perché, come una dottrina attentissima ha messo in luce, la disparità di trattamento – a maggior ragione, ovviamente, quando incide direttamente sul diritto alla salute – è consentita da spazi troppo estesi di discrezionalità amministrativa, che rischia di far degradare il diritto alla salute ad un mero interesse legittimo (C. Fiorio, 2004).

3. Stato di detenzione e rispetto del diritto alla salute: l'equiparazione tra cittadini liberi e cittadini detenuti

In una situazione che si caratterizza, pertanto, per la difficoltà di analizzare dati precisi, nonché per l'estrema discrezionalità (o, forse, sarebbe meglio dire, arbitrarietà²) delle soluzioni praticate, un primo principio che andrebbe comunque affermato può essere così sintetizzato: la detenzione non dovrebbe mai portare alla riduzione di alcun diritto fondamentale (primo fra tutti la salute), se non nei limiti in cui ciò è reso indispensabile dalle esigenze di sicurezza e custodia strettamente imposte dalla limitazione della libertà personale di un cittadino. Il di più, o è arbitrio o incuria, e forse talora sadismo.

Declinato con riferimento a quel “diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate”, il principio enunciato porta a concludere che se un cittadino libero può ottenere una certa prestazione pubblica in materia di tutela della salute, anche il cittadino detenuto deve poterlo fare. Pertanto, se in carcere non ci sono ambulatori attrezzati per le visite per il rinnovo della patente di guida, ebbene, pazienza: la struttura penitenziaria deve adeguarsi, ed implementare un ambulatorio a norma di legge. Non deve portare pazienza il cittadino detenuto che tenta di esercitare un diritto la cui compressione non è assolutamente giustificata dalle esigenze di custodia o sicurezza, ma devono portare pazienza l'amministrazione penitenziaria e le ASL di competenza, che dovranno spendere i denari necessari; ed anzi, in molti casi, neppure si tratta di spendere, ma semplicemente di organizzare e razionalizzare le risorse esistenti.

Ancora: se un disabile, o un soggetto comunque con problemi di salute, necessità di fisioterapia, deve poterla svolgere, in libertà come in carcere. Ad oggi, purtroppo, la fisioterapia pare un lusso che i detenuti non si possono permettere, con evidenti ricadute non solo sotto il profilo della sofferenza fisica, ma anche della cronicizzazione³. Ma tanto, se poi occorre, passa il *carrello della felicità* – come in alcune realtà viene chiamato lo strumento attraverso il quale si distribuiscono gli psicofarmaci – con la sua scorta di ansiolitici e sonniferi...⁴.

La questione della fisioterapia (o, meglio, della sua assenza) viene poi ad impattare in maniera drammatica sulla situazione dei detenuti disabili (cronici, ma anche che subiscono le conseguenze di un evento traumatico passeggero): sono 628 (secondo i dati del DAP, al 10 marzo 2016) i detenuti portatori di handicap, spesso limitati in modo drastico, non solo negli spostamenti, ma persino nella gestione dei colloqui con i familiari, dalla non accessibilità ed agibilità dei diversi locali del carcere, o magari bloccati per mesi, come avviene a Torino, per la rottura di un montacarichi che non si riesce a riparare.

³ Come detto, l'art. 1 del d. lgs. 230/1999 prevede che i detenuti abbiano diritto, al pari dei cittadini liberi, anche all'erogazione delle prestazioni di riabilitazione.

⁴ Sulla definizione del concetto di salute, che non può non ricomprendere il diritto agli interventi riabilitativi, si veda M. L. Fadda, 2012, p. 613.

Non voglio certo eludere la contestazione che spesso viene mossa all'approccio che sto tentando di esplicitare: alla luce del passaggio delle competenze della sanità penitenziaria dal Ministero della giustizia alle ASL, l'equiparazione tra diritto alle cure del cittadino libero e di quello in vincoli dovrebbe valere solo per i LEA.

Ora, a parte che già sarebbe un risultato di grande valore se così fosse, penso che si debbano fare i conti anche con la giurisprudenza europea.

Questa, per esempio, è una non datata pronuncia della CEDU, che riguarda proprio l'Italia:

“Orbene in caso di detenzione in carcere sullo Stato gravano obblighi positivi di garantire che ogni prigioniero sia detenuto in condizioni compatibili con il rispetto della dignità umana, che l'attuazione della misura non sottoponga la persona ad un disagio od a prova di un'intensità superiore all'inevitabile livello di sofferenza insita nella detenzione e che, tenuto conto delle esigenze pratiche della prigionia, la salute e il benessere del prigioniero sono assicurati adeguatamente, specialmente con la somministrazione di cure mediche. Quindi, la mancanza di adeguate cure mediche e, più in generale, la detenzione di un malato in condizioni inadeguate, possono in linea di principio costituire un trattamento contrario all'articolo 3 della convenzione” (CEDU, sez. II, G.C. v. Italia depositata il 22-04-2014)⁵.

Ancora, proprio su questo aspetto del problema sono molto esplicite le prese di posizione del Tavolo 10 dei più volte citati Stati Generali, quando denunciano “l'assenza di una cultura che preveda una erogazione dei servizi di cura all'interno delle carceri in misura paritaria rispetto alla popolazione esterna. [...]. Attraversa trasversalmente le tematiche affrontate la convinzione che non vi sia ancora oggi una piena consapevolezza, a livello culturale, del fatto che l'assistenza da erogarsi all'interno delle carceri deve essere paritaria rispetto a quella di cui fruisce la popolazione generale, pur essendo vigenti norme di rango primario che espressamente sanciscono l'equiparazione delle garanzie in materia di protezione del diritto alla salute (cfr. art. 1 d.lgs. n. 230 del 1999)”.

Dal punto di vista regolamentare, in Piemonte questi obiettivi sono condivisi: “La rete dei servizi in ambito penitenziario nella realtà pie-

⁵ Un'approfondita rassegna delle pronunce della Corte europea si trova in M.L. Fadda, 2012, par. 5.

montese”, approvata con D.G.R. n. 26 – 3383 del 30 maggio 2016 – sulla quale tornerò a breve – afferma, con grande chiarezza programmatica, che “[i]l principio guida è l’adeguamento della rete dei servizi sanitari penitenziari al modello di assistenza sanitaria territoriale previsto per i cittadini liberi”.

Purtroppo però, come cercherò di evidenziare con riferimento ad alcuni ambiti specifici, siamo ancora lontani da un modello concreto realmente rispettoso di queste indicazioni che, non lo si dimentichi, sono imposte dalla nostra Costituzione, ed anche dalle pronunce giudiziarie della Corte europea dei diritti dell’uomo, quando individua parametri imprescindibili per gli ordinamenti giuridici degli Stati dell’Unione⁶.

A ben vedere, infatti, il rapporto tra sanità esterna ed interna al carcere pare inesorabilmente sbilanciato, non tanto per ragioni connesse alla condizione di limitazione della libertà personale, come ci ricordano, ancora, gli Stati Generali, in un passo che, sinteticamente ma con grande efficacia, denuncia che “[a]ncora oggi ai detenuti/pazienti risulta difficile accedere alle prestazioni essenziali erogate dal SSR (ausili, protesica, farmaci fascia C); gli operatori delle ASL e della sicurezza devono gestire situazioni che riguardano malati senza dimora, stranieri, con difficoltà ad accedere ad alcuni servizi, per esempio ricoveri in ospedale, RSA, lungodegenze, pratiche d’invalidità o rinnovo delle pensioni (che si avviano in via *telematica*) che dal carcere sono di difficile gestione. [...]”.

Cito, come situazione fin troppo nota a chi opera – pur a diverso titolo – all’interno delle nostre strutture penitenziarie, quello delle cure e delle visite specialistiche. All’esito dell’entrata in vigore della citata Rete dei servizi sanitari in ambito penitenziario, i carceri piemontesi sono attualmente suddivisi in tre diverse categorie (*BASE*, *SPOKE*, *HUB*). La presenza specialistica ambulatoriale varia a seconda della tipologia di istituto. Pertanto, a Fossano (che, tra l’altro, è una casa di reclusione) e Verbania (istituti entrambi individuati come *BASE*) sono garantite, all’interno, solo le visite specialistiche odontoiatriche ed infettivologiche (oltre a SERD e DSM, che non possono mai mancare in quel ricettacolo di derelitti affetti da disagio mentale anche grave che le nostre carceri

⁶ Sui tentativi di garantire questa equiparazione, a livello regolamentare, a pochi mesi dall’entrata in vigore della riforma: F. Patrone, 1999, p. 410.

sono sempre più divenute in questi ultimi anni), nonché, se è previsto un reparto femminile, anche la ginecologia; ma non è il nostro caso. Niente cardiologia, ortopedia, oculistica, urologia, diabetologia e dermatologia, per quegli oltre 150 detenuti. Queste ultime specialità sono invece *garantite*, sulla carta, agli istituti che rientrano nella fascia SPOKE, e per gli HUB è addirittura prevista la *Specialistica COMPLETA* (il carattere maiuscolo non è aggiunto).

Peraltro, anche dove è presente l'ambulatorio specialistico, il ricovero ospedaliero si impone comunque ogni qual volta sia necessario procedere ad un esame medico che richiede l'utilizzo di strumentazione non presente in carcere⁷. In concreto: la percentuale di detenuti con Epatite C è di gran lunga superiore a quella del 2-3% della popolazione libera. Qualche giorno fa un medico penitenziario con il quale discorrevvo ipotizzava una percentuale 10 volte superiore. Ma alcune ricerche parlano addirittura di 40% della popolazione penitenziaria complessiva (AdnKronosSalute, 2016). Ebbene, per accertare il livello di gravità della patologia, occorre un esame medico che non si svolge in carcere, neppure nelle strutture HUB, e che impone l'accesso alla struttura pubblica di riferimento: il fibroscan, dal nome commerciale dell'apparecchio utilizzato, o più correttamente elastografia epatica⁸.

Tra l'altro, l'attenzione prioritaria alla diagnosi di questa patologia tra i detenuti non risponde assolutamente ad un criterio di benevolenza o di pietismo, ma obbedisce a precise ed autorevolissimi indicazioni scientifiche: "*Treatment should be considered without delay in [...] individuals at risk of transmitting HCV (active injection drug users, men who have sex with men with high-risk sexual practices, women of child-bearing age who wish to get pregnant, haemodialysis patients, incarcerated individuals)*"⁹.

È solo un esempio, ma si potrebbe continuare per pagine intere. Ebbene, a rendere poco più che un miraggio la parificazione tra paziente

⁷ Questione assai discussa anche prima della riforma della sanità penitenziaria: F.P.C. Iovino, 1997, p. 1550.

⁸ Sulla difficoltà di questi malati di accedere addirittura alle cure "di prima generazione" (interferone etc.), A. Bazzi, (2015).

⁹ Si tratta di "Recommendation A1", la più elevata in termini di evidenza e solidità scientifica, tratta da European Association for the Study of the Liver. EASL recommendations on treatment of Hepatitis C 2016, in Journal of Hepatology, 2017, 153.

libero e detenuto vi è la considerazione che le visite mediche esterne dei detenuti – che, non lo si dimentichi, patiscono la stessa lista d’attesa subito dai cittadini *liberi* – spesso *saltano*, per difficoltà ad organizzare le scorte, perché il detenuto è via per ragioni di giustizia, o quel giorno ha un colloquio con l’avvocato, o con un congiunto che arriva magari da centinaia di chilometri di distanza. Di frequente, poi, la preparazione all’esame diagnostico è del tutto inadeguata – perché per ragioni di sicurezza il detenuto viene avvisato all’ultimo momento del giorno e dell’ora della visita medica – e pertanto l’accertamento diagnostico va ripetuto. In tutti questi casi il cittadino ristretto si sente rivolgere una sorta di “non hai vinto: ritenta!”, con nuova prenotazione, lista d’attesa, tempi lunghi, etc.¹⁰.

Proviamo ad immaginare cosa significa tutto ciò, con riferimento ad un istituto penitenziario BASE, cioè privo dell’ambulatorio oculistico, per chi necessiti di occhiali da vista: rischiamo di veder trascorre, inutilmente, mesi interi, per essere ottimisti, prima di poter disporre della necessaria prescrizione medica. Con l’ulteriore, beffardo paradosso che la circolare sulla disabilità anche sensoriale del DAP, 10 marzo 2016, pomposamente (o, forse, con un cinico esercizio di realismo...) proclama che “L’amministrazione ha il compito di garantire ambienti adeguati alle limitazioni funzionali della persona nelle diverse forme e gradi che la disabilità può assumere: obesità, mancanza o forte riduzione del visus, limitazioni motorie e posturali”. Come a dire: diritto a vivere in ambienti “adeguati” alla propria riduzione del *visus*, ma senza occhiali da vista!

Un rapido accenno al problema (diffusissimo) del bisogno di cure dentistiche: anche quando è garantito il servizio odontoiatrico, le proteste sono a totale carico dei detenuti (come avviene *in libertà*, appunto). Ebbene, in questi ultimi anni si registra, com’è facilmente intuibile, un notevole incremento di situazioni di indigenza totale da parte di chi è chiuso in un carcere, e l’unico modo per procurarsi una dentiera è il coinvolgimento (proprio sotto il profilo economico) delle organizzazioni del volontariato sociale.

¹⁰ M. Caredda, 2015, p. 44, individua come prassi virtuosa da seguire, quella della Regione Emilia Romagna: liste d’attesa speciali per i detenuti, sul modello di quanto avviene per altre categorie “deboli”.

4. Trasferimenti, cartelle cliniche e medico di fiducia

La *mobilità* dei detenuti, com'è noto, è piuttosto elevata; in misura modesta per richieste provenienti dallo stesso soggetto recluso – molte delle numerose aspettative in tal senso non possono che andare deluse – ma in gran parte per ragioni disciplinari, organizzative, perché un'intera struttura viene chiusa per gravi contagi da legionella (!), etc.

In questi casi, una delle attese più rilevanti attiene all'attivazione della cartella clinica informatizzata, anche all'interno del carcere¹¹. Vorrei provare, anche su questo aspetto – a rischio di apparire parziale nelle valutazioni – a pormi non tanto nella prospettiva dell'istituzione o di chi gestisce l'attività sanitaria in carcere, ma del detenuto che, soggetto agli infiniti trasferimenti da un carcere all'altro, senza che la cartella clinica cartacea possa seguirlo, inevitabilmente si scontra con la fragilità e parzialità delle informazioni sanitarie in possesso di coloro che dovrebbero curarlo: magari solo un breve foglietto scritto a mano, neppure tanto comprensibile, che si limita alla diagnosi, senza poter consultare eventuali esami diagnostici (tanto faticosamente conquistati), e con posologie farmacologiche di cui si stenta a comprendere l'origine¹². Verosimilmente, nessuno di noi accetterebbe di farsi curare in tali condizioni¹³. Infine, a rischio di commettere un grave peccato di velleitarismo, vorrei invocare la possibilità, per il detenuto, di scegliere, tra i diversi medici presenti in carcere, quello di sua fiducia. O, comunque, di essere *assegnato* ad un solo sanitario, sempre quello, all'interno della struttura, anche indipendentemente dalla scelta o dal piacimento, in modo che quest'ultimo lo possa seguire con continuità, quanto meno sinché dura la permanenza in quel carcere¹⁴.

¹¹ Sul punto, proprio nella prospettiva di garantire la “continuità terapeutica”, cfr. M. Caredda, 2015, p. 45, nonché Documento finale dei lavori della Commissione Ministeriale per le questioni penitenziarie “Palma”, presentato al Ministro il 25.11.13, punto 4.4, 20.

¹² Quanto tale situazione si ponga in totale contrasto con il principio di legalità emerge dalla semplice lettura del c. II, lett. c) dell'art. 1 d. lgs. n. 230 del 1999: “Il Servizio sanitario nazionale assicura, in particolare, ai detenuti e agli internati: (...) informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso in carcere, durante il periodo di detenzione e all'atto della dimissione in libertà”.

¹³ Con riferimento alle problematiche giuridiche della cartella clinica, restano ancora oggi di rilievo le considerazioni di B. Magliona, M. Pastore, 1991, p. 453.

¹⁴ Sul diritto alla scelta del sanitario dal quale essere curato, cfr. M.L. Fadda, 2012,

5. Dalla reclusione come fenomeno patogeno alla opportunità di cura

Ma una riflessione seria sullo stato attuale della sanità penitenziaria non può limitarsi a segnalare i ritardi e le difficoltà che quotidianamente si incontrano, nel tentativo titanico di garantire ai cittadini detenuti un livello adeguato di interventi sanitari, diagnostici, terapeutici, riabilitativi, etc.; al contrario, si deve tenere presente un dato drammatico: in carcere – nelle nostre carceri – ci si ammala, ci si infetta, si subiscono vere e proprie patologie da restrizione, come ci ha insegnato, in un lavoro datato ma purtroppo ancora tragicamente attualissimo, Daniel Gonin (1994)¹⁵.

Voglio citare, a questo proposito, una fondamentale riflessione di G.M. Flick. “Nel terzo paradosso non rientra solo la violenza in carcere da parte dell’autorità (per “dolo”), ma anche la malasànità (per “colpa”). I ritardi nella cura dei reclusi malati possono considerarsi una degenerazione inevitabile in una comunità sovraffollata e chiusa, nonostante gli sforzi per evitarli e le soluzioni elaborate a tal fine. È inevitabile, infatti, che in una comunità con queste caratteristiche (sovraffollata e chiusa) possano esserci dei ritardi nella cura delle urgenze e anche una non sempre adeguata attenzione – come dimostrano certe vicende giudiziarie – ai reparti medici carcerari negli ospedali” (G.M., Flick, 2016).

Proprio questa realtà – un carcere tristemente patogeno – impone un cambio di prospettiva radicale, un vero e proprio mutamento dell’approccio culturale al problema della salute in carcere, che realmente porti a compimento il passaggio della sanità dall’amministrazione penitenziaria al servizio sanitario nazionale pubblico: immaginare – con uno sforzo di fantasia che scardini la pervicace resistenza dell’approccio custoditale e repressivo – che il periodo della detenzione possa divenire un’opportunità, sotto il profilo della tutela della salute, per tutti quei soggetti che, in libertà, non si occupano del loro stato di salute, non si prendono in modo alcuno cura di sé, a causa delle loro esistenze marginali e fragili, per le patologie psichiatriche, le dipendenze, le tragiche, sempre nuove forme di povertà che li gravano e, talora, schiacciano inesorabilmente.

in particolare alla nota 10.

¹⁵ Sul punto cfr. anche C. Piciocchi, 2014, p. 845.

È forse questa una lettura di avanguardia, ma verosimile, del concetto di *rieducazione*, finalizzata a dare un senso alla pena detentiva, che spesso smarrisce, senza speranza, i suoi obiettivi meno repressivi.

Poniamoci, ancora una volta, nel solco delle riflessioni degli Stati Generali che, se non vogliono rimanere una patetica lettera morta, devono iniziare a produrre percorsi reali e condivisi di intervento in carcere: “Individuare delle soluzioni praticabili per implementare sistemi di monitoraggio dei bisogni di salute (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione). [...] “Rischio di salute”, che nella popolazione carceraria è maggiore di quello esistente nella popolazione generale. L’incuria nella gestione delle malattie pregresse rispetto all’ingresso in carcere, la diffusione di pratiche a rischio (per es. assunzione di droghe per via iniettiva o l’abitudine al sesso a pagamento) e le possibilità di aggravamento del quadro clinico causato dagli stili di vita e dalle condizioni mentali propri dell’ambiente carcerario rendono tale segmento della popolazione particolarmente esposto a gravi patologie. In particolare, come noto, alcune malattie registrano una prevalenza incredibilmente maggiore rispetto a quella rilevata tra la popolazione generale: si tratta della dipendenza da sostanze stupefacenti e delle malattie infettive (epatite C, HIV), oltre ai disturbi nevrotici e da adattamento”.

Come detto, e non solo su questi obiettivi ambiziosi, bisogna riconoscere che il passaggio alla sanità pubblica non è pienamente compiuto, anche nella mentalità, nell’approccio culturale, verrebbe da dire, di molti di coloro che operano in carcere. Certo le generalizzazioni sarebbero pericolose, ma un rapporto non fluido tra amministrazione sanitaria e amministrazione penitenziaria rischia ancora di produrre sofferenza, nella gestione della vita quotidiana di tanti detenuti.

Riferimenti bibliografici

A. Bazzi (2015), *Epatite C: nelle carceri deve essere fermato il contagio tra detenuti*, in *Corriere.it*, 22-9-2015.

M. Caredda (2015), *La salute in carcere. Alcune riflessioni sulle risposte ai bisogni di salute della popolazione detenuta*, in *Costituzionalismo.it*.

M.L. Fadda (2012), *La tutela del diritto alla salute dei detenuti*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, pp. 614-639.

C. Fiorio (2004), *Salute del condannato e strumenti di tutela*, in A. Scalfati, a cura di, *Giurisdizione di sorveglianza e tutela dei diritti*, Padova.

G. M. Flick (2016) *Una nuova cultura della pena?*, in *Associazione italiana dei costituzionalisti*, 4.

F.P.C. Iovino (1997), *Sul ricovero del detenuto in luogo esterno di cura*, in *Cassazione penale*, p. 1550 ss.

B. Magliona, M. Pastore (1991), *La cartella clinica penitenziaria. Aspetti giuridici e medico legali*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, pp. 453-478.

F. Patrone (1999), *Schemi di convenzione per l'assistenza ai detenuti affetti da HIV* (Commento al d. interm. 18 novembre 1998), in *Diritto penale e procedura*.

C. Piciocchi (2014), *"La salute dentro le mura": commento al rapporto del Comitato Nazionale per la bioetica sulla salute in carcere (27 settembre 2013)*, in *Studium Juris*, pp. 845-853.

D. Ronco (2014), *La salute negata. Processi di esclusione nelle carceri italiane*, in *Studi sulla questione criminale*, pp. 107-125.

La condizione dei detenuti nella legislazione tardoimperiale romana

Andrea Trisciuglio

Abstract: *L'Autore prende in esame la normativa che nel tardo diritto romano ha regolato il carcere che all'epoca non era considerato una sanzione penale, ma uno strumento con altre finalità giuridiche. Nell'esame di tale normativa, l'Autore nota la preoccupazione di migliorare le condizioni del recluso a partire dall'imperatore Costantino, con il diffondersi quindi dei valori del cristianesimo. Tali miglioramenti sono, peraltro, resi alquanto relativi dall'incapacità di garantire condizioni detentive dignitose da parte dell'amministrazione carceraria che viene sottoposta più volte e inutilmente a controlli esterni, tra cui quelli del vescovo che, per la sua posizione di terzietà e per il suo ispirarsi all'*humanitas* cristiana, sembra per certi versi assimilabile all'odierna figura dei garanti dei diritti delle persone recluse.*

Parole chiave: *carcere, storia, diritto romano, imperatori cristiani, amministrazione carceraria, controlli esterni, vescovo*

1. Premessa

Prima di affrontare alcuni aspetti del (tardo) diritto romano dove si può effettivamente scorgere una tendenza verso un trattamento dei detenuti improntato all'*humanitas*¹, senza correre il rischio di attualizzare la lettura delle fonti tradendo in tal modo la missione dello storico, occorre premettere che il carcere nell'esperienza romana non è considerato un tipo di sanzione penale. Esso ha solamente la funzione di assicurare l'imputato all'esecuzione della pena dopo la sentenza di condanna del giudice; dunque siamo assai prossimi all'istituto moderno della custodia cautelare², e dobbiamo pensare, per quanto riguarda

¹ L'*humanitas* è espressamente richiamata come valore di riferimento per la condotta dei carcerieri in C.Th. 9.3.7 (a. 409 d.C.); v. *infra*, nt. 14; v. anche Valditara (2008, 461).

² Sull'inesistenza della pena detentiva nell'ordinamento romano, quasi un 'dogma' nella romanistica, v. Lovato (1994), 100. Il fatto che il carcere servisse solo "*ad continen-*

lo sfondo delle previsioni normative, a periodi detentivi relativamente brevi. Non mancano per altro forme particolari di detenzione da intendersi propriamente come pene: è il caso della *reclusio in monasterio* a vita prevista da Giustiniano per la donna condannata per adulterio non perdonato, *intra biennium*, dal marito (cfr. Nov. Iust. 134.10.1, a. 556 d.C.; Pergami, 2014, 48 ss.), reato che è stato indicato come il primo punito con una sanzione equiparabile all'ergastolo (cfr. Cantarella, 2010, 210).

Un altro dato poi che occorre tenere presente in via preliminare è che una sensibilità normativa diretta a migliorare le condizioni di vita del detenuto (anche dal punto di vista igienico-sanitario, come vedremo) si riscontra solamente dall'imperatore Costantino in poi, cioè quando l'ordinamento romano incomincia ad essere chiaramente influenzato dal pensiero cristiano (cfr. V. Biondi, 1954, 513). A partire dal IV secolo d.C., in effetti, i valori del cristianesimo sembrano condizionare le costituzioni imperiali che toccano aspetti inerenti alle condizioni di vita dei detenuti ma, a quanto pare, con scarsi risultati pratici; per altro, su tali condizioni saranno chiamati a vigilare, *ab externo* rispetto all'amministrazione penitenziaria³, anche i vescovi, segno di una presa d'atto della non completa affidabilità dei sistemi di controllo sulla qualità di vita dei carcerati interni all'amministrazione.

Un'ultima precisazione. Le brevi osservazioni che seguiranno sulla legislazione tardoantica si riferiscono alla carcerazione pubblica. Nel Tardoantico invero esiste anche il fenomeno della carcerazione privata, usata anche come forma di esecuzione sulla persona del debitore inadempiente, ma fu una prassi costantemente contrastata dagli imperatori (Teodosio I, Zenone, Giustiniano) che la considerarono un reato

dos, non ad puniendos homines" risulta da un celebre testo di Ulpiano: D. 48.19.8.9 (Ulp. 9 *de off. proc.*): "*Solent praesides in carcere continendos damnare aut ut in vinculis contineantur: sed id eos facere non oportet. Nam huiusmodi poenae interdictae sunt: carcer enim ad continendos homines, non ad puniendos haberi debet*"; sul passo, da ultimo, Zamora (2015, 72 ss., con altra lett.).

³ La *custodia carceris* è affidata in età repubblicana (e fors'anche nel principato) a magistrati speciali: i *tresviri capitales* [cfr. Cascione (1999), 161 ss.]; mentre nel tardo impero (in particolare nel IV-V secolo d.C.) è una competenza riservata per lo più a funzionari imperiali subalterni denominati *commentarienses* e in minor misura agli *stratores* [cfr. Minieri (2011), 1 ss.; 57 nt. 93, a proposito degli *stratores*; adde Barbati (2013), 379 nt. 78].

(*crimen maiestatis*) contro il potere imperiale, al quale si riconosceva il monopolio sull'adozione ed esecuzione delle misure privative della libertà⁴.

2. Il carcere ai tempi di Costantino

Siamo nel 320 d.C. L'imperatore Costantino indirizza una costituzione al *rationalis Florentius* (un funzionario dell'amministrazione fiscale); si tratta della *lex* che apre il titolo *De custodia reorum* sia nel Codice Teodosiano sia in quello di Giustiniano. Dopo un iniziale ammonimento a rendere il più possibile rapidi i procedimenti di natura penale, l'imperatore dispone che per evitare il pericolo di fuga non si usino maniche di ferro e strettamente aderenti alle ossa, ma catene allentate in modo che la detenzione non diventi un tormento. Le celle poi devono avere luce a sufficienza; il detenuto di giorno deve essere condotto all'aperto, di notte deve rimanere recluso ma, si specifica, in luoghi salubri. Molto interessante è la *ratio legis* dichiarata dall'imperatore: si vuole evitare la morte in carcere causata dalle condizioni detentive: una sventura per gli innocenti, un epilogo troppo benevolo per i colpevoli⁵. *Lex humanissima* l'ha definita Gotofredo e si è voluto scorgere in essa, con una qualche forzatura, una forma di tutela *ante litteram* dei diritti dell'uomo (cfr. Martini, 2003, 188).

⁴ Cfr. C.Th. 9.11.1; C.I. 9.5.1; C.I. 9.5.2; v. anche C.I. 1.4.23; in dottrina Schiavo (2008, 70 ss.); Navarra (2009, 6 ss.), 31 s. (estr.); a partire dall'epoca giustiniana (v. C.I. 1.4.22.pr.), nelle città dell'impero (diverse dalla capitale Costantinopoli), erano chiamati a disporre la custodia preventiva degli imputati i *defensores civitatis*: cfr. Lovato (1994, 222 nt. 117, 226 nt. 131).

⁵ C.Th. 9.3.1.pr. (= C.I. 9.4.1.2-3): "*Interea vero exhibitio non ferreas manicas et inhaerentes ossibus mitti oportet, sed prolixiores catenas, ut et cruciatio desit et permaneat fida custodia. Nec vero sedis intimae tenebras pati debebit inclusus, sed usurpata luce vegetari et, ubi nox geminaverit custodiam, vestibulis carcerum et salubribus locis recipi ac revertente iterum die ad primum solis ortum ilico ad publicum lumen educi, ne poenis carceris perimatur, quod innocentibus miserum, noxiis non satis severum esse cognoscitur*"; Lovato (1994, 177 ss.); Zamora (2015, 96 ss.). Una minima variazione testuale nel testo accolto nel Codice giustiniano farebbe pensare che l'incatenamento del detenuto venisse a dipendere, nel VI secolo, dalla *qualitas criminis* e fosse adottato per i crimini più gravi.

2.1 ... Costanzo II

Siamo nel 340 d.C. Il figlio di Costantino, l'imperatore Costanzo II, ritorna sul trattamento dei carcerati e, per assicurare condizioni di vita dignitose, dispone che uomini e donne abbiano luoghi di reclusione differenziati⁶. Una norma per noi moderni piuttosto sorprendente, che ci permette di osservare come si inseriscano nel solco della tradizione romana sia le Regole minime per il trattamento dei detenuti delle Nazioni Unite adottate sul finire degli anni '50 del secolo scorso, laddove (regola 8) affermano che "uomini e donne, per quanto possibile, devono essere ristretti in istituti separati, o in sezioni completamente separate dello stesso istituto", sia le Regole penitenziarie europee del 2006 (regola 18.8b), di identico contenuto⁷.

2.2 ... Teodosio I

Con Teodosio I, com'è noto, il cristianesimo assurge a religione ufficiale dell'impero con l'emanazione dell'editto di Tessalonica. Per l'imperatore il miglioramento della condizione carceraria (che dovrebbe durare il meno possibile secondo un orientamento di politica penitenziaria che lo pone in continuità con Costantino) si attua anche attraverso un costante monitoraggio affidato agli ufficiali subalterni addetti alla vigilanza (*commentarienses*). In una costituzione del 380⁸, che forse intende contribuire alla riduzione del sovraffollamento delle carceri e al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie⁹, si prescrive che ogni 30 giorni il *commentariensis* aggiorni

⁶ C.Th. 9.3.3: "*Quoniam unum carceris conclave permixtos secum criminosos includit, hac lege sancimus, ut, etiamsi poenae qualitas permixtione iungenda est, sexum tamen disparem diversa claustrorum habere tutamina iubeatur*"; v, anche l'*interpretatio* visigotica *ad legem*: "*Viri et mulieres, etiamsi criminis aequalitate iungantur, non tamen in unius carceris custodia teneantur*"; Biondi (1954, 514); Di Cintio (2008, 15 ss.); Zamora (2016, 468).

⁷ Sulle norme sovranazionali citate, cfr. Palmisano (2015), § 2.

⁸ Cfr. C.Th. 9.3.6 (= C.I. 9.4.5): "*Nam nisi intra tricensimum diem semper commentariensis ingesserit numerum personarum, varietatem delictorum, clausorum ordinem aetatemque victorum, officium viginti auri libras aerario nostro iubemus inferre...*"; Lovato (1994, 197 ss.); Minieri (2011, 30 ss.); Barbati (2013, 381); Zamora (2015, 61 ss.).

⁹ In tal senso Zamora (2015, 106 ss.); Id. (2016, 469). All'epoca di Teodosio I il sovraffollamento era uno dei gravi problemi dei luoghi di detenzione, insieme alle scarse condizioni igieniche e alimentari, e alle vessazioni operate dai *commentarienses*. La sopportazione dei

nei registri il numero dei reclusi annotando i capi d'imputazione, la data di incarcerazione e l'età degli incatenati; l'inadempimento a tali obblighi comporta la comminazione di una pena di venti libbre d'oro.

2.3 ... Onorio

Dopo diciannove anni (409 d.C.) Onorio, il figlio di Teodosio I, emana a Ravenna una costituzione assai indicativa in verità di una sempre più crescente sensibilità, d'ispirazione cristiana, che i tardi imperatori romani mostrano per le esigenze, non solo quelle primarie, dei detenuti. Ogni domenica, nel *dies domini*, i reclusi dovranno essere condotti dal giudice che li interrogherà su come sono trattati e in particolare se i custodi, qualificati "corrotti", operino secondo l'*humanitas*. L'imperatore, rendendo patrimonialmente responsabili i giudici e i *commentarienses*, si preoccupa altresì di assicurare il necessario sostentamento alimentare per i reclusi indigenti, come pure la loro igiene personale prevedendo l'obbligo di condurli *ad lavacrum*. Con la chiusa della *lex* i vescovi sono chiamati a vigilare sulla regolare esecuzione delle prescrizioni imperiali¹⁰.

2.4 ... Giustiniano

Sotto l'impero di Giustiniano si può notare invero un rafforzamento del ruolo dei vescovi nell'attività di vigilanza sul trattamento dei carce-

detenuti era messa a dura prova e frequenti erano i casi di suicidio. Ne offrono testimonianza le *Res gestae* di Ammiano Marcellino e le orazioni di Libanio; v. Lovato (1994, 199).

¹⁰ C.Th. 9.3.7 (= C.I. 1.4.9): "*Post alia: Iudices omnibus dominicis diebus productos reos e custodia carcerali videant interrogent, ne his humanitas clausis per corruptos carcerum custodes negetur. Victualem substantiam non habentibus faciant ministrari, libellis duobus aut tribus diurnis vel quot existimaverint commentarienses decretis, quorum sumptibus proficiant alimoniae pauperum. Quos ad lavacrum sub fida custodia duci oportet, multa iudicibus viginti librarum auri et officiis eorum eiusdem ponderis constituta, ordinibus quoque trium librarum auri multa proposita, si saluberrime statuta contempserint. Nec deerit antistitum christianae religionis cura laudabilis, quae ad observationem constituti iudicis hanc ingerat monitionem*"; Lovato (1994, p. 209 ss.); Corbo (2006, p. 173 nt. 21); Bianchini (2008, p. 249 ss.); Di Cintio (2008, p. 17 ss.); Minieri (2011, p. 32); Barbati (2013, pp. 382, 398); Zamora (2015, p. 112 ss.); Id. (2016, p. 472 ss.). Onorio è anche autore di *Const. Sirm.* 13 (v. *infra*, nt. 20).

rati. In particolare il detto imperatore in una costituzione del 529 d.C. indirizzata al *praefectus praetorio* Mena dispone che il vescovo si rechi una volta alla settimana nel carcere pubblico per interrogare i detenuti sul loro *status* (di libero o di servo), sul capo d'imputazione o sulla presenza di altro motivo giustificativo della detenzione¹¹; la norma pare invero attribuire ai vescovi uno specifico potere di controllo sul rispetto dei tempi massimi di carcerazione preventiva che dipendevano appunto dallo *status* personale e dal tipo di accusa¹². Uno degli abusi più ricorrenti in quell'epoca era in effetti il prolungamento *contra legem* dei termini di carcerazione.

3. Conclusioni

Questa rapida rassegna sui rapporti tra legislazione tardo-imperiale e condizione carceraria evidenzia i problemi di fondo per i quali gli imperatori cristiani intendono apprestare soluzioni. Tali problemi si sommano tra di loro aggravando la condizione di soggetti che sono - non dimenti-

¹¹ Cfr. C.I. 1.4.22.1 = C.I. 9.4.6.1 (in greco): trad. latina (Krüger): "Eos autem qui inclusi sunt vel includentur religiosissimi locorum episcopi una cuiusque hebdomadis die quarta vel sexta explorent et diligenter causas detentionis eorum inquirant et servine an liberi sint, num propter aes alienum an propter alias accusationes vel ob homicidium inclusi sint"; Lovato (1994, p. 222). La detenzione provvisoria poteva trovare fondamento anche in un atto di citazione che avviava un procedimento civile; il convenuto, non in grado di garantire la sua comparizione in giudizio, doveva seguire l'*executor litis* (il pubblico ufficiale notificatore) incaricato di sorvegliarlo durante la celebrazione del processo; a tal riguardo v. Trisciuglio (2009, 49 e nt. 100, p. 87 ss.).

¹²Lo si può evincere dalla stessa costituzione indirizzata al prefetto del pretorio Mena (v. C.I. 9.4.6.2-5), dove si indicano i seguenti termini massimi di carcerazione: 1) per gli schiavi, 20 giorni; 2) per i liberi, 30 giorni se la causa è civile; se la causa è penale, in genere 6 mesi con la possibilità di estendere la durata ad 1 anno per reati capitali perseguiti sulla base di un'accusa privata. Occorre tuttavia tenere presente che in linea di massima il detenuto poteva riacquistare immediatamente la libertà con la prestazione di idonee garanzie (*fideiussio iudicio sistendi causa, cautio iuratoria*) per la comparsa in giudizio; cfr. Lovato (1994, 222 ss.); Navarra (2009, 35 ss., estr.); con particolare riguardo ai processi civili, Trisciuglio (2009), 49 ss. Per il reperimento di fideiussori il detenuto poteva godere anche di permessi di libertà; v. l'editto del *praefectus praetorio* Archelao (Zach., *Anecd.* III, ed. XXX, p. 277, a. 524-527 d.C.), commentato da Trisciuglio (2013, 107 ss.).

chiamolo - per lo più in attesa di giudizio, oppure in attesa di esecuzione della pena. Il ritardo nella pronuncia delle sentenze determina il prolungamento *contra legem* dei termini di carcerazione; aumenta le occasioni di vessazioni e di estorsioni operate dai carcerieri definiti “*nequissimi*” (malvagi, propensi alla corruzione, amorali, egoisti) in una costituzione di Valentiniano e Valente¹³. Le condizioni di vita, l’esistenza stessa, sembrano dipendere dall’arbitrio di tali funzionari ben poco controllati dai *iudices*, loro superiori. V’è un’incapacità strutturale dell’amministrazione carceraria di assicurare dignitose condizioni di vita in osservanza dei precetti evangelici e la minaccia di multe a giudici e a *commentarienses* non sembra sortire molto effetto. Ecco dunque il ricorso ad un assiduo vigilante esterno, il vescovo, collocato fuori dagli apparati amministrativi (cfr. Puliatti, 2004, 145 ss., spec. 148, 158), che per la sua terzietà ricorda gli odierni garanti, nazionale e territoriali, per i detenuti¹⁴; figura credibile nella società tardoimperiale romana e interessata al benessere materiale e spirituale dell’uomo. Gli appartenenti al clero hanno il permesso di entrare nelle carceri, di curare gli ammalati, di nutrire i detenuti poveri, di consolare gli innocenti; conoscendo le singole situazioni, possono intercedere presso i giudici¹⁵. C’è una soluzione, tuttavia, che sarà stata particolarmente agognata per la sua radicalità dai detenuti imputati di reati minori, e che poteva risolvere altresì il problema del sovraffollamento carcerario: l’amnistia, non a caso nel tardo impero cristiano concessa nel *dies paschalis*, nel giorno di Pasqua¹⁶.

¹³ C.Th. 9.40.5 (a. 364 d.C.); Minieri (2013, spec. 5 ss.).

¹⁴ Il garante nazionale per i detenuti è stato istituito recentemente in Italia (legge n. 10 del 21 febbraio 2014) per volere delle Nazioni Unite; è entrato in funzione nel marzo 2016.

¹⁵ Cfr. *Const. Sirm.* 13 (imp. Onorio, a. 419 d.C.): “*Eam quoque sacerdoti concedimus facultatem, ut carceris ope miserationis aulas introeat, medicetur aegros, alat pauperes, consoletur insontes et cum singulorum causas scrutatus agnoverit, interventiones suas apud iudicem competentem pro iure moderetur. Scimus enim idque crebris aditionibus supplicatum frequenter ideo plerosque in custodiam detrudi, ut adeundi iudicis libertate priventur et, cum semel coeperit humilior persona pati custodiam, antequam causa sciatur, iniuriae poenam sustinere compellitur. Confestim duas auri libras fisco nostro contumax solvet officium, si sacerdotem negotia tam sancta curantem ianitor feralis excluserit*”; Lovato (1994, 211 ss.); Bianchini (2008, 253 ss.).

¹⁶ Cfr. in particolare C.Th. 9.38.3 (imp. Valentiniano I, a. 367 d.C.); C.Th. 9.38.8 (imp. Valentiniano II, a. 385 d.C.); v. anche *Const. Sirm.* 7 (imp. Teodosio I, a. 380-1

Riferimenti bibliografici

S. Barbati (2013), *Abusi e illeciti dei giudici nel processo tardo-antico*, in *Atti dell'Accademia Romanistica Costantiniana. XIX Convegno internazionale in memoria di F. De Marini Avonzo*, Roma.

M. Bianchini (2008), *Cadenze liturgiche e calendario civile fra IV e V secolo. Alcune considerazioni*, in *Temi e tecniche della legislazione tardoimperiale*, Torino.

B. Biondi (1954), *Il diritto romano cristiano*, vol. III, Milano 1954.

E. Cantarella (2010), *Diritto romano. Istituzioni e storia*, Milano.

C. Cascione (1999), *Tresviri capitales. Storia di una magistratura minore*, Napoli.

D.A. Centola (2015), *Alcune osservazioni sui provvedimenti imperiali di clemenza in occasione della Pasqua*, in *KOINΩNIA*, 39.

Ch. Corbo (2006), *Paupertas. La legislazione tardoantica*, Napoli.

L. Di Cintio (2008), *Note sui contenuti della "Interpretatio": divinazione e custodia carceraria*, in *Rivista di Diritto Romano*, 8.

V. Giuffrè (1998), *La repressione criminale nell'esperienza romana*⁵, Napoli.

A. Lovato (1994), *Il carcere nel diritto penale romano. Dai Severi a Giustiniano*, Bari.

R. Martini (2003), *Su alcuni provvedimenti costantiniani di carattere sociale*, in F. Sini e P. P. Onida, a cura di, *Poteri religiosi e istituzioni: il culto di San Costantino imperatore tra Oriente e Occidente*, Torino.

L. Minieri (2011), *I commentarienses e la gestione del carcere in età tardoantica*, in *Teoria e storia del diritto privato*, 4.

L. Minieri (2013), *Corruzione in Roma tardo antica: il caso dei "nequissimi" funzionari*, in *Rivista di Diritto Romano*, 13.

M.L. Navarra (2009), *Sul divieto del carcere privato nel tardo impero romano*, in *Studia et Documenta Historiae Iuris*, 75.

R. Palmisano (2015), *Scheda sulla detenzione femminile (gennaio 2015)*, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Ufficio del Capo del Dipartimento. Ufficio Studi Ricerche Legislazione e Rapporti Internazionali - *on line*.

F. Pergami (2014), *La repressione dell'adulterio nella legislazione tardoimperiale*, in Id., *Nuovi studi di diritto romano tardoantico*, Torino.

S. Puliatti (2004), *Le funzioni civili del vescovo in età giustiniana*, in *Athenaeum*, 92.1.

S. Schiavo (2008), *Esecuzione personale dei debitori e carcerazione privata nelle costituzioni imperiali di età postclassica e giustiniana*, in *Annali Univ. Ferrara*, 21.

d.C.); Lovato (1994), 202 ss.; Giuffrè (1998), 171; sulle indulgenze pasquali cfr., da ultimo, Centola (2015), 411 ss.

A. Trisciuglio (2009), *Fideiussio iudicio sistendi causa e idoneità del fideiussore nel diritto giustiniano e nella tradizione romanistica*, Napoli.

A. Trisciuglio (2013), *Edictum XXX*, in *Edicta Praefectorum praetorio* (a cura di F. Gorla - F. Sitzia), Cagliari (in CDROM).

G. Valditara (2008), *Lo Stato nell'antica Roma*, Soveria Mannelli.

J.L. Zamora Manzano (2015), *La administración penitenciaria en el derecho romano: Gestión, tratamiento de los reclusos y mejora de la custodia carcelaria*, Madrid.

J.L. Zamora Manzano (2016), *Algunas reflexiones sobre la Administración romana y las cárceles en el Bajo imperio*, in *Hacia un derecho administrativo, fiscal y medioambiental romano*, vol. III (dir. A. Fernández de Buján, coedd. A. Trisciuglio - G. Gerez), Madrid.

Suicidio e condotte suicidarie in carcere tra aspetti psicopatologici e contestuali

Elvezio Pirfo, Maria Paola Golzi

Abstract: *Gli Autori prendono in esame i principali fattori di rischio del fenomeno del suicidio in carcere desunti dalla letteratura sul tema. Tra questi hanno particolare rilievo quelli di tipo psicopatologico, aggravati dalla condizione di stato detentivo dell'individuo. Ciò spiega i tassi di suicidio in carcere più elevati rispetto alla popolazione extra-penitenziaria e di ciò occorre tener conto nella predisposizione delle strategie di prevenzione. Gli Autori concludono che quando il rischio di suicidio diventa maggiore ciò è dovuto al mancato funzionamento del meccanismo di reciproco adattamento che si instaura tra istituzione totale e individuo recluso. Di qui l'importanza dell'intervento del sanitario come figura professionale che dovrebbe innescare processi di riavvio di tale meccanismo.*

Parole chiave: *suicidio in carcere, fattori di rischio, fattori di resilienza, strategie di prevenzione, forme di adattamento*

1. Aspetti psicopatologici del suicidio

Per trattare del tema che mi è stato affidato è essenziale esaminare sia gli aspetti psicopatologici e clinici che rappresentano il minimo comune denominatore di qualsiasi ragionamento venga fatto sul suicidio e le condotte suicidarie sia mettere a fuoco le specificità contestuali dell'ambiente carcerario che, quasi inutile sottolinearlo, condizionano in maniera sostanziale qualsiasi evento di questo tipo.

Quindi, in premessa, è importante che, da un punto di vista clinico, fare chiarezza su alcuni aspetti che caratterizzano le condotte suicidarie. Per ideazione suicidaria si intende un'attività di pensiero rivolta ad immaginare dei comportamenti di aggressività auto diretta che ha come obiettivo la morte. Il tentativo di suicidio esprime nel concreto il passaggio all'atto di questo pensiero, prodotto attraverso un comportamento che può potenzialmente mettere in pericolo la vita del soggetto che lo compie. Il suicidio è un tentativo che riesce a portare a compimento l'obiettivo immaginato: la propria morte.

Pertanto, un problema clinico di rilievo è costituito dalla necessità di porre un'adeguata diagnosi differenziale tra i tentativi di suicidio veri e propri, cioè messi in atto con una reale progettualità di porre fine alla propria vita, e quelli attuati a scopo dimostrativo, cioè nell'intento di ottenerne un vantaggio secondario, vero o presunto e a diversi gradi di consapevolezza del soggetto.

Certamente le persone non decidono all'improvviso di suicidarsi: la volontà suicidaria è secondaria rispetto ad un livello individuale di tolleranza oltre il quale la morte diventa la soluzione preferibile. Il raggiungimento di questo livello è graduale: la percezione della realtà, generalmente selettiva, porta ad una progressiva crescita del desiderio di morire, fino al raggiungimento della soglia oltre la quale avviene il passaggio all'azione. Inoltre, nella storia delle persone sono rintracciabili eventi e circostanze che aumentano la vulnerabilità e predispongono al rischio di suicidio.

La letteratura evidenzia dei fattori maggiormente correlati al rischio suicidario (cfr. P. Buffa, 2012, p. 12 ss.). È più esposta a rischio la popolazione di genere maschile, quella compresa in una fascia d'età tra i venti e i trent'anni se si è maschi, sotto i venticinque anni o intorno ai quarantacinque se si è femmine. La situazione coniugale è fattore di rischio: l'essere uomini separati o divorziati (a qualsiasi età) o avere più di sessant'anni e vivere da soli. Le perdite precoci quali, ad esempio, la perdita nell'infanzia di uno o entrambi i genitori, così come le patologie somatiche gravi che minacciano l'integrità del soggetto e il verificarsi nel ciclo della vita di nuove perdite significative sono altresì fattori di rischio. Più in generale le relazioni con le persone significative, per come sono andate strutturandosi nelle modalità e nei cambiamenti, così come nella percezione - reale o simbolica - della perdita degli altri, sono considerati fattori protettivi o viceversa predisponenti. Da ultimo è stato calcolato, su base annua, che su 100.000 soggetti con un tentativo di suicidio in anamnesi, 1.500 si suicidano e che su 100.000 con due o più tentativi di suicidio in anamnesi, se ne suicidano 15.000: i precedenti tentativi di suicidio si configurano pertanto come ulteriore fattore di rischio.

Il suicidio può essere pertanto considerato come la conclusione di un percorso. In esso si possono individuare diverse tappe, delle quali il desiderio di morire è il punto di partenza. Quando il soggetto sente che le proprie esperienze si avvicinano al punto soggettivo di rottura, quello

in cui tutto diviene psicologicamente intollerabile, si fa strada un crescente desiderio di morire. Il desiderio di morire è, in realtà, espressione della volontà di chiudere con la situazione intollerabile, o di sottrarsi ad essa. Con il crescere del desiderio di porre fine alla situazione diventata intollerabile - di morire - alcuni incominciano a prendere in considerazione i vari modi per attuare un proposito autolesivo e, talora, viene scelto un metodo che verrà poi messo in atto nella fase successiva, quella di progettazione del suicidio. La vera e propria fase di progettazione del suicidio inizia quando il soggetto ha deciso di risolvere il suo problema esistenziale attraverso la propria morte, ha scelto il metodo per attuarlo, si è procurato tutto ciò che gli serve ed ha pianificato tempi e modi così da impedire di essere salvato. La messa in atto del suicidio è l'atto conclusivo di tutto questo percorso.

Nella valutazione clinica del comportamento suicidario ci sono elementi importanti da tenere in considerazione come, ad esempio, la letalità e il margine d'intervento. La letalità di un tentativo anticonservativo è il rapporto fra il grado di efficienza del metodo utilizzato ed il tempo necessario perché si verifichi la morte. Nelle strutture carcerarie si mettono in atto delle procedure di prevenzione del rischio (cfr. P. Buffa, 2015) che consistono, ad esempio, nel non far entrare oggetti taglienti e cinture, lacci etc. A volte l'attenzione non è così alta per altri oggetti ugualmente pericolosi come le buste di plastica. Il margine per l'intervento è in rapporto al grado di letalità dello strumento utilizzato: metodi rapidamente efficaci richiedono interventi rapidi per essere efficienti, metodi che richiedono tempi più lunghi offrono maggiori possibilità per l'intervento.

La presenza di un disturbo mentale costituisce in assoluto il rischio suicidario più grave. Le patologie psichiatriche più frequentemente associate al suicidio sono i disturbi maggiori dell'umore (Depressione Maggiore e Disturbo Bipolare), l'abuso di alcool e la Schizofrenia.

Tra i disturbi psichiatrici, anche i Disturbi di Personalità di tipo Borderline ed Antisociale risultano frequentemente associati al comportamento suicidario. In particolare, le ricerche epidemiologiche (cfr. M. Pompili et al., 2006) evidenziano che circa il 10% dei soggetti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità va incontro a morte per suicidio, mentre un numero molto più elevato ricorre a comportamenti senza intento letale. I Disturbi di Personalità tipo Antisociale sembrano

associati ad un rischio leggermente inferiore di suicidio (5%), ma presentano condotte suicidarie di tipo manipolativo in percentuale superiore (circa il 50%). È (forse) possibile affermare che la struttura della personalità delle persone con diagnosi di Disturbo Borderline e Antisociale ha caratteristiche tali da utilizzare il tentativo di suicidio con obiettivi diversi dalla morte, prevalentemente a fine dimostrativo, non sempre con una reale intenzionalità suicidaria. La diagnosi nosografica è un primo indicatore per orientare la diagnosi differenziale tra rischio di suicidio reale e condotta suicidaria caratterizzata da comportamenti dimostrativi.

Il rischio di recidive, cioè di ripetere nel tempo la condotta suicidaria, decresce col passar del tempo. Il rischio è estremamente elevato nei giorni immediatamente successivi al tentativo, l'incidenza resta estremamente elevata nei primi tre mesi e decade entro il primo anno. La scelta delle modalità con cui portare a termine il proposito anticonservativo di solito non varia tra il primo episodio e i successivi. La valutazione dei fattori di rischio riveste un'enorme importanza per la comprensione della possibilità di ripetizione del tentativo di suicidio, pur tenendo presente che la predittività è molto difficile per l'importante ruolo giocato da fattori imprevedibili come l'impulsività del soggetto, il ricorrere di conflitti interpersonali e sociali, l'insorgere di gravi malattie fisiche e l'incapacità di reagire adeguatamente di fronte alle avversità della vita.

I principali fattori di rischio per la ripetizione del tentativo di suicidio sono la presenza di precedenti tentativi di suicidio, il Disturbo di Personalità di tipo Antisociale, il sesso maschile, la condizione di separato o divorziato, una storia anamnestica di trattamento psichiatrico, l'alcolismo, la dipendenza da droghe, l'appartenenza ad una bassa classe sociale, la disoccupazione, la storia di comportamenti criminali, la presenza di familiarità suicidaria, una storia clinica caratterizzata da episodi di violenza negli ultimi 5 anni, uno stato di isolamento sociale.

Nel lavoro di prevenzione del suicidio incontriamo due ostacoli importanti. In primo luogo, la difficoltà a trasferire dati statistici di carattere generale sul singolo caso che si incontra nella pratica clinica. Inoltre, l'esistenza di fattori di rischio e di aree di vulnerabilità consentono certamente di identificare quali siano i gruppi di pazienti maggiormente a rischio, ma, ovviamente, non di individuare con precisione quale soggetto specifico metterà in atto nella realtà una condotta suicidaria.

2. Aspetti contestuali

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha redatto nel 2007 un documento che riassume le raccomandazioni sulla "Prevenzione del suicidio nelle carceri". Da esso si desumono delle azioni strategiche atte a prevenire i tentativi di suicidio e le condotte suicidarie all'interno degli istituti di detenzione. Esso prevede che nel programma di prevenzione siano inserite procedure di *screening* dei detenuti sia all'ingresso sia nel corso della detenzione con l'obiettivo di identificare gli individui con un rischio elevato. Lo *screening* va attuato da un'équipe medico-psicologica condotta da professionisti. La metodologia di valutazione del rischio suicidio deve tenere conto di alcuni aspetti, quali i fattori di rischio e il significato psicologico dei comportamenti osservati, ma anche -utilizzando l'approccio clinico relazionale- effettuare un'analisi approfondita anche attraverso scale di valutazione di possibili agiti di identificazione con altri comportamenti suicidari. Peraltro solo un'attenta pianificazione dell'intervento può permettere di prendere in considerazione anche l'esistenza delle cosiddette "sindromi presuicidali".

Infatti, come evidenzia Pietro Buffa (2012), uno dei dati più frequentemente discussi dalla comunità scientifica e dal dibattito pubblico è quello riguardante il fatto che in carcere ci si suiciderebbe più che nella vita libera. Il dato attesta che la media dei suicidi per 10.000 detenuti nei Paesi dell'Europa Occidentale è risultata pari a quattordici casi per 10.000 abitanti. Il dato medio italiano si collocherebbe, invece, intorno ai dieci casi.

La popolazione detenuta, tuttavia, non rappresenta lo specchio della società esterna, ma è caratterizzata da maggiore fragilità bio-psico-sociale. I detenuti sono più giovani, più poveri, meno integrati in termini sociali, economici, culturali e con tassi maggiori di patologie fisiche e psichiche. La popolazione presente in carcere è ormai composta per la quasi totalità da individui caratterizzati da condizioni di grave disagio sociale.

Negli anni la popolazione detenuta ha visto una radicale modificazione strutturale: risulta ad oggi maggiormente frammentata in termini di coesione sociale e culturale. Tale frammentazione implica un maggiore individualismo e l'aumento della solitudine. Il suicidio era in precedenza estraneo alla sub-cultura carceraria e veniva anche non ben considerato

dagli altri detenuti. Oggi il tentativo di suicidio è finito per diventare una modalità di reazione possibile culturalmente tollerata. Questo aspetto ha reso il sistema istituzionale ancora più vulnerabile rispetto al rischio suicidario.

Sono stati tuttavia anche individuati dei fattori di resilienza, elementi che si caratterizzano come protettivi rispetto all'espressione degli impulsi suicidarsi. Un primo gruppo di fattori di resilienza considera tutti quegli elementi che vertono sul soggetto stesso inteso come risorsa. Parliamo di tutte le sue risorse interiori e intellettive che consentono la possibilità di mettere in atto stati di *coping* efficaci. Inoltre, una storia di benessere psichico e di non dipendenza precedente alla reclusione si configura come fattore prognostico favorevole della possibilità di gestire in modo adattato il trauma della carcerazione. È fattore di resilienza l'ironia, che consente di affrontare una situazione critica con un grado di coinvolgimento adeguato per non farsene travolgere, così come lo è il coraggio, inteso come la capacità di investimento affettivo e di responsabilità rispetto ad un progetto autonomo. Da ultimo, la capacità di sognare: di proiettarsi, cioè, in un futuro diverso e migliore, partendo da un fondato esame di realtà e da un bilancio delle proprie competenze.

Un secondo gruppo ricomprende la progettualità individuale, la capacità di stare nel qui ed ora, l'esame di realtà, le attività occupazionali interne all'istituto, il permesso di soggiorno per gli stranieri.

Il terzo insieme di fattori protettivi raggruppa le capacità relazionali e sociali: la presenza di una rete sociale e familiare e di risorse civili, il sostegno da parte dei propri familiari o di altri soggetti esterni durante e dopo la carcerazione, la capacità e l'opportunità di potersi relazionare con gli altri detenuti e gli operatori nel corso della carcerazione, il possesso di una prospettiva credibile di reinserimento sociale al termine della stessa, la disponibilità al cambiamento.

3. Conclusioni

In conclusione pare di poter affermare che qualsiasi lettura voglia essere data del fenomeno e delle possibili strategie utili a fronteggiarlo debba essere utilizzato un approccio multifattoriale che tenga conto di

diversi possibili vertici di osservazione: quello clinico, quello istituzionale e quello criminologico. In altri termini, si dovrà tenere conto delle conoscenze specialistiche generali sull'argomento, anche contestualizzandole nel particolarissimo ambito istituzionale detentivo, inquadrando gli interventi preventivi da pianificare alla luce delle caratteristiche criminologiche della popolazione reclusa.

In effetti è "normale" attendersi che, pur con molte difficoltà, esista sempre un adattamento reciproco tra l'individuo e l'istituzione in cui quest'ultima interpreta le regole generali anche in funzione della visione del mondo e dei paradigmi socio-etnico-culturali del singolo detenuto. Laddove, tuttavia, si instaura un "rischio suicidario e/o di condotte suicide" è molto probabile che questo equilibrio non sia stato rispettato. In questi casi si dovrà ricorrere in misura maggiore a competenze di clinica psichiatrica degli operatori sanitari ed alla loro capacità di contaminare, in maniera utile, la cultura degli operatori penitenziari per attivare strategie realmente funzionali rispetto al problema e non solo interventi formalmente corretti, ma inefficaci.

Riferimenti bibliografici

Buffa P. (2012), *Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa*, in "Rassegna Penitenziaria e Criminologica", XV, 1, pp. 7-118.

Buffa P. (2015), *La prevenzione del suicidio in carcere. Alcune riflessioni sullo stato dell'arte dei programmi operativi regionali*, in "Rassegna Penitenziaria e Criminologica", XVIII, 1, pp. 31-57.

Pompili M. e al. (2006), *Suicidio nelle carceri: La situazione italiana ed elementi di prevenzione*, "Psichiatria e Psicoterapia", XXV, 4, pp. 309-322.

L'organizzazione sanitaria in carcere: l'esperienza di Torino

Antonio Pellegrino, Maria Paola Golzi

Abstract: *Gli Autori ricostruiscono le vicende che hanno caratterizzato l'attuazione della riforma della sanità penitenziaria nel contesto della Casa Circondariale Lorusso e Cutugno di Torino. Tale attuazione è partita con una prima fase di valutazione delle criticità preesistenti a cui ha fatto seguito la riorganizzazione del servizio secondo i canoni del modello della medicina territoriale che implica il "lavorare per progetti". In tale prospettiva, i concetti di presa in carico e di responsabilità clinica hanno assunto un ruolo centrale nell'organizzazione sanitaria del carcere torinese, organizzazione che i due Autori descrivono rispetto a vari temi, quali il triage infermieristico, la tutela della salute mentale, l'intervento sui detenuti tossicodipendenti, l'ICAM per detenute madri, la spesa farmaceutica, le malattie infettive, le visite e i ricoveri esterni alla struttura carceraria. Tale modello organizzativo ha, in seguito, nella fase più recente, dovuto confrontarsi e integrarsi con la Rete Regionale dell'Assistenza Sanitaria Penitenziaria predisposta dall'Assessorato della Sanità della Regione Piemonte.*

Parole chiave: *sanità penitenziaria, carcere di Torino, medicina territoriale, salute mentale, spesa farmaceutica, organizzazione regionale del servizio*

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008 ha trasferito al Sistema Sanitario Nazionale le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di Sanità Penitenziaria. Con esso veniva sancito in modo definitivo il passaggio delle funzioni di assistenza sanitaria in carcere dal Ministero della Giustizia a quello della Salute. In questo modo il carcere si apriva al territorio e, nelle intenzioni del Legislatore, si restituiva la responsabilità della salute dei cittadini detenuti in carcere all'istituzione titolata ad occuparsi di salute: il Sistema Sanitario. Si tentava così anche di sanare l'anomalia di un sistema sanitario privo di piena autonomia e che era costretto a fare riferimento ad una istituzione diversa concepita non per un mandato sociale di cura.

In pratica si stava avviando, tuttavia, una complicata trasformazione culturale e organizzativa che apriva ad una lunga fase di transizione tra

mandato legislativo e attuazione operativa. Il Decreto dell'aprile 2008 implica nel concreto un passaggio contrattuale delle figure sanitarie operanti in carcere che, nell'istituto penitenziario di Torino, vengono assorbite dall'AslTo2 all'interno della Struttura Complessa Tutela della Salute. Ad essa afferiscono i Medici Incaricati, i Medici di Guardia, gli Infermieri e gli Operatori Socio Sanitari. L'organizzazione del lavoro precedente era centrata sull'attività dei Medici di Guardia sotto lo stretto controllo della Direzione Sanitaria. Veniva privilegiato l'intervento sanitario su richiesta del paziente o sull'emergere della criticità clinica.

Questo approccio non prevedeva il concetto di Presa in Carico e Responsabilità Clinica proprio perché l'intervento sanitario veniva orientato dall'urgenza e non, al contrario, dalla progettazione basata su obiettivi clinici e terapeutici. Alla responsabilità clinica si sostituiva un generico concetto di responsabilità individuale, pericolosamente vicino ad un'arrocamento di medicina difensiva: il mandato clinico si riduceva alla semplice preoccupazione che al detenuto non accadesse nulla.

Questo modo di intendere la responsabilità esasperava la contraddizione implicita tra cura e custodia e convalidava tacitamente il concetto che tutto ciò che riferisce il detenuto è da verificare da terzi. Venivano comunque garantite le attività specialistiche, diagnostiche e di ricovero che spesso diventavano, però, eccessive.

Nel 2015 l'AslTo2 nomina un nuovo Direttore Sanitario e il Referente Aziendale per la Sanità Penitenziaria, con l'obiettivo di rendere effettiva l'attuazione della riforma del 2008, attraverso una maggiore efficienza ed efficacia dell'intervento sanitario in carcere. L'assistenza sanitaria in carcere, pertanto, è attualmente gestita da una struttura complessa dell'AslTo2 collocata nel Dipartimento Tutela della Salute. Direttore Sanitario e Referente Aziendale collaborano nella gestione della Salute all'interno dell'istituto.

L'attività sanitaria è fornita attraverso 19 Medici di Medicina Generale con contratto di continuità assistenziale, Medici Specialisti (Fisiatria, Infettivologo, Chirurgo, Cardiologo, Dermatologo, Diabetologo, Ginecologo, Neurologo, Oculista, ORL, Ortopedico, Odontoiatra, Pneumologo, Urologo, Pediatria, Radiologo), 45 infermieri coordinati da un Referente Tecnico, 16 Operatori Socio Sanitari, una Segreteria Amministrativa, una Farmacia Interna, un Laboratorio FKT.

Il Dipartimento di Patologia delle Dipendenze dell'AslTo2 fornisce due medici, tre assistenti sociali e cinque psicologi. Il Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl To2 si occupa delle attività psichiatriche in carcere attraverso il lavoro di tre psichiatri e undici psicologi. L'Infettivologia dell'Ospedale Amedeo di Savoia fornisce due Medici Infettivologi che privilegiano la gestione delle terapie HIV e HCV.

Attraverso tale organizzazione la copertura sanitaria è garantita su tutte le ore del giorno ed è così strutturata: tutti i Padiglioni maschili hanno una presenza del Medico di Medicina Generale nelle dodici ore diurne, nei Padiglioni E (Arcobaleno e Rugby) e F (Femminile) il Medico di Medicina Generale è presente per sei ore diurne. Nelle dodici ore notturne il Padiglione A (dove è collocata l'area sanitaria SAI, Bassa Intensità, Psichiatria, Infettivologia) è coperto da un Medico del 118, gli altri Padiglioni dal Medico di Guardia presente ai Nuovi Giunti. La copertura infermieristica è di 24 ore nei Blocchi A e NG, di 12 ore nei Blocchi B e C e di 6 ore nei Blocchi E e F.

L'attività specialistica psichiatrica è garantita sette giorni su sette dal Dipartimento Salute Mentale dell'AslTo2, a cui si affianca il Servizio Psicologico Ambulatoriale. L'attività di terapia e riabilitazione per i detenuti tossicodipendenti è garantita dal Dipartimento Patologie della Dipendenza dell'AslTo2, anch'essa sette giorni su sette. L'attività infettivologica è garantita nei giorni feriali dagli specialisti afferenti all'Ospedale Amedeo di Savoia dell'Asl To2. La stessa Asl garantisce, inoltre, la diagnostica e la farmaco terapia. I medici specialisti delle altre branche effettuano visite con cadenza settimanale o bisettimanale. Il servizio di radiologia ed ecografia interno è aperto quattro giorni a settimana, l'ambulatorio dentistico effettua visite e trattamenti sei giorni alla settimana.

L'attività di ricovero per le patologie acute e per la chirurgia è garantita presso il Reparto Detenuti dell'Ospedale San Giovanni Battista di Torino che consta di 19 posti letto. Quanto fin qui noiosamente elencato risponde all'esigenza di mostrare come l'Asl To2, attraverso il modello della medicina territoriale, garantisca una copertura pressoché totale a tutti i bisogni di cura espressi dalle persone detenute. L'attività clinica è organizzata per funzioni e competenze tramite figure professionali che interagiscono e collaborano, nel tentativo di mantenere la visione unitaria del detenuto attraverso la presa in carico della persona nella sua globalità.

Il Modello di Medicina Territoriale implica, quindi, una riorganizzazione non solo istituzionale, ma anche e soprattutto funzionale dell'attività clinica. In base ad esso, ad ogni Medico sono affidate una o più Sezioni di cui diviene il Medico Referente. Egli è titolare della presa in carico dei detenuti ivi ospitati: deve conoscerli tutti, predisporne i percorsi di cura, diagnostici e terapeutici e relazionare sulle loro condizioni di salute quando richiesto.

Si passa in tal modo dal lavoro mosso dall'urgenza al lavorare per progetto: il medico referente ha il mandato istituzionale di monitorare lo stato di salute dei detenuti non solo sulla base della richiesta del paziente, ma anche - e soprattutto - in funzione delle patologie che ciascuno presenta. Da un punto di vista operativo, nelle ore diurne ciascun Medico Referente svolge la propria attività sul piano che gli è affidato e, contemporaneamente, svolge attività di Medico di Guardia per gli altri piani del Padiglione. Nelle ore notturne o festive è presente il Medico di Guardia (118 per il Pad. A). Ciascun Medico Referente svolge quotidianamente le visite richieste dai detenuti e le visite che si auto-programma nella propria attività di monitoraggio clinico. Nel concreto egli prescrive terapie, visite ed esami, prende visione dei referti, aggiorna il diario clinico con un raccordo anamnestico periodico.

Le visite richieste dai detenuti seguono la procedura del Triage Infermieristico. Durante la distribuzione della terapia del mattino, l'infermiere raccoglie le richieste di visita da parte dei detenuti, successivamente li chiama in infermeria e decide la priorità della visita medica secondo i codici rosso (visita immediata), giallo (visita in giornata) o bianco (visita programmabile), e fornisce eventuali risposte o terapie che non necessitino di visita medica. Non è più previsto, come in precedenza, l'accesso diretto del detenuto in sala medica a favore di una attività di visita qualitativamente migliore grazie alla possibilità di maggiore privacy e di un tempo dedicato programmabile.

Nell'istituto carcerario di Torino è presente anche il Servizio Medico Multiprofessionale Integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (Sai). Esso è composto da una Sezione ad Alta Intensità di cura e da una Sezione a Bassa Intensità di cura. La prima è dotata di 19 posti letto più tre in sede separata ed è deputata ad ospitare detenuti con patologie acute o riacutizzate che necessitino di supporto sanitario co-

stante. In questa sezione si prevede una copertura medica e infermieristica sulle 24 ore e l'assistenza specialistica necessaria a cura del personale afferente al Presidio Sanitario del carcere. La sezione a Bassa Intensità è dotata di 23 posti in cella singola deputata ad ospitare detenuti affetti da patologie croniche stabilizzate, ma che presentino la necessità di maggiore sostegno socio-assistenziale; una di esse è appositamente allestita per ospitare detenuti con gravi menomazioni della capacità motoria e/o sensoriali. In questa sezione è previsto il passaggio quotidiano del medico addetto all'assistenza sanitaria penitenziaria e l'assistenza infermieristica afferente al Presidio Sanitario del carcere.

Le patologie a maggiore frequenza tra i soggetti detenuti sono quelle psichiatriche, infettive e quelle correlate alle dipendenze; a tale scopo sono stati nel tempo costituite, a cura dei Dipartimenti interessati, risposte di presa in carico coerenti con lo stile di lavoro già utilizzato per i cittadini liberi.

La Tutela della Salute Mentale è garantita attraverso la Articolazione Salute Mentale, Centro di Riferimento Regionale, a cui afferiscono tre Sezioni: una Sezione Osservazione Psichiatrica dotata di 21 posti (di cui 10 riservati per le osservazioni psichiatriche ex art. 112 Dpr 230\2000) in cui tutte le celle sono singole e videosorvegliate; una Sezione Trattamento dotata di 14 celle utilizzabili fino ad un massimo di 20 posti letto; una Sezione Osservazione Psichiatrica per Collaboratori dotata di due celle singole videosorvegliate e riservate alle osservazioni psichiatriche ex art. 112 Dpr 230\2000 di soggetti collaboratori di giustizia. Presso il Reparto Femminile sono previste due celle singole per le osservazioni psichiatriche ex art. 112 Dpr 230\2000 di detenute. È inoltre prevista la presa in carico di un massimo 10 detenuti cosiddetti "Minorati Psicici" e soggetti di cui all'art. 148 cp, esclusivamente residenti nella Regione Piemonte. L'attività clinica presso queste sezioni è svolta integralmente dall'Equipe Multidisciplinare in capo al Dipartimento Salute Mentale. È prevista inoltre una attività ambulatoriale quotidiana, sia psichiatrica che psicologica, per i detenuti che presentino disturbi psichici non necessitanti di ricovero.

L'assistenza ai detenuti con patologia da dipendenza è garantita dalla Comunità Arcobaleno – Struttura a Custodia Attenuata Centro di riferimento regionale per il trattamento di secondo livello dei detenuti con

disturbi da uso di sostanze; essa accoglie fino ad un massimo di 70 soggetti, provenienti anche da altri istituti di pena, previa valutazione clinica e penitenziaria e sottoscrizione di contratto terapeutico. È gestita dal Dipartimento Patologie Dipendenza dell'Asl To2 secondo i principi del gruppo-comunità, pur salvaguardando l'individualizzazione del percorso terapeutico-riabilitativo finalizzato a strutturare motivazione e percorsi per la prevenzione della ricaduta. Nell'istituto sono presenti sezioni di I° livello deputate alla disassuefazione e alla terapia di mantenimento con farmaci sostitutivi.

L'assistenza ai detenuti affetti da malattie infettive è garantita presso la Sezione Prometeo, centro di riferimento regionale, composto da 18 posti in cella singola deputati ad ospitare detenuti affetti da importanti problematiche infettivologiche (HIV positivi e HCV in terapia antivirale). Sono, inoltre, presenti in sezione due posti per detenuti cosiddetti "socializzanti".

L'attività clinica presso queste sezioni è svolta dall'èquipe infettivologica Ospedale Amedeo di Savoia AslTo2.

La tutela della Salute "Mamma e bambino" si appoggia all'Istituto Custodia Attenuata Mamme (ICAM) dotato di 11 posti per mamme con bambini sotto i sei anni di età, a cui viene garantita l'assistenza sanitaria necessaria attraverso il coinvolgimento della rete dei servizi materno infantili territoriali dell'Asl To2.

La riorganizzazione dell'attività sanitaria sulla base del modello della medicina territoriale ha evidentemente permesso la realizzazione della riforma della sanità penitenziaria a Torino superando la precedente modalità "ministeriale" di subordinazione alla Direzione dell'istituto e andando verso una posizione paritaria con piena autonomia rispetto alle proprie competenze.

Il superamento del vecchio modello ha quindi previsto una fase intermedia in cui erano passati all'Asl esclusivamente i costi della sanità in carcere senza una reale modifica dello stile di lavoro, rendendo in tal modo la riforma inefficace e generatrice di costi aggiuntivi. Il nuovo modello ha invece profondamente rivisto e modificato i rapporti tra sanità e carcere, definendo i compiti di ciascuna funzione e delimitandone i confini. Tutta l'attività sanitaria è tesa a garantire ai detenuti una assistenza equiparata a quella garantita ai cittadini liberi e non si sovrappone

più a mandati di custodia. Ad esempio, nel concreto, è stata rivista la modulistica sostituendo i modelli ministeriali (106, 99) con certificazioni sanitarie. I medici non prescrivono più interventi di sorveglianza quali massime sorveglianze, blindi aperti, autorizzazioni all'acquisto di beni vari, ma forniscono eventuali certificazioni sanitarie sulla base delle quali è la direzione dell'istituto ad assumersi le decisioni in base al ruolo che le compete.

Pertanto l'attività sanitaria in carcere ha ora effettivamente come proprio referente istituzionale l'Azienda Sanitaria Locale: ha da rendere conto ad essa - e ai suoi mandati di efficienza dell'intervento - e non più al carcere stesso e al suo mandato di custodia. Ciò ha comportato la necessità di effettuare richieste motivate e appropriate per visite ed esami così come l'implementazione del Sistema Informatizzato per il conteggio delle prestazioni, base per la programmazione delle risorse per gli anni futuri. Nel concreto e a titolo esemplificativo si possono citare come primi risultati raggiunti: la riduzione degli invii in DEA del 30%, l'aumento delle segnalazioni alla Autorità Giudiziaria di detenuti in condizioni critiche di malattia e la riduzione della spesa farmaceutica attraverso l'appropriatezza della prescrizione medica. Si ha come obiettivo che la terapia sia a vista in tutte le sezioni per garantire il controllo della *compliance* e della sicurezza nel loro uso, evitando accumuli o cessioni a terzi.

Parallelamente la necessità di uniformare il modello e la qualità dell'intervento sanitario in carcere in tutti gli istituti penitenziari della Regione ha portato l'Assessorato Sanità Regione Piemonte a deliberare la costituzione della Rete Regionale dell'Assistenza Sanitaria Penitenziaria dotata di un Coordinatore con compiti di monitoraggio e sostegno alla realizzazione del modello previsto. L'obiettivo è stato quello di integrare il più possibile gli interventi sanitari, razionalizzando costi e risorse senza determinare inutili trasferimenti dei detenuti e evitando parallelamente doppioni di spesa.

La realizzazione effettiva della rete regionale ha come obiettivo principale quello di rimodulare, nell'ambito dei Livelli di Assistenza, il complesso delle attività erogate, articolandolo in un ventaglio più ampio di risposte disponibili con una maggiore flessibilità progettuale, al fine di renderlo più adeguato ai variegati bisogni che attualmente connotano la popolazione detenuta. Il modello di rete regionale della sanità peni-

tenziaria prevede che, all'interno dei presidi sanitari penitenziari, siano presenti i requisiti minimi individuati (personale, tecnologie, servizi). Il principio guida è l'adeguamento della rete dei servizi sanitari penitenziari al modello di assistenza sanitaria territoriale previsto per i cittadini liberi. La gradualità dell'intensità assistenziale erogata dai servizi sanitari penitenziari deve essere commisurata alla complessità gestionale, determinata non solo dalla quantità numerica della popolazione detenuta, ma anche dalla specificità dei circuiti penitenziari presenti (Alta Sicurezza, 41 bis e Collaboratori).

L'assistenza BASE è garantita dalla copertura medica di almeno dodici ore al giorno con un servizio notturno a chiamata garantito dal servizio di continuità assistenziale del territorio al bisogno o secondo le modalità previste dalle singole Aziende Sanitarie, dalla presenza del Medico Responsabile di Presidio per almeno tre ore nei giorni feriali da lunedì a venerdì, dalla presenza di attività Specialistiche di base (SERD, DSM, Odontoiatra, Infettivologia, Ginecologia, se presente una sezione femminile) e dall'Ambulatorio Infermieristico.

L'assistenza SPOKE prevede la copertura medica servizio 24 ore su 24, la presenza del Medico Responsabile di Presidio per almeno tre ore nei giorni feriali da lunedì a venerdì, per almeno tre ore nei giorni feriali. La specialistica implementata, oltre a quella prevista per l'assistenza BASE, anche di Cardiologia, Ortopedia, Oculistica, Urologia, Diabetologia, Dermatologia. La copertura infermieristica (con almeno due unità per turno diurno) di almeno 12 ore; un infermiere coordina il servizio in collaborazione con il RID (Referente Infermieristico Distretto) territoriale. La possibilità di percorsi di ricovero garantiti nel Presidio Ospedaliero dell'Asl di riferimento.

Assistenza HUB prevede, oltre a ciò che è stato descritto per i livelli precedenti, l'assistenza specialistica completa anche con integrazione funzionale con le strutture cliniche aziendali, l'assistenza infermieristica con copertura completa sulle 24 ore, con almeno due unità per turno diurno e una unità nel turno notturno, la presenza di posti letto dedicati in infermeria per OBI (osservazione breve intensiva) con permanenza fino a 72 ore.

È integrata la presenza di HUB Ospedaliero presso il Reparto Detenuti ASO "Città della Salute". Si tratta del centro di riferimento regio-

nale per il ricovero dei pazienti detenuti ed è dotato di 19 posti letto. La programmazione dei ricoveri non urgenti è richiesta dai responsabili sanitari dei vari istituti penitenziari, previa autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria. L'attività clinica presso il reparto è garantita dal personale proveniente dai reparti specialistici del nosocomio ed è coordinata da un medico incaricato dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale. È inoltre previsto un Coordinatore Infermieristico (CPSE) a garanzia della presa in carico dell'assistenza.

Dal punto di vista operativo, il funzionamento del sistema di Rete è garantito dalla figura del Coordinatore Regionale. Egli assicura l'operatività e l'omogeneità del Sistema Sanitario Penitenziario Regionale in base ai reali fabbisogni e la gestione delle problematiche organizzative che coinvolgono i servizi aziendali della sanità penitenziaria; egli facilita la circolarità delle informazioni che coinvolgono l'ambito sanitario penitenziario regionale e l'Amministrazione penitenziaria; è punto di riferimento per le richieste di trasferimento dei detenuti per motivi sanitari, effettuate dai responsabili dei presidi sanitari penitenziari; comunica con gli uffici del Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria (PRAP) per le pratiche di traduzione in ambito regionale ed extra-regionale; effettua le opportune valutazioni sui bisogni di cura del detenuto e dell'idoneità delle sedi ove eventualmente assegnarlo; si rende garante, ai fini della continuità terapeutica, dello scambio delle necessarie informazioni tra il servizio inviante e quello ricevente; programma i ricoveri non urgenti presso il reparto detenuti dell'ASO Città della Salute e dell'eventuale trasferimento al S.A.I. ed alle sezioni altamente specializzate presso la Casa Circondariale Lorusso e Cutugno; coordina il Tavolo dei Referenti Aziendali per la sanità penitenziaria di cui alla DGR n°. 45-1373 del 27.04.2015; interloquisce, per le tematiche sanitarie, con il Garante Regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà e con il Coordinamento dei Garanti Comunali delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà.

Lungi dal considerare conclusa la transizione verso la affermazione di una sanità penitenziaria efficace ed efficiente, si può ragionevolmente sostenere che quanto descritto vada nella direzione di restituire diritti di cura e di assistenza al cittadino detenuto equivalenti a quelli disponibili per i cittadini liberi. Parallelamente si va affermando, oltre alla fruizione

dei diritti, anche l'affermazione di doveri per i soggetti detenuti quali quello del pagamento dei farmaci di fascia C o dei prodotti da banco. Emerge come una sanità che funzioni all'interno degli istituti di pena rappresenti anche una garanzia per la società, in quanto permette la fruizione della pena anche ai soggetti malati garantendo per loro la possibilità della continuità terapeutica evitando pericolose scorciatoie che portavano a facili scarcerazioni per motivi sanitari. Occorre infatti sempre tenere presente che l'etica del medico che lavora in carcere è certamente orientata al diritto alla salute del suo paziente detenuto, ma deve anche essere costantemente orientata al diritto della società a vedere espiata la pena per gli autori di reato condannati in una complessa e delicata posizione di snodo.

Altri saggi

Curare il carcere. Note sul passaggio di competenze in materia di sanità penitenziaria

Carlotta Cherchi

Abstract: *La complessa incidenza delle istanze securitarie nella tutela del diritto alla salute in carcere rappresenta un presupposto fondamentale per la comprensione delle possibilità di esistenza della popolazione detenuta. Il passaggio di competenze in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio sanitario nazionale ha sicuramente il merito di superare un'antica concentrazione su una medesima istituzione di compiti differenti, per natura e modalità. È proprio in relazione a questo elemento di innovazione, abbinato alla consapevolezza delle discrasie che si producono tra pratiche e retoriche legislative, che si è deciso di condurre alcune interviste nel territorio dell'Emilia-Romagna, al fine di definire e problematizzare, restituendo in tal modo una fotografia seppur parziale dell'attuale assetto organizzativo, le modalità di coesistenza dell'aria custodiale e dell'aria sanitaria. Si tratta di un processo di diversificazione fortemente conflittuale che, per quanto abbia prodotto dei miglioramenti nelle prestazioni sanitarie erogate ai detenuti, è ancora lontano dall'essersi realizzato.*

Parole chiave: sanità penitenziaria, riforma, ricerca su operatori sanitari, regione Emilia-Romagna, organizzazione del servizio sanitario, cultura professionale

1. Note introduttive e metodologiche

Il decreto legislativo 230 del 1999 ha sancito un nuovo riparto di competenze in materia di tutela della salute in carcere: le prestazioni sanitarie devono essere garantite dalle singole aziende sanitarie, con standard equivalenti a quelli assicurati ai cittadini liberi; resta appannaggio dell'amministrazione penitenziaria garantire la sicurezza all'interno dei singoli istituti. A tal fine il personale sanitario, prima dipendente dal Ministero della Giustizia, è stato trasferito all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, e per questo, nelle singole Aziende sanitarie locali¹. Il trasferi-

¹ Per un'esauritiva disamina del quadro giuridico sulla sanità penitenziaria vedi B. Brunetti (2007).

mento ha inoltre interessato le risorse economiche, le attrezzature e i beni strumentali. Per quanto risalente, si tratta di una normativa di recente applicazione. 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 formalmente recepito le innovazioni sancite dalla riforma (Regione Emilia Romagna, 2010).

A livello simbolico la riforma ha dunque il merito di superare un'antica concentrazione sulla medesima istituzione di funzioni diverse, per natura e modalità. È proprio a partire da questo elemento di innovazione, abbinato alla consapevolezza, particolarmente acuita nel contesto carcerario, delle enormi discrasie che si possono verificare tra il processo di produzione della norma e il processo di applicazione e ricezione della stessa, che si è avvertita la necessità di indagare su come la nuova disciplina si sia tradotta in pratica. Ciò nell'intento di definire e problematizzare, restituendo in tal modo una fotografia seppur parziale dello stato di avanzamento della nuova disciplina, le modalità attraverso le quali l'area custodiale e l'area sanitaria comunicano, coesistono e, non ultimo, si differenziano, data la loro capacità di incidere sul medesimo soggetto, in una costante intersezione di cui non appare semplice tracciarne i confini.

L'indagine, nata in occasione della redazione della tesi di laurea magistrale, è stata condotta attraverso una serie di interviste semi-strutturate² nel territorio dell'Emilia-Romagna, e più specificatamente in alcune province in cui sono ubicati istituti di pena (Modena, Bologna, Parma, Ravenna, Rimini). Si tratta di istituti differenti per capienza regolamentare, indici di sovraffollamento, regimi detentivi applicati, caratteristiche della popolazione detenuta e numero di professionisti impiegati (Regione Emilia Romagna, 2014). Nonostante ciò è possibile evidenziare delle variabili ricorrenti nell'organizzazione e nella gestione dell'area afferente alla tutela della salute.

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. Alcune interviste sono state condotte nell'in-

²L'intervista è stata suddivisa in tre sezioni: "la riforma sanitaria", "eventuale specificità degli interventi intramurari" e "salute e detenzione".

fermeria 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.

2. Individualismo carcerario

Come già detto, uno dei capisaldi della riforma risiede nel nuovo e preciso riparto di competenze tra l'amministrazione penitenziaria e le singole aziende sanitarie. Spetta alla prima garantire la sicurezza e la disciplina nell'istituto, mentre è compito delle seconde erogare le prestazioni di carattere sanitario. Proprio in relazione a questo nuovo impianto organizzativo, un primo dato emerso dall'indagine è rappresentato dall'importanza dell'assetto specifico di ogni singolo istituto di pena. Tale assetto è dettato principalmente dalla personalità 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.

“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).

“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).

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 verticistico 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).

La difficoltà di trovare un giusto grado d'integrazione tra le due istituzioni, rispettoso delle diverse funzioni, e quanto più possibile orizzontale, sembra non aver agevolato gli operatori nel gestire il loro lavoro e soprattutto nell'emanciparsi dalle esigenze di carattere securitario, accogliendo così il mutamento culturale e politico prospettato dall'attuale disciplina.

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).

Molti giustificano tale assetto sostenendo che l'ordinamento penitenziario non sia stato scalfito dalla riforma. Tuttavia l'art 17 del dPR 230 del 2000, il quale recita 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”, stabilisce un formale raccordo tra la nuova normativa e l'ordinamento penitenziario.

Nonostante ciò la direzione sembra mantenere un forte potere di controllo e di veto all'interno di ciascun istituto, confermando così la preminenza dell'area custodiale e soprattutto la necessità che la direzione vigili sulle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie. Alcuni intervistati hanno portato dei casi pratici quali la visita specialistica per i detenuti ammessi al lavoro interno che dovrebbe essere effettuata da un medico del lavoro ma viene chiesto loro di fare, con un'assunzione di responsabilità da parte del personale medico che prescinde dal loro operato; la richiesta dell'amministrazione penitenziaria di ridurre le visite presso strutture esterne data la collaborazione, e dunque il dispiego di risorse anche di tipo economico, dell'amministrazione penitenziaria; e lo stupore del direttore davanti alla richiesta di autorizzazione per il cambio di materassi presenti in quell'istituto da ventisette anni.

Sembra dunque che l'*individualismo carcerario* (P. Buffa, 2013, p. 66), 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 ricezione della nuova normativa. Tuttavia sostenere che le specificità di ogni istituto dipendano esclusivamente dalla direzione appare fortemente riduttivo e disfunzionale ad una corretta analisi delle dinamiche carcerarie: l'individualismo carcerario va infatti inteso come frutto contingente della composizione dei poteri all'interno dell'istituto, composizione ove sicuramente direzione e vertici di polizia³ rappresentano gli attori più forti, ma non i soli. Il governo del carcere risulta in questo senso spesso caratterizzato dalle scelte e dalle pratiche degli attori afferenti alla dimensione disciplinare, la cui influenza è in grado di determinare assetti normativi differenziali, anche per quanto riguarda la tutela della salute delle persone detenute.

All'interno di questo paradigma, caratterizzato da una tendenza a conservare il proprio centro di potere agita dagli attori dell'area custodiale, gli operatori sanitari sostengono di aver reagito attraverso la mediazione e la sostanziale negoziazione di qualsiasi scelta di ordine sanitario. Queste forme di reazione, per quanto necessitate, appaiono fortemente disfunzionali al radicale cambiamento auspicato dalla riforma. Sotto altro punto di vista confermano la tendenza dell'istituzione carceraria a cristallizzare il suo carattere di impermeabilità rispetto all'esterno. La logica custodiale dunque continua ad essere preponderante. Nonostante ciò, alcuni importanti mutamenti hanno interessato la struttura organizzativa dell'area sanitaria.

3. Il personale medico

In un primo momento l'Amapi (associazione medici amministrazione penitenziaria italiana), che rappresenta tutto il personale medico incardinato nell'amministrazione penitenziaria, si è fortemente opposta al passaggio di competenze con motivazioni che sottolineavano, da una parte, l'esigen-

³ In tal senso, Anastasia e Gonnella (2005 in P. Buffa, 2013, p. 81), 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".

za di garantire la specificità dei compiti dei sanitari (M. Ruotolo, 2002) e, dall'altra, gli effetti pregiudizievoli conseguenti all'inquadramento del personale nei ruoli dell'Asl. In realtà le resistenze di tale categoria derivavano più che altro dal timore di perdere alcune guarentigie accordate dall'inquadramento giuridico della categoria stessa (B. Brunetti, 2007; G. Starnini, 2009; P. Buffa, 2013), 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 nazionale. 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".

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 ad esempio 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.

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).

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).

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).

Il personale medico dunque, dopo forti resistenze, è transitato alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale. Gli ex medici penitenziari sono stati così inquadrati nei ruoli delle singole ASSL. 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, quale strategia per favorire una più proficua commistione di saperi e di esperienze professionali. Proprio in relazione alla necessità di reinterpretare il proprio ruolo professionale all'interno di un'istituzione che nulla ha di sanitario, molti intervistati ritengono che il transito alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale non si è rivelato sufficiente a rivoluzionare il modo di operare degli operatori sanitari.

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

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).

Per quanto molti abbiano ribadito l'esigenza di creare dei modelli di medicina attiva, caratterizzata da percorsi strutturati di presa in carico in cui la territorialità, la continuità e il rapporto fiduciario tra medico e paziente rappresentino le linee guida, è emersa comunque una forte difficoltà ad abbandonare l'idea che il corpo del detenuto rappresenti un mero strumento per ottenere benefici.

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 logica della *medicalizzazione impropria* (L. Baccaro, 2003, p. 88) continua a prevalere: la salute, secondo molti 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 co-

municazione con l'istituzione; in altri ancora può rispondere all'esigenza del detenuto di riadattare la sua personalità al contesto di cui fa parte⁴.

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

Questo approccio, oltre a smentire la portata simbolica della norma, soprattutto nel chiaro intento di garantire la tutela della salute in carcere secondo criteri di equità formale e sostanziale, contribuisce ad alterare le capacità di giudizio e di valutazione degli operatori sanitari. Sempre secondo le parole degli intervistati, la strumentalizzazione e la sanitarizzazione dei problemi non sono poste in essere 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).

⁴Laura Baccaro (2007, p. 205) 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”. 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 contesto.

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).

L'equilibrio tra l'ascoltare e il contenere è molto labile, soggettivo e soprattutto fortemente legato al sistema carcerario di riferimento (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 psicofarmaci⁵, in queste ipotesi diventa uno dei mezzi possibili per riportare la tranquillità nella sezione.

Il problema degli operatori sanitari sui quali si riversano, da una parte, esigenze di sicurezza e disciplina e, dall'altra, esigenze - presunte o reali - di scarcerazione, è dunque mantenere un'autonomia di giudizio (F. De Ferrari e C. Romano, 2003). 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.

⁵ Secondo un'indagine dell'associazione Antigone, gli psicofarmaci sono la categoria di farmaci maggiormente somministrata. 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 (L. Astarita, 2007, p. 91-103).

4. Il personale infermieristico

Il personale infermieristico invece, a differenza del personale medico, è stato completamente sostituito o comunque integrato nella maggior parte degli istituti regionali. In alcuni casi è avvenuto un inquadramento degli infermieri nei ruoli dell'Asl, 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 del personale medico, quanto da parte degli operatori penitenziari.

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).

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).

La richiesta di verificare se i detenuti abbiano assunto la terapia, oltre ad essere fortemente invasiva, contribuisce ad acuire quei meccanismi di de-responsabilizzazione e spersonalizzazione propri del circuito carcerario. Detto altrimenti, si tratta di quei meccanismi di paralisi, fisica e mentale, che spingono il detenuto a perdere qualsiasi capacità di valutazione, di scelta e di autodeterminazione, e al contrario ad interiorizzare le pratiche e le norme carcerarie auto-disciplinandosi rispetto alle stesse (E. Gallo, V. Ruggiero, 1983). Molti intervistati hanno comunque sottolineato che, nonostante le resistenze di alcuni operatori carcerari e di una parte del personale medico, questa fetta di operatori sanitari sembra che stia cercando di intraprendere percorsi maggiormente autonomi e indipendenti rispetto ai condizionamenti interni.

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).

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.

Le infermiere e gli infermieri, 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 con molta probabilità 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.

5. Conclusioni

Come sopra evidenziato l'impianto organizzativo del personale sanitario è stato ridisegnato. Il passaggio al Servizio sanitario nazionale ha sicuramente prodotto dei benefici: le ore del personale sanitario sono aumentate,

sono stati assunti diversi operatori sanitari (più infermieri che medici), si sono ampliate le figure specialistiche all'interno del carcere e, quando ciò non è avvenuto, sono aumentate le visite presso le strutture esterne. Inoltre, attraverso le Deliberazioni della Giunta regionale e attraverso le circolari, è stato disposto il trasferimento dei locali, dei beni e delle attrezzature, è stato definito un apposito modello organizzativo e sono stati delineati dei precisi moduli assistenziali per gli operatori sanitari. In linea generale sembra che, nonostante il processo sia fortemente conflittuale e determini spesso la negoziazione delle scelte con gli attori afferenti all'area custodiale, si stiano faticosamente innestando nel circuito carcerario i presupposti di una differente cultura professionale. Tuttavia, all'interno della realtà penitenziaria continuano ad esistere e a riprodursi deficit strutturali e organizzativi idonei a compromettere irrimediabilmente il benessere fisico e psichico delle persone detenute, quali l'ozio forzato, la promiscuità, l'assenza di condizioni igieniche adeguate e l'insalubrità dell'ambiente. Non considerare debitamente tali fattori significa accettare un concetto di salute degradato, ridotto ai minimi termini, ma significa anche arrestarsi a mere statuizioni programmatiche che, in un'utopistica e massima implementazione della riforma, non saranno idonee a rappresentare la cornice entro cui attivarsi per un'effettiva tutela della salute delle persone detenute.

Riferimenti bibliografici

Astarita Laura (2007), *Le modalità dell'assistenza psichiatrica nel carcere di Bologna*, in *Antigone. Quadrimestrale di critica al sistema penale e penitenziario*, II, n. 1, pp. 91-103.

Baccaro Laura e Morelli Francesco (2009), *Morire di carcere*, in *Criminalia*.

Baccaro Laura (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 Laura, *Carcere e salute* (2003), Padova, Edizioni sapere.

Brunetti Bruna (2007), *L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario*, in Esposito Maurizio (a cura di), *Malati in carcere*, Franco Angeli, Milano.

Brunetti Bruna e Starnini Giulio (2002), *La tutela della salute dei detenuti. Scenari collaborativi tra il sistema sanitario nazionale e il sistema sanitario penitenziari*, www.ristretti.it

Buffa Pietro (2013), *Prigioni. Amministrare la sofferenza*, Gruppo Abele, Torino
De Ferrari Francesco e Romano Carlo Alberto (2003), *Sistema penale e tutela della salute*, Giuffrè.

Esposito Maurizio (a cura di) (2007), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Salute e Società, Franco Angeli, Milano.

Filippi Simona, Santoro Gennaro (2007), *Il diritto alla salute in carcere*, in *Antigone. Quadrimestrale di critica al sistema penale e penitenziario*, II, n. 1 pp.76-90.

Gallo Ermanno e Ruggiero Vincenzo (1983), *Il carcere immateriale*, Edizione Sonda, Milano.

Regione Emilia-Romagna (2010), *Monitoraggio sull'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008: "Modalità e criteri per il trasferimento 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 23.7.2010.

Regione Emilia-Romagna (2014), *Relazione delle attività del Garante per le persone private della libertà personale. Anno 2014*.

Ruotolo Marco (2002), *Diritti dei detenuti e costituzione*, Giappichelli, Torino.

Sarzotti Claudio (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*, II pp. 53-69 n. 2.

Starnini Giulio (2009), *Il passaggio della sanità penitenziaria al servizio sanitario nazionale*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, pp. 3-14 n. 1.

Il tempo nella vita quotidiana del carcere: il “presente senza futuro” e le difficili forme di resistenza biografica

Vincenza Pellegrino, Maria Inglese¹

Abstract: *Le Autrici presentano i risultati di una analisi qualitativa basata su materiali autobiografici raccolti nel carcere di Parma con detenuti della sezione alta sicurezza, in gran parte ergastolani ostativi. L'analisi del materiale di ricerca, narrazioni sotto forma di diario esito di un laboratorio narrativo, ha consentito di ricostruire la percezione della vita quotidiana della persona reclusa come sistema di governo e di contenimento attraverso lo svuotamento del tempo. In particolare, tale analisi si è soffermata su come il recluso concettualizzi il proprio tempo e la sua relazione con il futuro attraverso l'elaborazione di un linguaggio che si oppone a quello burocratico dell'istituzione totale. Si tratta di vere e proprie strategie di resistenza biografica al non-futuro che si traducono in forme di tensione alla dimensione mistico-spirituale che rifonda un futuro nello spazio invisibile, di lotta per un linguaggio meno burocratico, di tensione a non perdere i contatti con l'interlocutore esterno.*

Parole chiave: carcere, ricerca qualitativa, narrazioni biografiche, linguaggio carcerario, percezione del tempo detentivo, strategie di resistenza.

1. Premessa: la gestione del tempo nel “carcere immateriale”

“Mi è stato fatto l'invito a scrivere una riflessione sul tempo e sul futuro, sul significato che può assumere se a parlarne è uno che si trova in carcere da 20 anni e che consapevolmente ci invecchierà e ci creperà. Il senso del tempo dici... Ho io una domanda per voi, molto semplice, forse banale. Chiedo scusa ma la faccio. Se di senso si parla, quale è il senso dell'espressione ‘fine pena 31 dicembre 9999’?”

(C., detenuto negli Istituti Penitenziari di Parma, 2016)

¹ Per una più precisa comprensione del contributo delle Autrici, i paragrafi 1. e 3. sono stati curati più specificamente da Vincenza Pellegrino, i paragrafi 2. e 4. sono frutto di una scrittura a quattro mani delle due autrici.

“Contenitore di umana resistenza
 Nel quale tutto si misura
 Nel pieno del suo mistero
 Concezione astratta cadenzata
 Espiazione-di-fine-pena-9999 ...”

(G., detenuto, 2016)

Il carcere è quel luogo istituzionale in cui si somministra la “sofferenza legale”, in cui cioè una pena giuridicamente stabilita, pur sempre concettualizzata come sofferenza (altrimenti che *pena* sarebbe? come potrebbe agire la funzione di deterrente?), tuttavia viene dosata, in un modo tale da mettersi in discontinuità con altre forme della violenza “illegittima”, e da consentire teoricamente la rieducazione del reo prevista da molte costituzioni occidentali, tra cui quella italiana.

E proprio nel doppio mandato istituzionale - punire e rieducare - sta la “profonda ambivalenza” su cui molti hanno scritto e di cui parlano anche Gallo e Ruggero (1989) quando si interrogano sul mutamento del carcere nel tempo. Questi due autori si interrogano appunto sul modificarsi delle strategie istituzionali per tenere insieme le missioni del carcere - “inflizione della sofferenza” e “rigenerazione” - nella seconda parte del XX secolo scorso, di per sé caratterizzata da un approccio critico alle istituzioni totali. Lentamente il carcere - dopo aver assolto alla funzione istituzionale di distruzione dei corpi nei periodi storici della punizione esemplare e dell’annientamento fisico dell’avversario - pare assumere una funzione “più dolce”, determinata da un nuovo uso materiale dei detenuti, più “produttivo”. In tal senso, i regimi più rigidi, di “carcere speciale”, via via appaiono come forme di reclusione apparentemente anomale, vestigia di un modo - apparentemente in dismissione - di dare sostanza “all’esigenza militare” dello Stato moderno, quella di punire i nemici irriducibili con la distruzione fisica.

Certo, le due forme di “carcere materiale” (la gestione dei corpi con l’annientamento fisico da un lato e la messa in produttività dall’altro lato) non corrispondono a una successione lineare: viceversa, essi hanno coabitato nella modernità di gran parte dei paesi europei. Ma ciò che ci pare interessante ai fini del nostro dibattito è la sottolineatura sul rapido modificarsi della scena carceraria. Quella *messa in produttività* negli ultimi

decenni parrebbe spostarsi verso l'esterno del carcere: non esisterebbe più l'idea del carcere-fabbrica del primo capitalismo; il lavoro dei detenuti nel carcere contemporaneo diverrebbe minimo e dislocato in buona parte fuori dal carcere, in quello "spazio sociale carcerario trasversale" costituito dall'intreccio tra lavoro iper precario e attività marginali (Gallo e Ruggero, 1989).

Ciò comporta un graduale spostamento della reclusione verso ciò potremmo chiamare un "carcere immateriale": una modalità di svuotamento dell'esistenza, un lavoro istituzionale svuotato dell'azione e dedito all'annichilimento del senso biografico, con evidenti ricadute non solo sui detenuti ma anche sugli stessi operatori penitenziari.

In tal senso, forse il carcere non è da intendere come eccezione, ma piuttosto come caso emblematico di transizione istituzionale ad altra funzione, in modo spesso inconsapevole e poco chiaro, come avviene all'interno di una più generale trasformazione delle forme del governo e del mantenimento dell'ordine costituito. Una progressiva e complessa smaterializzazione dello spazio interno delle istituzioni, verso forme di contenimento e/o repressione più "debole", se vogliamo. Una sorta di lenta realizzazione di un carcere riformato in modo nuovo, inteso come carcere tendenzialmente sempre più autogestito, e dell'autogestione come risultato di un asservimento graduale ai ritmi, ai codici, ai modi con cui la vita stessa viene svuotato di senso e quindi di energie vitali oppostive.

In questo sistema nuovo di gestione della soggettività, il tempo – lo svuotamento di senso dello stesso "trascorrere" – gioca come vedremo un ruolo fondamentale.

Interessanti sono a questo proposito le ricerche che mostrano le similitudini tra istituzioni diverse, non solo quelle più intuibili - la somiglianza tra il carcere e i condizionamenti all'interno delle strutture psichiatriche, ad esempio, dove si passa dal contenimento fisico a quello farmacologico con compilazione del consenso -, ma anche più inaspettate, come per gli ospedali in cui pur aumentando l'informazione e le procedure di responsabilizzazione del paziente - pur non potendo più disporre facilmente dei corpi nella loro dimensione materiale -, è così rigorosamente strutturata la gestione dei tempi da riprodurre ovunque una totale e radicale infantilizzazione dei malati, e un assoggettamento radicale alle istanze organizzative.

Se l'idea è quella del carcere di domani come mondo in cui gli aspetti espliciti e materiali dell'etero-coercizione vengono via via soppiantati da invisibili meccanismi di (auto)repressione, tra i nuovi dispositivi dell'assoggettamento spicca appunto la gestione del tempo: il tempo è radicalmente circolare nel ripetersi degli orari, ogni gesto viene previsto proceduralmente, il tempo è sempre più marcatamente svuotato dallo scopo e deprivato dal sollievo simbolico del "progetto", restituito alla dimensione interiore, da "gestire in proprio".

Certo, anche la dimensione materiale e di gestione diretta dei corpi, è bene ricordarlo, si fonda su forme di dominio "interiorizzate", o se vogliamo tradotte in auto-organizzazione. Ad esempio, l'idea di essere contenuti e sorvegliati - per ritornare al pensiero classico di Foucault (1976) - fa sì che i detenuti siano presi in una situazione di potere di cui si fanno portatori. Sorvegliare (costruire un sistema in cui non si è mai persi di vista) vuole dire estendere il potere dentro le persone, renderle sempre più (auto)controllate qualsiasi cosa facciano realmente i carcerieri.

Tuttavia, in una forma di carcere materiale che si concentrava sul dominio e il controllo degli spazi, sembrava possibile stabilire una discontinuità tra interno ed esterno: uno spazio "privato" residuale sussisteva e permetteva una soglia divisoria tra "norma oggettiva" e "norma interiorizzata".

Sulla gestione del tempo, invece, si gioca un inedito profilo di afflizione e di controllo massimamente interiorizzato. Per descrivere questa transizione, gli autori fanno ricorso all'immagine del "*carcere piranesiano*". Piranesi intorno al 1745 ridisegna l'immaginario architettonico della pena introducendo una dimensione prima impensata: la dimensione del tempo come elemento fisico e come concetto metafisico (si veda Praz, 1975). È proprio il tempo ad essere indicato qui come condizione del passaggio dal "carcere materiale" al "carcere immateriale", un passaggio probabilmente auspicato - immaginato come evoluzione ad un carcere meno violento - eppure davvero molto inquietante. Nei disegni di Piranesi vi sono scale elicoidali, pozzi senza fine, soffitti irraggiungibili, insomma il ripetersi all'infinito delle forme: "è l'occhio della mente" che deve disimparare forme che traducano il concetto di libertà. Il carcere immateriale insomma è la forma di restrizione mirata a interiorizzazione un "infinito senza tempo".

Un passaggio ulteriore può essere fatto se concepiamo che le architetture disegnate da Piranesi non sono realizzabili materialmente, non

possono essere posti fisici ma mappe, posti ideali (non di mattoni ma di “carte”). Sono riprodotte con ingranaggi burocratici che oggi sostanziano il tipo di reclusione di cui parleremo. Le regole - le carte richieste per condurre in avanti le giornate, i permessi necessari per poter “muovere il tempo” nel carcere potremmo dire - sono tali per cui la mente perde dimestichezza con la stessa possibilità di utilizzare il tempo. La sopravvivenza nel carcere implica accettazione e interiorizzazione delle regole burocratiche. Nel carcere immateriale il tempo non ha più nessuna possibile “misura esterna” materiale o produttiva che sia. Mediato solo dalle burocrazie a cui sono sottoposti i detenuti, diviene il tempo *dell'autoaddestramento all'attesa* appunto.

Infine, se la pena si smaterializza (i corpi, per quanto sottoposti a violenza, lo sono in modi sempre meno legittimabili), essa si traduce nell'affinamento della *tortura burocratica della sottrazione di senso* al tempo. Si punta ad una gestione radicalmente burocratica del tempo, il suo svuotamento di senso autonomo diviene fattore di “ri-addestramento normativo”. Come dice Ricciardi (2015), il carcere “prende il tuo orologio insieme alla catenina e all'identità”, e spogliandoti dell'orologio fissa lo sguardo nel vuoto.

Volendo approfondire questa lettura, il presente saggio si dedica alla questione del tempo vissuto dai carcerati. In particolare, nel prossimo paragrafo esploreremo ancora - pur se rapidamente - il modo in cui si agisce il depotenziamento della soggettività attraverso la deprivatione di tempo futuro (o meglio, per svuotamento di senso rispetto allo scorrere del tempo).

Nei paragrafi successivi invece esporremo i risultati dell'indagine qualitativa basata su materiali narrativi raccolti nel carcere di Parma e centrati proprio sulla concettualizzazione del tempo quotidiano e del tempo a venire in carcere.

2. La mente deprivata del “tempo che scorre” si spegne. Riflessioni sulla “capacità residuale” di aspirare

“Spazio e tempo sono l'elemento onnipresente del sensibile. Non sono oggettivabili di per sé primariamente, ma racchiudono tutto ciò che è oggettivo. Spazio e tempo non li percepiamo di per sé, come altri oggetti, ma li per-

cepiamo con gli oggetti, e nelle esperienze prive di oggetti ci sentiamo ancora nel tempo. Spazio e tempo non esistono di per sé. Anche là dove sono vuoti li possiamo cogliere in rapporto agli aspetti che li riempiono e li limitano”.

(Karl Jaspers, psichiatra, 1964)

“Lampi di luce. Un detenuto in cella si muove esattamente al ritmo di un metronomo e rimette piede esattamente nello stesso punto di prima. Questa ripetitività non è segno di stupidità, non è mera reiterazione dell’organismo, no. Essa è segno della costante tensione a vivere secondo un ritmo. Solo l’incontro modifica un ritmo. Con i nostri incontri è avvenuto qualcosa di diverso, e per me meraviglioso. Il piede ha iniziato a muoversi in spazi e ritmi diversi. La mente si libera per un attimo di nuvole oscure e gli occhi vedono non più pareti come fossero sempre, ma orizzonte”.

(G., detenuto nel carcere di Parma, 2016)

Il tempo e lo spazio sono elementi centrali nelle analisi psicopatologiche di stampo fenomenologico di inizio ‘900. Karl Jaspers nel 1913 ha dedicato un testo fondamentale alla descrizione della psicopatologia a partire dal “sentire” diretto dei pazienti e dalle parole con le quali tentano di dare forma all’esperienza psichica alterata, sia in senso psicotico che depressivo. Nel testo di Jaspers si trova una dettagliata descrizione del rapporto con lo spazio e con il tempo in termini psicopatologici, a partire dall’esperienza comune o cosiddetta normale fino a quella che si definisce alterata o anormale. Nel nostro specifico, il tempo nelle descrizioni raccolte dallo psichiatra tedesco viene ad alterarsi rispetto allo scorrere (*più lento o più veloce*) e alla esperienza diretta del “*procedere verso*”. A volte il tempo non procede, rimane fermo, il tempo è perduto e addirittura si arriva all’esperienza del tempo che si ferma totalmente. Tali esperienze finiscono con l’influenzare la capacità di mettere in connessione il passato, il presente ed il futuro. Le descrizioni raccolte da Jaspers ricordano da vicino i racconti che sono stati prodotti dai detenuti di Parma nell’esperienza del “tempo immobile”, che viene descritto:

“Io non posso più prevedere nulla, come se non esistesse più alcun futuro. Io penso sempre che ora debba tutto finire e che domani non esisterà più nulla”;

“Non esiste un presente, ma solo un essere in rapporto con il passato. Il futuro si contrae sempre più. Il passato è tanto più opprimente, si getta su di me, mi tira indietro. Io sono come una macchina, che sta ferma in un posto e si muove. Lavora in modo che quasi tutto si strappa, ma resta ferma”;

“La vita è ora come un nastro che scorre. Ma non c'è scritto nulla sopra, scorre così ed è sempre uguale. Non ho mai saputo che la morte avesse questo aspetto. Sèguito ora a vivere per l'eternità, fuori, seguito ad andare avanti, le foglie si muovono, gli altri passano dalla sala, ma per me il tempo non passa. Il tempo resta fermo: oscilla perfino tra il passato e il futuro. È un tempo noioso, senza fine”.

Possiamo in tal senso accostare l'esperienza di “arresto” del tempo che prova una persona detenuta per lunghi anni (decenni, nella maggior parte dei nostri testimoni) con l'esperienza di alterazione delle coordinate spazio-temporali nella psicopatologia della depressione o della psicosi. È una mente ferita, ripiegata su se stessa, convinta di essere incompresa e incomprensibile ad altre forme mentali poiché privata del comune scandire delle biografie. Una mente intossicata dalla sua dimensione di radicale solitudine esistenziale.

Queste riflessioni si offrono come ponte tra l'approccio psicodinamico e psicopatologico alla dimensione del tempo biografico individuale, e quello delle scienze sociali che approcciano questo tema come esperienze collettive.

Molti Autori hanno riflettuto sui processi di “presentificazione totale” del tempo caratterizzanti oggi la società globale. Numerosi studi mostrano come *l'esperienza* oggi tenda a concentrarsi sul presente - a dispetto della capacità di rapportarsi al futuro e al passato - tanto a causa di processi culturali (tra cui la crisi profonda del discorso utopico di matrice novecentesca, l'affievolirsi della capacità istituzionale di trasmettere narrazioni unitarie sul tempo, ecc.), tanto a causa di dimensioni sociali più materiali e organizzative potremmo dire, proprie del sistema capitalista tardo moderno. Pensiamo all'aumento degli stimoli veicolati dalla tecnologia, che non permette l'alzata di sguardo dallo schermo, per utilizzare una immagine eloquente. L'accelerazione non permette elaborazione, conversazione, esplorazione del senso, incide su tutto quanto caratterizza processi complessi del ri-conoscimento, e induce un ripiegamento delle

biografie sulla dimensione del presente a discapito della capacità di memoria, della “consapevolezza storica” (Koselleck 2007; Leccardi 2009, 2012; Jedlowski 2013a), e di conseguenza della capacità di proiezione progettuale in qualcosa di diverso, che non sia già, e che noi chiamiamo – come oggetto culturale – “il futuro” (Pellegrino, Deriu 2016).

Un modo interessante di descrivere la cosa è quello di Rushkoff (2012) che parla di “collasso narrativo”, di declino della capacità narrativa centrata sullo “svolgimento verso”, che pur aveva caratterizzato il scorso secolo, così suggestionato dai futurismi da rimanerne addirittura “shockato”, spaventato, dice l’Autore. Il nuovo secolo ha inseguito il regno dell’interattività e della possibilità di cambiare “canale” (interrompere la narrazione lineare delle storie). La narrazione mediatica che procede per “*cut scenes*”, per citazioni e immagini frammentarie, per assenza di trama e moltiplicazione dei piani temporali tale non permette di distinguere l’inizio dalla fine. Il “collasso narrativo”, appunto, rende illegittima l’idea stessa di una possibile dedizione allo scopo.

Ma, come dicevamo, questo produce nell’essere umano ansietà e incapacità di attribuire il senso alla vita. Perduto il senso del tempo, perduta la collocazione del presente rispetto ad un desiderato futuro, sarebbe ferita anche la capacità di concettualizzare la propria condizione di soggetto all’interno di un sistema.

Per finire, ci pare infine di potere affermare che: 1) la capacità di mettere in relazione passato, presente e futuro pare sia elemento fondante l’equilibrio tanto per le comunità (elemento simbolico e narrativo su cui fondano la coesione) quanto per i singoli (ciò che permette di significare il dolore e non lasciarsi morire in esso); 2) questa capacità oggi diminuisce; 3) infine, la “presentificazione” si rivela funzionale a nuove forme del dominio e del contenimento dei soggetti.

Questo illumina alcune continuità tra interno ed esterno del carcere, pur nelle differenze. Che tale presentificazione avvenga per rallentamento (burocratico) o per sovrapposizione (tecnologica) allo stimolo sensoriale, processi diversi paiono sostanziare la scomparsa del futuro come scomparsa della capacità di azione nel presente. In tal senso, il carcere non è uno spazio sociale a parte, anzi è uno spazio emblematico per capire il funzionamento delle relazioni umane (e in particolare modo quelle di assoggettamento).

Sviluppando ulteriormente il nostro ragionamento, vorremmo introdurre l'idea della "fuga reattiva" dalla presentificazione, in quanto appunto ci interessano le *dimensioni residuali di resistenza biografica*. Abbiamo già accennato alla "capacità di aspirare" (Appadurai 2011, 2014), la possibilità – socialmente consentita – di iscriversi simbolicamente in un futuro migliore, che dovrebbe essere considerata un diritto, come dice lo stesso autore, poiché appunto necessaria alla sopravvivenza psichica, alla soggettivazione, alla comprensione del proprio soffrire.

Ci piace intenderla qui nel senso di processo insopprimibile, elemento caratterizzante la capacità di sopravvivenza psichica, di costante re-integrazione nella comunità umana. Ma come dice lo stesso Autore, per leggere la capacità di aspirare nelle sue forme di proto-resistenza alla deprivazione di senso biografico laddove esso si dà, occorre partire proprio dalle condizioni materiali e concretamente invivibili che caratterizzano appunto tale deprivazione. L'antropologo descrive ad esempio i discorsi e le pratiche di aspirazione al cambiamento nelle periferie di Mumbai dove mancano condizioni per la salute, servizi igienici, l'istruzione ecc., coinvolgendo soggetti in carne ed ossa "con i loro apparati cognitivi e corporei" rispetto al futuro. L'Autore parla esplicitamente di "pazienza" della ricerca-azione sociale perché in questi processi si dia il tempo alle forme di resistenza affinché "da concrete diventino simboliche".

Anche noi crediamo che la capacità di compiere resistenza alla deprivazione di futuro, si produce in modo endogeno anche nei luoghi più aspri del dominio e della sofferenza, ma per vederla deve essere sostenuta nella sua capacità di "concettualizzare" se stessa, di vedersi come "pratica resistente".

Se già Foucault (2009) insisteva negli ultimi anni del suo lavoro sulla "soggettivazione" come "linea di fuga" conseguente ad ogni contenimento radicale, ricerca di un regime di verità alternativo che consente di non morire interiormente pur restando in posizione di assoggettamento all'ordine simbolico dominante, l'aspetto interessante è capire "come" ciò avvenga. L'analisi sul "come" si resista discorsivamente, con se stessi e con altri, è l'elemento di interesse.

Ad esempio, riguardo ad altre forme di precarietà radicale che schiacciano violentemente sul presente, alcuni studi mostrano come la concettualizzazione del futuro si dia anche in termini di "possibilità" (e non

solo di “probabilità” che per un ergastolano sono pochissime appunto), e di aspirazioni “utopiche” potremmo dire, e di come questo sia una forma potente di resistenza biografica che permette di contrapporsi alle narrazioni altrui e dominanti, di riappropriarsi simbolicamente del tempo, di darsi “compiti autonomi” rispetto al futuro.

I “precarì per sempre” o i poveri radicali delle periferie nelle grandi metropoli asiatiche e così via: questi studi mostrano forme di aspirazione anche nei contesti di forte incertezza e di mancata elaborazione politica (o di una incompiuta elaborazione) sul futuro auspicabile (Pellegrino 2013). Anche laddove la condizione di appiattimento sul presente pare fortissima perché tutti i discorsi sul cambiamento sono sbarrati, i soggetti e i gruppi producono il futuro, perché producono discorsi sul proprio *bisogno* di pensare al futuro, e così facendo avviano processi “*controfuzionali*” rispetto al sistema di potere in cui sono immersi.

In tal senso, un laboratorio di scrittura all’interno del carcere sul tema del futuro rappresenta in questo senso uno strumento importante. La narrazione - e la narrazione autobiografica scritta, in particolare - è uno modo privilegiato per stimolare e esplorare questa capacità di resistenza.

Anche nel testo di Jaspers sulla mente ferita dalla distorsione del tempo, con cui abbiamo aperto il paragrafo, un intero capitolo è dedicato al valore della (bio)grafia, ai modi in cui la raccolta di racconti, spontanea o stimolata, può contrastare le sofferenze date dal rapporto alterato con il tempo, e far *ripartire* della vita (il capitolo si intitola proprio “*il corso della vita*”): “Ogni vita psichica è un tutto come forma temporale. Ogni vera storia clinica conduce alla biografia. La malattia psichica ha le sue radici nell’insieme della vita e per la sua comprensione non si può staccare da essa. Questo insieme si chiama il ‘bios’ dell’uomo, la cui descrizione e il cui racconto si chiama appunto biografia”.

Come molti Autori hanno largamente argomentato, la biografia non è la semplice sequenza temporale di avvenimenti quanto piuttosto è la capacità di strutturare gli eventi vissuti in un ordine “qualitativamente” pregnante ed emancipante. Pensiamo ai classici della narrazione autobiografica, che studiano appunto la *narrabilità* della discontinuità radicale, indotta ad esempio dalla malattia severa (si veda il contributo di Frye e di Gergen, il loro studio sulle forme narrative autobiografiche di tipo “cavalleresco”, “tragico”, “epico”), così fortemente legata all’idea di fu-

turo, di “esito” (Pellegrino 2012). Pensiamo agli Autori che insistono sulla narrazione come uscita dall'impossibilità simbolica (riuscire a concettualizzare e attribuire senso diviene una “cura del sé” proprio laddove il soggetto patisce di “non senso”, di afasia simbolica), come in Italia fanno tra gli altri Duccio Demetrio e il contesto della Libera Università della Autobiografia di Anghiari (1996), e così via. Una sfida vera e propria per la psiche, ma anche una “occasione morale”, come disse Frank (1997) parlando delle narrazioni prodotte dopo la diagnosi di malattia severa.

Vi è quindi un legame profondo tra la resistenza psichica - la capacità di accettare la vita - e la competenza narrativa rispetto allo scorrere del tempo che permette di tracciare il “vettore biografico”, di indicare la direzione della propria storia verso un orizzonte di senso (Olagnero 2004). È così che si mettono accanto e si rendono compatibili uno all'altro il corso biologico dell'esistenza (con le sue tappe fisiologiche, di comune esperienza) e la storia interiore (con tutto il suo apparato unico di desideri, illusioni, fantasie e fantasmi), ed infine si riescono ad elencare in modo sensato le opere che ciascuno di noi mette in azione o fallisce nel farlo.

Queste ultime, le opere, hanno un valore che occorre sottolineare nel nostro discorso con particolare riferimento a quanto avviene nella pena carceraria immateriale. “Per la storia della vita interiore sono di essenziale importanza le prestazioni, le azioni, le opere nelle quali l'uomo si obiettivizza attraverso la partecipazione a quanto vi è di generale, di valido”. Così dicendo, Jaspers ci ricorda quanto dell'umano tratteniamo appunto dalle “opere” che egli realizza, che si tratti di opere concrete o di opere immateriali, comunque sempre attivate da quanto circonda.

“Noi dobbiamo restare, come studiosi, nella biografia sempre aperta a nuove possibilità che lascia ancora libero nell'insieme ciò che è vero ed essenziale, cioè le profondità dell'essere umano che non si possono conoscere psicologicamente, ma che solo la filosofia e la poesia possono illuminare. Questo estremo riesce nella biografia solo nel racconto di quanto è accaduto, una sola volta. Pertanto ciò che non ci è dato sapere, può forse essere sentito attraverso il racconto” (Jaspers, 1964).

In tal senso, il laboratorio narrativo è un'opera, una azione che smuove la capacità narrativa. Più in generale, la ricerca sociale non è qui da intendere come raccolta di dati, come se i racconti fossero oggetti già disponibili agli attori sociali, ma come accompagnamento alla concet-

tualizzazione, in questo caso quella dello scorrere del tempo in questo contesto di privazione profonda del pensiero e della parola.

3. Materiali e metodi

Il presente saggio propone i risultati di una analisi qualitativa basata su materiali narrativi autobiografici raccolti nel carcere di Parma con i detenuti della sezione di massima sicurezza, grazie al lavoro educativo svolto dalla cooperativa sociale Sirio di Parma, impegnata da molti anni nel lavoro educativo e riabilitativo dentro e fuori le mura carcerarie di Parma, a cui va un sentito ringraziamento². Il laboratorio di lettura e scrittura a cui facciamo riferimento si è svolto nel periodo 2015\2016, ma forme simili di laboratorio erano in atto anche negli anni precedenti. La particolarità del nostro percorso di ricerca-azione sta nel aver introdotto all'interno dei momenti di scrittura anche gli studenti universitari dei corsi di laurea di Servizio Sociale dell'Università di Parma.

Da un lato, sono stati coinvolti con continuità 15 carcerati della sezione AS1 da lungo tempo in detenzione (il periodo di detenzione medio supera i 15 anni) di età compresa circa tra i 40 e i 65 anni. Dall'altro lato, sono stati coinvolti 13 studenti (11 donne e 2 uomini) di età compresa tra i 22 e i 25 anni. I due gruppi avevano momenti separati di riflessione e scrittura, e momenti di lavoro insieme.

Se, da un lato, i momenti separati favorivano scritture più immediate e assunzione di referenti più lontani della narrazione, dall'altro lato, la compresenza (il fatto di incontrarsi) rifocalizzava nuovamente il "referente" che per i detenuti diveniva "i/le giovani studenti/esse", e modificava le narrazioni (tornavano più spesso i figli, la propria giovinezza ecc.). I materiali raccolti riguardano sia la produzione dei detenuti nei momenti di gruppo e quella singolare in cella in vista dell'incontro con gli studenti, sia i materiali prodotti dagli stessi studenti. Nel seguito di questo saggio, noi considereremo solo i materiali prodotti dalle persone detenute attraverso un'analisi qualitativa del contenuto.

² Si ringrazia in particolare Giuseppe La Pietra, responsabile del laboratorio narrativo e facilitatore di tutti gli incontri, per aver contribuito così generosamente al percorso di ricerca-azione con gli studenti dell'università ed aver condiviso materiali e riflessioni.

Più precisamente, il dispositivo di produzione delle narrazioni procedeva in questo modo.

- I detenuti incontravano il facilitatore (l'educatore responsabile del progetto) - insieme a due studentesse coinvolte in un percorso di ricerca finalizzato a tesi sperimentale - ogni settimana, all'interno di incontri di circa 2 ore. In quei momenti venivano lanciate "parole" e "letture" che fungevano da stimolo rispetto ai temi del laboratorio (futuro, scelta, speranza, e così via). Poi si dava inizio alla scrittura, che proseguiva nello spazio singolo della cella.
- Parallelamente gli\le studenti\esse si incontravano e producevano narrazioni autobiografiche sulle medesime parole nello spazio universitario.
- Nei mesi di marzo e aprile 2016 i due gruppi si sono ritrovati (4 incontri laboratoriali) per leggere le narrazioni prodotte e lanciare il tema\la parola chiave per l'incontro successivo.

Per riprendere brevemente quanto detto nell'introduzione, questo laboratorio narrativo assume in parte l'ottica della narrazione biografica come strumento di "cura del sé" mescolando modalità di scrittura immediate e in presenza, con modalità mediate (in cella) e quindi caratterizzate da un diverso accesso ai propri sistemi di significazione.

Un altro elemento importante da specificare è che questa attività si posiziona all'interno del *framework* metodologico proprio della "ricerca-azione" situata, orientata cioè alla partecipazione degli stessi testimoni e quindi attenta al modo in cui essi stessi tendono a ridefinire le modalità di lavoro per trarne giovamento (ridefinire il senso di quel dato progetto di ricerca). Spesso il "dispositivo di sollecitazione" delle narrazioni è stato modificato su loro richiesta, spesso i temi sono stati ridefiniti nel dibattito prima della scrittura, e così via.

Nel complesso, all'interno di una più vasta produzione di scritti sui temi prescelti (giustizia, scelta, e altri) è stato possibile proporre e selezionare anche un buon numero di scritti centrati appunto sul tempo e sul senso del futuro nella vita in carcere. Le narrazioni sono nei fatti una interlocuzione esplicita non solo tra due condizioni radicalmente distanti (il "dentro" e il "fuori" carcere), ma anche tra due momenti biografici (giovani e adulti): il referente narrativo, come vedremo, stimola la dimensione del confronto intergenerazionale ("oggi, nel presente, voi pensa-

te... noi pensiamo...”) ma anche quella della “memoria” (“noi alla vostra età, nel passato, pensavamo...”).

Scrive infatti un detenuto del primo incontro:

“Si dice che ogni incontro tra sconosciuti davvero tali somiglia a una collisione tra pianeti usciti dall’orbita. Tutto genera rumore e luce. Ed è quello che in fondo succede in questo luogo- Può sembrare banale ma è così. [...] Ora quello a cui aspiriamo - anche attraverso incontri come questi - sono itinerari, di conoscenza, di incontro, aspirare ad un futuro non singolo ne competitivo ma vissuto con altri. La vostra presenza è una forma di conquista che fino a qualche anno fa trovava respiro solo in rarissimi momenti. Confrontarci permetterà di ascoltare voci, cercare sfumature, coniugare un ‘noi’ dentro possibilità sensibili, oneste, libertarie che vi somigliano. La solidarietà di questo momento la viviamo così, siamo convinti che la qualità delle relazioni umane sia alla base di qualsiasi forma di rivoluzione e di riscatto, personale e collettivo. Speriamo solo di non annoiarvi”.

(A., lettera firmata poi dagli altri 15 detenuti del laboratorio, 2016)

E conclude la stessa persona, al termine del laboratorio:

“Il nostro percorso di racconti e commenti è finito oggi, mi dicono. Ora sappiamo che non potremo più vedervi. Mi piacerebbe non perdere quanto costruito in termini di relazioni, mi piacerebbe così tanto che le mie parole e i miei pensieri venissero usati... [...] Ora sono in cella, il cancello si è appena chiuso alle spalle, il consueto rumore ... Adesso più che mai sento il peso di quella porta che si sbarra, e forte e lacerante diventa la frattura tra il dentro e il fuori. Stasera so che faticherò molto a dormire. In fondo la nostalgia è il sentimento più abituale che ci sia al mondo, e qui ci si rannicchia nelle sue braccia come in un guscio. La cella di una prigionia però non riempie la vita, è aria pesante di uno spazio esiguo che ha la forza di mutare ogni cosa, come se avesse il potere in sé di scegliere tra la gioia e il dolore, e scegliesse sempre la gioia, per poi mutarla in un informe lamento. Ho guardato dalla finestra, ho immaginato di viaggiare insieme a voi. Ho avuto modo di rivisitare ancora una volta i miei di anni da ragazzo. In questo non-luogo i ricordi non appaiono mai chiari o nitidi, ma basta per ricordare che nulla è eterno, per respirare, per vedere che attraverso il suo vissuto un uomo detenuto può vedere e raccontare la verità palpitante che abita nelle parole”.

Proviamo ora ad interrogare i materiali raccolti nell'indagine e sottolineare la rilevanza di alcune narrazioni sul tempo in carcere, e il modo in cui tali narrazioni possano rappresentare una forma di resistenza.

4. Dare nuovamente senso al tempo: forme narrative di resistenza

Che il tempo all'interno del carcere sia il tempo "deprivato" della misura e del significato che erano consueti all'esterno, come abbiamo detto, non significa che il tempo dei detenuti sia non-scandito. Anzi. Le narrazioni ci ricordano come i rumori (l'aprire delle porte, i carrelli, il cibo) lo scandiscono con infallibilità. C'è ad esempio il tempo scandito in modo improvviso dalle grida, che diviene consueto, quotidiano.

Come ricorda anche Ricciardi (2015), il vuoto di senso legato alla mancanza di vera azione non "spegne mai l'attività", anzi la carica di enfasi in termini di rumori e di agitazioni, che paiono al tempo stesso concitate eppure già accadute, agitate e fini a se stesse nella loro prevedibilità, sempre de-sincronizzate - ad esempio le grida sono sempre al tempo stesso di protesta per qualcosa e di lamentela per il rumore -, come se ogni azione fosse il sintomo della grande separazione tra singoli tempi individuali.

I detenuti parlano della ripetitività esasperata delle giornate come "malattia del tempo che muore": il corpo non si spegne mai, anzi è in costante stato di allerta dei sensi, la monotonia è infranta dalla ricerca di disordine nell'ordinata e solita successione dei fatti. La mente immersa in una dimensione di tempo svuotato e innaturale reagisce cercando la discontinuità nella monotonia, e attivandosi in modo imprevedibile: c'è chi non esce più di giorno, chi guarda la televisione di notte e dorme di giorno.

Nonostante le descrizioni toccanti su queste esperienze di "presentificazione" vissute in carcere, è al centro del nostro interesse la traccia di ciò che si racconta per sfuggirvi, per manifestare il desiderio e la capacità di aspirare.

4.1 L'incontro

"La lunga incarcerazione ti toglie ogni cosa, la libertà di coltivare gli affetti, di comunicare ... ciò ti rende un uomo sofferente e inutile sotto tutti

i punti di vista. Sono gli incontri che riaccendono a tratti la speranza, l'idea stessa di futuro e di vita, che sono la stessa cosa, la gioia del sentirsi considerati, quella sensazione – direi di gioia – che ti fa sentire la tua dignità nel modo in cui vieni guardato. Stare con i giovani trasmette l'umanità, non c'è nulla da fare. La loro intelligenza, i loro sorrisi... Stare nello stesso augurio di fortuna che i loro sogni e progetti per il futuro si avverino... Ma spero di aver dato qualcosa anch'io" (G.M.).

"Il non futuro è la separazione. Quelli che accettano il fallimento dei propri sogni passivamente e non allungano la mano verso coloro che i sogni propri san realizzarli. Così come di quelli che egoisticamente tengono per sé il privilegio di realizzare i sogni e non allungano la mano verso chi fallisce. Separazione e separazione. Tomba" (G.).

Un elemento ricorrente nelle narrazioni è l'allusione alla dimensione dell'incontro come dispositivo per riattivare la propria capacità di proiettarsi al futuro. Apparentemente banale, questa riflessione riflette la consapevolezza su quanto il cambiamento sia un elemento che deve essere indotto dallo sguardo di un altro, che non può prodursi – nonostante tutte le buone intenzioni – con un lavoro di cura di sé svolto in separatezza radicale. L'altro è motivazione vitale *ineludibile* ("prepararsi all'incontro con gli studenti ridà senso ai singoli gesti, compreso il pettinarsi"), l'altro attiva uno sguardo su di noi stessi che non siamo in grado di autoprodurre.

La mancanza radicale di relazioni imprevedute nel carcere – perché l'Incontro è qualcosa di casuale, è la libera entrata dell'alterità, e in questo senso è sinonimo di destino - è ciò che depriva la vita carceraria di pensiero. L'entrata degli studenti, anche per breve tempo, riesce a riattivarla.

4.2. L'inter-generazionalità

"Sono stato invitato al confronto con questi ragazzi e credo di avere il dovere di aiutare come posso. È mio dovere che i ragazzi superino la loro "prova carcere". Il peso della responsabilità da caricarmi addosso, un bene affardellato, perché non ne perdano pezzi per strada. Allora c'è il fatto che un progetto come questo non può essere una parodia, un giocare a nascondersi la realtà per mostrare fette di originalità. Qui torna in gioco la dignità

di ciascuno, la loro e la mia e quella di loro che scommettendo ancora su un gruppo di persone detenute vincono una loro scommessa personale” (A.).

Nello svolgersi del laboratorio, gli studenti divengono gradualmente interlocutori espliciti delle narrazioni dei detenuti. La loro presenza favorisce lo spostamento nel passato e la produzione di quelle che possiamo chiamare “memorie del futuro”, vale a dire la memoria dei futuri in passato immaginati (cfr. Jedlowski, 2012, 2013b).

“Avrei potuto, avrei voluto... Ricordo bene la mia idea di futuro alla vostra età: è ora che potete fare. Il fatto che siete qui adesso riporta ad allora molto di più” (C.).

Ciò che colpisce è come il contatto con la “*generazione dei figli*” - per citare G. “*che non vediamo mai e che ora tornano*” - costituisca in realtà uno stimolo forte. La condizione degli studenti è immaginata simile a quella dei propri figli lontani, poco frequentati, poco conosciuti (moltissimi sono i racconti sui continui spostamenti che interrompono le relazioni familiari, sulle telefonate di dieci minuti e i discorsi interrotti dal cadere della linea, ecc.). Questo stimola un discorso su “come dovrebbe essere immaginato il futuro”. Al di là delle specifiche situazioni personali, emerge come il futuro non si dia in senso individuale ma in senso comparativo e relato alle altre età presenti nella vita circostante. La separazione radicale dal prima (dalle età dei bambini e dei giovani) indotta dalla vita carceraria - dal modo di organizzare una detenzione che non lascia spazio alle relazioni familiari - implica di per sé la rarefazione del futuro e la graduale scomparsa della capacità di proiettarsi.

5. L'elaborazione del passato

“Il futuro nasce dal fatto che accetti il passato. Una persona che pianta un albero di arancia e quello suo fa un frutto più piccolo, non deve guardare agli alberi di arancia che hanno piantato gli altri, che il suo frutto è bello, mangia il tuo frutto che sarà sempre più bello anche piccolo, ma l'hai piantato tu e poi qui dentro lo hai difeso con il tuo sudore” (C.).

Emerge poi una riflessione ricorrente sulla scomparsa del futuro legata alle relazioni carcerarie così radicalmente appiattite “sull’azione passata”. In tal senso, il desiderio è quello di ridare corso al tempo, di farlo ripartire, grazie alla dimensione relazionale “in un posto dove ci siano persone che ti concepiscono diverso dal passato“, e così ti mettono nel futuro, cioè pensano che tu sei dotato di possibili evoluzioni dentro, per citare i testimoni: *“Nel carcere - e anche fuori credo - sempre si pensa che non puoi cambiare, misurano le tue azioni passate, sono ciò che sei”*.

Uno sguardo unicamente centrato sul reato priva di evoluzione biografica, è quasi banale dirlo, ma forse neanche tanto. E anche qui emerge con forza quanto le dimensioni di comunicazione con l’esterno permettano la sopravvivenza biografica del soggetto, cioè la capacità stessa di non “rinunciare all’opzione biografica”, poiché permettono appunto di concettualizzare del tempo biografico in relazione ad “adesso”. Qui però la questione si fa complessa. Se da un lato infatti il tempo riprendere a scorrere quando all’esterno o all’interno del carcere non si viene identificati con il passato (*“quando le relazioni sui detenuti non sono un copia-incolla ripetuto all’infinito”* dice un operatore nei nostri laboratori), dall’altro lato, il dolore del carcerato è anche la mancanza di parola “in proprio” su quanto avvenuto in passato (sulla causa di detenzione, ad esempio), sulla quale poi si vuole tornare.

In tal senso, appare forte il nesso “*memoria-futuro*”, il fatto che la capacità di aspirare è liberata dalla *digestione* di quanto accaduto, da una diversa narrazione di ciò che è stato, da una comprensione diversa, per citare un diario:

“per pensarti domani devi pensarti ieri ma non da solo, è chi vive nel mondo che deve ripensare, cioè intendo una memoria del tuo atto di rottura” (C.).

In uno dei racconti prodotti, ad esempio, un carcerato (A.) immagina la scena del suo “prossimo futuro”: lui è disteso sul letto nella cella, è immobile, pare morto. Le guardie commentano incerte: *“Ma è vivo o è morto? Questo non è mai stato sicuro di cosa è, né da vivo né da morto... Questo continuava a rompere anche da vivo che diceva di essere innocente”*. Lui stesso è sospeso tra vita e morte, non riesce a rispondere, ad identificare il suo stato innanzi tutto e poi a comunicarlo. Nel racconto, una

parte di lui si diverte. Immagina il modo incredibile con cui un evento ha segnato tutto il seguito di quanto gli sarebbe successo, ripetendo all'infinito lo stesso stato d'animo negli altri posti dinnanzi a lui.

5.1. Il linguaggio del “fine pena 9999”

Il tempo riprende a scorrere quindi anche nel “discorso della *rivolta*”, come dice Ricciardi, o più in generale nelle dimensioni di comune pensiero critico sul carcere.

Durante il laboratorio narrativo vengono formulate riflessioni ricorrenti sul linguaggio carcerario di *tipo burocratico* utilizzato per definire il tempo: è un linguaggio inteso come *framing* di dominio simbolico spersonalizzante, finalizzato “alla scissione mentale dalla realtà” dice un testimone. Sono riflessioni molto belle, ad esempio, quelle sull'espressione “*fine pena 9999*” che ha sostituito “*fine pena mai*”. Tale espressione appare come spunto per narrare un modo di gestire il potere nelle carceri, il tentativo di travestire il conflitto tra il carcerato e lo Stato con un linguaggio talora astratto e talora esplicitamente provocatorio. Le “domandine”³ sono un buon esempio di questo linguaggio ambiguo che fa da paravento ai dispositivi di potere in carcere: da un lato, c'è la parola “domandina” (un vezzeggiativo) e dall'altro l'uso sempre più radicale della burocrazia che produce una condizione di “attesa costante” e di totale impotenza sul proprio tempo. Tutto ciò produce la negazione radicale del valore del tempo, dicono i carcerati, suona come derisione e ulteriore colpevolizzazione (il fine pena 9999, se vogliamo, evoca una ulteriore colpa: quella di non saper vivere sino al 31 dicembre 9999, e così via). È un linguaggio che domina la possibilità di futuro con “simboli neutri” (numeri al posto di parole), così neutri - per fare citare un testimone - da “spegnere la mente” per “riaccenderla solo con la rabbia” (Ricciardi, 2015).

³ Come è ben noto, le “domandine” sono i moduli di richiesta per richiedere in carcere ogni cosa, “colloqui con il direttore, il comandante, il responsabile ufficio comando, il responsabile ufficio matricola, il direttore di area pedagogica, l'assistente sociale, gli operatori Sert, lo psicologo, il cappellano, i volontari autorizzati, l'acquisto di prodotti non compresi nell'elenco mod. 72, un sussidio per la pulizia, francobolli etc etc, libri in prestito dalla biblioteca, cambiamenti di cella, ammissioni ai corsi, ammissioni alle attività, altro... (specificare i motivi di altro)” (tratto da “Indicazioni pratiche sulla vita dell'istituto e il rapporto con gli operatori”, sito www.ristretti.it).

Ma già chiedere un cambiamento di linguaggio attraverso le narrazioni è da parte dei detenuti una proposta di azione, è una forma dell'aspirare.

6. Resistere

“Germi di vita trascorrono nell'incontro, tra la voglia di costruire e la conquista di una salvezza modesta. Un modo per reagire, per non farsi soffocare da quel che il carcere rappresenta, la boriosa esposizione dei peggiori, uscirne sollevandosi ed affrontando la quotidianità con una fame diversa di intelligenza, amore. [...] Ecco, un viatico per fuggire dall'orrore, non solo attraverso l'immaginazione ma costruendo percorsi che liberino da una ottica antica che fa del carcere un luogo scoraggiante di ripetitività dei gesti e dell'ozio forzato. Accedere un poco alla vita che sta oltre le mura, che è libera, difficile, ma aperta alla speranza” (A.).

“Il mio futuro io lo vedo aggrappato alla speranza che è viva, fatica a morire non sapete quanto, malgrado io porti al collo scritto fine pena mai ostativo. Certo non sogno un futuro come da bambino, con quell'ambizione che un giorno saresti stato un personaggio importante nel tessuto sociale. Ora lo sogno con consapevolezza di essere già prossimo al traguardo dell'esistenza. Non più sogno come i sogni, ma sogno realistico, che riesca a toccare con mano la libertà, che senta il calore di un focolare tuo, che spero in una vecchiaia più dolce e meno faticosa. Tornare alla vita umana tra gli altri” (G.M.).

Infine, ci pare di poter sottolineare come per i carcerati ergastolani ostativi l'orizzonte di attesa biografica si fa immediatamente presente nel momento in cui è possibile nuovamente l'incontro, una relazione dentro al carcere ma fuori le dinamiche carcerarie quotidiane. Certamente, la forma di negazione radicale del futuro che il diritto consente con l'attribuzione dell'ergastolo ostativo, come abbiamo detto, è un attacco alla capacità di resistenza biografica, espone di per sé la mente all'implosione, all'annichilimento, alla de-sincronizzazione radicale della propria vita rispetto a quella degli altri, e certo appare in questi racconti come forma

di “disabilitazione” radicale del sé e - pare sin banale dirlo - di per sé incompatibile con la missione rieducativa dell’istituzione carceraria.

Ciò malgrado, anche in questa condizione pare possibile formulare discorsi sul futuro, basta poco per ritrovare la dimensione relazionale necessaria per dare loro spazio, condividendo con altri detenuti processi di proiezioni in avanti attraverso la vita giovane altrui. In particolare, la critica al linguaggio tipicamente carcerario (astratto, burocratizzato, ecc.) e l’importanza data alle parole (“*fare attenzione alle parole, non perderle, cercarle per dire ancora ...*”) mostrano la possibilità che questi soggetti - narrando insieme - interagiscano diversamente con ciò che li circonda. Questo rivela un potenziale elevato rispetto a possibili strategie di resistenza biografica.

E in questo, ancora una volta, *la vita del carcere mostra la sua emblematicità*, amplifica ed illumina i processi culturali e comunicativi propri dell’epoca in cui vive. Questo percorso di riflessione sottolinea il diritto alle aspirazioni come diritto alla sopravvivenza, la possibilità di proiettarsi nel futuro come diritto fondamentale senza il quale non è possibile la salute psichica e sociale del soggetto. Mostra poi che tale possibilità di *proiettarsi nel futuro è elemento propriamente relazionale (che si dà nella possibilità di un “incontro nuovo”)*, mostra come tale possibilità si dà nei fatti solo al di fuori di quelle dinamiche comunicative ripetitive nelle quali il soggetto ha smarrito il senso del suo tempo, divenuto frenetico pur senza intenzione d’azione. Tutti questi elementi si rivelano di grande interesse anche per quanto è situato fuori il carcere, dentro allo “spazio chiuso” che sta all’esterno, fatto di produttività forzata e incertezza, e così ugualmente privato di futuro.

Riferimenti bibliografici

Appadurai Arjun (2011), *Le aspirazioni nutrono la democrazia*, et al. edizioni, Milano.

Appadurai Arjun (2014), *Il futuro come fatto culturale*, Raffaello Cortina, Milano.

De Leonardis Ota, Deriu Marco (2013), *Il futuro nel quotidiano*, Egea, Milano.

Foucault Michel (1976), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino.

Foucault Michel (2009), *Il governo di sé e degli altri. Corso al Collège de France (1982-1983)*, Feltrinelli, Milano.

Frank Adam (1997), *Illness as moral occasion: restoring agency to ill people*, in "Health", 2, pp. 131-148.

Demetrio Duccio (1996), *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Cortina Raffaello, Milano.

Jaspers Karl (1964), *Psicopatologia Generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Jedlowski Paolo (2012), *Il senso del futuro. I quadri sociali della capacità di aspirare*, in Ota De Leonardis, Marco Deriu, a cura di, *Il futuro nel quotidiano. Studi sociologici sulla capacità di aspirare*, EGEA, Milano.

Jedlowski Paolo (2013a), *Quotidianità e orizzonti di attesa*, Relazione introduttiva alla Sessione Vita Quotidiana, X Convegno Nazionale AIS, Firenze.

Jedlowski Paolo (2013b), *Memorie del futuro. Una ricognizione*, "Studi Culturali", 2.

Koselleck Reinhart (2007), *Futuro passato. Per una semantica dei tempi storici*, CLUEB, Torino.

Gallo Ermanno, Ruggero Vincenzo (1989), *Il carcere immateriale. La detenzione come fabbrica di handicap*, Sonda, Torino.

Leccardi Carmen (2009), *Sociologie del tempo. Soggetti e tempo nella società dell'accelerazione*, Laterza, Roma-Bari.

Leccardi Carmen (2012), *I giovani di fronte al futuro: tra tempo storico e tempo biografico*, in De Leonardis Ota, Deriu Marco, *Il futuro nel quotidiano*, Egea, Milano.

Olagnero Manuela (2004), *Vite nel tempo. La ricerca biografica in sociologia*, Carocci, Roma.

Pellegrino Vincenza, Deriu Marco (2016), *La capacità di aspirare oggi. Tra cronofrenia e utopia quotidiana*, in Corbisiero Fabio, Ruspini Elisabetta, *Sociologia del futuro. Studiare la società del XXI secolo*, Cedam, Milano.

Pellegrino Vincenza (2013), *Coltivare la capacità di rappresentare il futuro*, "IMAGO Rivista di studi sociali sull'Immaginario", II, 2, pp. 112-142.

Pellegrino Vincenza (2012), *Follie Ragionate. Il male e la cura nelle parole dei pazienti psichiatrici*, UTET, Torino.

Ricciardi Salvatore (2015), *Cos'è il carcere. Vademecum di resistenza*, DeriveApprodi, Roma.

Rushkoff Douglas (2014), *Presente continuo. Quando tutto accade ora*, Codice, Torino.

Islam in carcere: una ricerca in due istituti penitenziari piemontesi*

Silvia Mondino

Abstract: *Il contributo propone i primi risultati di una ricerca qualitativa su due istituti penitenziari del Nord Ovest, finalizzata ad analizzare come la categoria “musulmano” - categoria complessa e variabile - sia socialmente costruita e utilizzata in carcere dai vari attori del campo giuridico del penitenziario, partendo da come le molteplici prescrizioni a cui un buon musulmano deve rispondere (ibadat in arabo) sono percepite all'interno di un'istituzione totale, secondo la nota definizione fornita elaborata da Erving Goffmann. Presentando un'analisi comparativa attraverso il confronto con altre ricerche francesi e inglesi, l'Autrice mette in luce il pericolo di una rappresentazione del detenuto di fede islamica troppo condizionata da istanze securitarie legate al pericolo della radicalizzazione integralista in carcere.*

Parole chiave: *islam, carcere, rappresentazioni, detenuto musulmano, campo giuridico del penitenziario, radicalizzazione in carcere.*

1. Premessa

Il presente contributo intende esporre alcuni risultati di una ricerca qualitativa su due istituti penitenziari del Nord Italia, al fine di evidenziare l'insieme delle rappresentazioni proprie (W. Doise, 2002), degli attori esterni, protagonisti a diverso titolo della vita nell'universo penitenziario, in merito ai bisogni religiosi espressi dai detenuti islamici e alle modalità, praticate o immaginate, per rispondere ai precetti dell'Islam, mettendo in relazione le risultanze con quanto emerso da precedenti analoghi lavori svolti in Inghilterra e in Francia.

Le rappresentazioni sociali servono come “principi generatori di prese di posizione collegate a specifiche posizioni sociali in un insieme di rapporti sociali” (W. Doise, 1986). Esse funzionano come “mappe mentali comuni” (W. Doise, 2002, p. 78) in cui si sostanziano alcune credenze

* La ricerca è stata svolta nell'ambito del progetto Islam e diritto tra globalizzazione e dimensione locale del Centro di Diritto Comparato e Transnazionale di Torino.

condivise da un gruppo rispetto ad un dato oggetto sociale e che consentono la comunicazione all'interno di quello stesso gruppo.

Ragionare in termini di rappresentazioni degli attori esterni del carcere in materia di islam è particolarmente interessante anche perché consente di comprendere come concetti relativamente nuovi per il contesto carcerario, quali l'islam, sono "oggettivati" e successivamente classificati in strutture familiari (il cd. "ancoraggio") dai diversi soggetti (X. Chrysochoo, 2006, p. 134). Tale prospettiva implica di porre al centro dell'analisi il campo giuridico del penitenziario (C. Sarzotti, 2010), tenendo presente che una delle funzioni di tale campo è proprio quella di costruire delle tipizzazioni che consentano di semplificare la realtà osservata e percepita al fine di implementare pratiche di controllo e di neutralizzazione.

Lo studio assume a modello la ricerca di Beckford e al. (2005)¹ analizzando come la categoria "musulmano" - categoria complessa e variabile - sia socialmente costruita e usata in prigione dai vari attori del campo giuridico del penitenziario, partendo da come le molteplici prescrizioni a cui un buon musulmano deve rispondere (*ibadat* in arabo) sono percepite all'interno di un'istituzione totale, secondo la nota definizione fornita da Erving Goffmann (1961).

La scelta dell'ambito di ricerca è stata guidata dal fatto che la presenza di detenuti di religione islamica è diventata negli ultimi anni oggetto di particolare attenzione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, in relazione alle percepite minacce di terrorismo islamico e al rischio di proselitismo in carcere. Proprio il timore di una "radicalizzazione" di tale proselitismo ha portato il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria a produrre circolari che, in nome della sicurezza, di fatto limitano l'esercizio della libertà religiosa (anche) dei detenuti islamici. Infatti, seppure all'art. 26 dell'ordinamento penitenziario del 1975 sia previsto che "Gli appartenenti a religione diversa dalla cattolica hanno diritto di ricevere, su loro richiesta, la assistenza dei ministri del proprio culto e di celebrarne i riti", in realtà tale diritto vede una limitazione significativa in materia di accesso all'istituto dei ministri di culto. Infatti, la circolare DAP n. 35554 del 6 maggio 1997, per ovviare al problema del ricono-

¹ Ricerca, svolta in alcune carceri dell'Inghilterra, del Galles e della Francia, che intendeva, con uno sguardo sociologico e comparativo, analizzare come l'Islam fosse praticato nelle prigioni francesi e inglesi.

scimento degli Imam di religione islamica², ha stabilito “con il Ministero dell’interno una procedura che prevede l’individuazione da parte della direzione dell’Istituto del ministro di culto, la comunicazione delle sue generalità all’Ufficio Centrale Detenuti e Trattamento, l’acquisizione dal Ministero dell’interno del parere di rito per rilasciare l’autorizzazione all’accesso”. Tale circolare è stata poi confermata dalla successiva n. 508110 del 2 gennaio 2002, che ha chiesto inoltre di “specificare anche la moschea o la comunità di appartenenza dell’Imam e di comunicare alla Direzione Generale i nominativi di tutti i rappresentanti di fede Islamica autorizzati all’ingresso nelle carceri, anche ai sensi dell’art.17 O.P.”. La preoccupazione di limitare, sempre per problemi di sicurezza, i momenti di preghiera collettivi è ancora oggetto di un’altra circolare, emanata il 16 luglio 2010, che invita le Amministrazioni periferiche ad adottare tutti gli accorgimenti necessari “al fine di evitare, specie durante i principali momenti di riunione tra musulmani che possano emergere figure carismatiche ed estremiste tali da plagiare altri correligionari caratterizzati da un carattere più debole e/o demotivati dalla frustrazione della vita detentiva, spingendoli ad abbracciare e condividere idee fanatiche e di contrasto al sistema” (G. La Sala, 2012).

A fronte di queste limitazioni all’esercizio della libertà di religione vi sono, tuttavia, anche alcune disposizioni che vanno in senso opposto, come quella contenuta in una circolare del novembre 2001³, in cui sono definiti i contenuti specifici dei menù alimentari affinché siano rispettate le esigenze religiose e l’orario di somministrazione del cibo in rapporto all’osservanza delle prescrizioni connesse al Ramadan islamico. Nello stesso senso va, inoltre, la previsione di mediatori culturali operanti in carcere: pur non dedicati all’ambito religioso, spesso svolgono un ruolo importante nel facilitare la comunicazione dei propri bisogni religiosi agli operatori da parte dei detenuti.

² Questione emersa per la possibilità che l’imam potesse essere una persona soggetta ad un controllo specifico per ragioni connesse al terrorismo, come avvenuto in altri Paesi europei quali la Francia.

³ La Circolare, non pubblicata, è citata nel Parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 2006 sul tema “Alimentazione e Interculturalità”, ma è risultato impossibile individuarne il numero (disponibile all’indirizzo http://presidenza.governo.it/bioetica/testi/Alimentazione_differenziata.pdf).

2. I numeri dei detenuti islamici e il loro diritto all'esercizio della libertà religiosa “*in the books*”

2.1. I musulmani all'interno del carcere in Italia

La consistenza numerica dei detenuti islamici nelle carceri italiane è di difficile reperimento. Nel 2014 è stato fatto un censimento da un organo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, l'Ufficio per l'Attività Ispettiva e del Controllo Sezione III – Analisi e Monitoraggi, ma non è stata precisata la modalità di raccolta di questi dati. Sulla base di queste risultanze, tra gli stranieri provenienti da Stati di tradizione islamica, i musulmani osservanti sarebbero 8.732, mentre 4.768 sembrerebbero non esplicitare l'interesse ai precetti islamici⁴.

Tali dati, tuttavia, sono probabilmente da considerarsi non attendibili e ciò per diverse ragioni. *In primis*, non tutti gli istituti compilano nello stesso modo la voce relativa alla religione del detenuto al passaggio dalla matricola. Inoltre, basarsi solamente sulla dichiarazione della persona neo-reclusa può risultare non affidabile, in quanto tale dichiarazione, in un contesto come quello del carcere degli ultimi anni in cui esiste una certa preoccupazione nei confronti della religione islamica, potrebbe essere considerato non conveniente. Infine, come rilevato da alcuni operatori, al primo ingresso le prevalenti preoccupazioni dei detenuti riguardano la possibilità di conoscere come avvisare i propri famigliari e di comprendere in quale situazione giuridica versino (soprattutto in caso di arresto in flagranza) piuttosto che segnalare la propria identità religiosa.

2.2. Libertà di culto in carcere: indirizzi internazionali

Il diritto all'esercizio della libertà di religione in carcere trova una tutela generica a livello internazionale nella Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo e nella Convenzione Europea dei diritti dell'uomo del 1950 ed una più specifica negli artt. 2, 65 e 66 delle *Standard Minimum*

⁴ Dipartimento Amministrazione penitenziaria, Ufficio per l'Attività Ispettiva e del Controllo Sezione III – Analisi e Monitoraggi, “le Moschee negli Istituti di Pena” (febbraio 2014) disponibile all'indirizzo http://www.ristretti.it/commenti/2014/febbraio/pdf3/moschee_carceri.pdf (ultimo accesso 5 giugno 2015).

*Rules for the Treatment of Prisoners*⁵. Anche l'art. 29 della Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle (nuove⁶) Regole penitenziarie europee⁷ riafferma gli stessi principi. L'articolo, infatti, statuisce il rispetto della libertà di pensiero, di coscienza e di religione dei detenuti; precisa che il regime penitenziario dovrebbe, per quanto possibile, garantire la pratica della religione o filosofia⁸, la partecipazione ai servizi o alle riunioni condotti dai rappresentanti riconosciuti dalle dette religioni o filosofie, la visita dei rappresentanti di queste religioni o di queste filosofie e la possibilità di avere libri o pubblicazioni a carattere religioso o spirituale.

2.3. La normativa in Italia

Come detto, la libertà di religione in carcere è tutelata dall'art. 26 dell'Ordinamento penitenziario che garantisce ai detenuti e agli internati la possibilità di professare la propria fede religiosa, di istruirsi in essa e di praticarne il culto. Viene prevista anche la presenza di un cappellano e la possibilità di richiedere l'assistenza di un ministro di altri culti. Il regolamento del 2000 all'art. 58 è più specifico: prevede la possibilità di partecipare ai

⁵ Adottato il 30 agosto 1955 nel primo Congresso delle Nazioni Unite su *Prevention of Crime and Treatment of Offender* e approvato dall'*Economic and Social Council* con le risoluzioni n. 663 C (XXIV) del 31 luglio 1957 e la n. 2076 (LXII) del 13 maggio 1977 e modificato il 22 maggio 2015.

⁶ Tale raccomandazione viene adottata per aggiornare le precedenti "Regole penitenziarie europee" contenute nell'allegato alla raccomandazione N. R(87)3, approvata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 12 Febbraio 1987, che costituivano un aggiornamento delle "Regole minime per il trattamento dei detenuti", a loro volta adottate nel 1973 dal Comitato dei Ministri con la risoluzione (73). Tale necessità era nata "considerando che la Raccomandazione R (87) 3 del Comitato dei Ministri sulle Regole penitenziarie europee deve essere approfonditamente rivista ed aggiornata per riflettere gli sviluppi che sono intervenuti nel campo della politica penale, nelle pratiche delle condanne nonché nella gestione in generale delle carceri in Europa".

⁷ Adottata dal Comitato del Consiglio dei Ministri del Consiglio d'Europa l'11 gennaio 2006. Tale documento è disponibile all'indirizzo: http://www.ristretti.it/commenti/2008/gennaio/pdf3/regole_penitenziarie_europee.pdf.

⁸ La formula usata nell'art. 29 delle Regole Penitenziarie europee accosta "religione" a "filosofia" così da ricomprendere anche quelle pratiche che difficilmente riescono a essere qualificate come religiose (ci si riferisce per esempio al buddismo).

riti della propria confessione religiosa, ma è posto il limite della compatibilità con l'ordine e la sicurezza dell'istituto. Viene consentito ai detenuti e agli internati che lo desiderino di esporre, nella propria camera individuale o nel proprio spazio di appartenenza nella camera a più posti, immagini e simboli della propria confessione religiosa. È prevista la presenza in ciascun istituto di almeno una cappella per la celebrazione del culto cattolico. Per gli appartenenti ad altri culti, indipendentemente dalla presenza di ministri di culto, la direzione può mettere a disposizione dei locali. I ministri di culto, di confessione diversa da quella cattolica, autorizzati ad entrare e prestare assistenza spirituale, sono quelli indicati da quelle confessioni religiose i cui rapporti con lo Stato italiano sono regolati con legge, o indicati a tal fine dal Ministero dell'interno; oppure anche fuori dei casi suindicati, quelli autorizzabili ai sensi dell'articolo 17, secondo comma, dell'O.P.

La disciplina della libertà religiosa in carcere è per lo più però regolata da fonti di tipo secondario e in particolare da uno strumento che il Dipartimento per l'Amministrazione penitenziaria utilizza spesso per dare concretezza alle disposizioni di legge: le circolari. In ambito di tutela del diritto alla libertà religiosa particolarmente significativa la già citata circolare del novembre 2001, che definisce i contenuti specifici dei menù alimentari affinché siano rispettate le esigenze religiose e l'orario di somministrazione del cibo in rapporto all'osservanza delle prescrizioni connesse al Ramadan islamico. Più recentemente è intervenuta la circolare n. 403374-2012 del 9 novembre 2012⁹ che stabilisce, a seguito della firma dell'intesa con la Chiesa Avventista del Settimo giorno, la possibilità all'ingresso da parte dei ministri di questa confessione, previa indicazione di una lista dei soggetti legittimati in questo senso al Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria. In ordine all'assistenza di persone di religione cattolica da parte dei cappellani, la disciplina è quella prevista dalla circolare n. 3553/6003 del 25 maggio 2001¹⁰.

È interessante osservare che in Inghilterra il cappellano o il ministro di culto possono incontrare il detenuto sempre al momento dell'ingresso e prima del rilascio, possono curarne la sepoltura, possono visitare i fede-

⁹ Disponibile all'indirizzo http://www.ristretti.it/commenti/2014/aprile/pdf2/chiesa_cristo.pdf (ultimo accesso 14 maggio 2017).

¹⁰ Disponibile su <http://www.ispcapp.org/Normativa/Circolare2001.htm> (ultimo accesso 14 maggio 2017).

li (ma anche chi si professa di un'altra religione) giornalmente se malati, in difficoltà o in isolamento (artt. 14-17 delle Prison Rules del 1999¹¹). Inoltre, sempre in Inghilterra, per garantire un pieno esercizio dei diritti religiosi all'interno del carcere, il Ministero della Giustizia ha elaborato alcune linee guida che gli operatori penitenziari sono tenuti a seguire. In questo documento sono indicate per ciascun gruppo religioso le festività, gli abiti, l'alimentazione e gli aspetti più salienti di quel dato credo¹². Per i musulmani, per esempio, è evidenziata la rilevanza dei cinque pilastri dell'Islam e la necessità per i detenuti di utilizzare solo cibo *halal*.

La normativa francese, invece, è più simile a quella italiana. Il diritto all'esercizio della libertà religiosa è prevista all'art. R 57-9-3 del Codice di procedura penale che recita: "Ogni persona detenuta deve essere in grado di soddisfare le esigenze della sua vita religiosa, morale o spirituale. Al suo arrivo presso la struttura, è avvisato del suo diritto di essere visitato da un ministro di culto e di partecipare a funzioni religiose e incontri religiosi organizzati da coloro che sono titolate a questo scopo". Dal 2013, il Governo francese, per affrontare il rischio di proselitismo islamico fondamentalista, ha scelto di assumere direttamente gli imam che vengono inviati negli istituti penitenziari (L. Manzi, 2012).

3. La ricerca empirica: il diritto alla libertà religiosa "in action" in due istituti penitenziari piemontesi

3. 1. Il metodo dell'indagine

La parte empirica della ricerca è stata svolta attraverso interviste semistrutturate ai testimoni privilegiati di due istituti penitenziari piemontesi: la Casa circondariale Lorusso e Cutugno di Torino e la Casa di reclusione di Ivrea. In totale sono stati intervistati 13 funzionari giuridico-pedagogici, 13 agenti di polizia penitenziaria, i due direttori d'istituto

¹¹ Disponibile all'indirizzo: <http://www.legislation.gov.uk/ukxi/1999/728/made> (ultimo accesso 09 luglio 2015)

¹² Dopo il PSO 4550 "Religion Manual" del 2000, oggi è in vigore il PSI 51/2011 "Faith and Pastoral Care for Prisoners" del 2011.

e, nel carcere torinese, il mediatore culturale arabo e l'imam in servizio¹³.

Si è scelto di consegnare preliminarmente agli intervistati la traccia d'intervista in un incontro iniziale in cui si è sommariamente spiegato in cosa consistano i cd. "cinque pilastri dell'islam" a cui il buon musulmano dovrebbe attenersi (vedi *infra*). Tale scelta è stata legata, da un lato, al dover superare un'iniziale preoccupazione espressa da molti intervistati relativa alle finalità della ricerca (che è iniziata in concomitanza con gli attacchi terroristici perpetrati in Francia a inizio gennaio 2015) e, dall'altro, per consentire di focalizzare meglio la percezione degli intervistati della categoria "detenuto musulmano" in relazione alla definizione di "buon musulmano" che viene considerata più corretta nell'ambito della religione islamica.

Mentre i funzionari giuridico-pedagogici sono stati individuati con maggiore facilità tramite la collaborazione dell'area educativa o della direzione, più complesso è risultato il reperimento di agenti penitenziari disponibili a svolgere l'intervista, nonostante in entrambi gli Istituti si sia provveduto a esplicitare preliminarmente al Comandante gli obiettivi e le finalità della stessa e a ricevere appoggio formale all'iniziativa. Probabilmente alla base di questa resistenza vi è anche che periodo storico in cui detta ricerca è stata svolta ha coinciso con un periodo di forte allerta anti-terrorismo di matrice islamica. Ciò ha implicato il fatto che vi fosse anche in carcere una forte attenzione al fenomeno del radicalismo islamico, circostanza che ha comportato particolari tensioni a livello di rapporti tra detenuti e personale penitenziario (tenuto a controllare qualsiasi situazione anomala che coinvolga detenuti musulmani). Gli agenti, infine, sono stati indotti ad effettuare le interviste, in un caso, dietro invito del capoarea degli educatori, nell'altro, su designazione operata dal vicecomandante.

La scelta dei due istituti è stata motivata dal fatto che, al momento dell'inizio della ricerca, disponessero di almeno un mediatore culturale. Si è voluto, in tal modo, verificare se la presenza di tale figura potesse diffondere negli operatori dell'istituto una maggior conoscenza delle istanze e delle peculiarità dei detenuti stranieri di fede islamica.

¹³ La figura del mediatore nell'istituto eporediese, pur essendo presente al momento della progettazione della ricerca e costituendo tale presenza uno dei criteri per la scelta dell'istituto nel campione d'indagine, è stata in seguito non più coperta per mancanza di fondi.

3.2. La traccia dell'intervista

Le domande poste agli intervistati sono riconducibili a quattro ambiti. Un primo riguardava la percezione degli operatori penitenziari, nel contesto dei loro diversi ruoli, rispetto agli strumenti atti a garantire l'esercizio della religione islamica in carcere. Un secondo ambito tendeva a verificare le "categorie", gli "standard" in cui i musulmani potevano essere "inseriti": molte ricerche sui detenuti islamici hanno evidenziato come i diversi attori del campo del penitenziario tendessero a operare una categorizzazione di tali ristretti (J. Beckford e al., 1998; F. Khosrokhavar, 2004; Beckford e al., 2005). Più precisamente, una domanda verteva sulle caratteristiche e le richieste più frequenti di un detenuto islamico: i due concetti sono stati messi insieme perché nelle ricerche precedenti emergeva con chiarezza come la categorizzazione del detenuto musulmano passasse attraverso le sue richieste. Inoltre, si è cercato di verificare se emergesse una percezione dei detenuti musulmani di origine italiana diversa rispetto ai detenuti di origine straniera e, più in generale, se variasse detta percezione in relazione al Paese di provenienza. Un terzo gruppo di domande aveva ad oggetto la verifica di come gli operatori penitenziari si rappresentassero il modo con cui i detenuti islamici si rapportano con le norme islamiche: se con esigenze di partecipazione collettiva o in modo molto personale e soggettivo. Le domande poste, infatti, erano riferite al rapporto riscontrato nei detenuti musulmani rispetto ai comportamenti "doverosi" o "proibiti" nell'Islam (e tra questi la questione del cibo *halal*) ed al valore che assume la "Umma" (comunità dei credenti) per chi è costretto alla detenzione in carcere.

Infine, un nucleo di domande erano inerenti al grado di conoscenza e di percezione di quattro dei cosiddetti cinque "Pilastri dell'Islam": la *salat* (preghiera), la *zakat* (elemosina rituale), il *siyam* (digiuno durante il ramadan) e infine l'*hajj* (il pellegrinaggio alla Mecca)¹⁴. La scelta di introdurre anche questo tema nell'intervista è stata indotta dall'interesse conoscitivo di comprendere come tali norme etico-religiose siano interpretate dagli operatori penitenziari e come tale interpretazione sia debi-

¹⁴ Si è deciso di escludere il quinto precetto, quello della professione di fede (*shahada*), in quanto risulta essere l'atto meno appariscente di cui, quindi, si è ritenuto non fosse di interesse approfondirne la conoscenza.

trice delle strutture familiari della cultura dei soggetti intervistati (il cd. ancoraggio).

4. Alcuni risultati della ricerca in una prospettiva comparatistica

Considerato che non sono molte le ricerche italiane svolte sull'islam in carcere, si è deciso di analizzare i risultati della ricerca comparandoli con quelli emerse in altre ricerche svolte in Francia e in Inghilterra (J. Beckford e al. 1998; F. Khosrokhavar, 2004; J. Beckford e al., 2005). In tale prospettiva, verranno esposti dapprima gli elementi peculiari alla situazione italiana e, in seguito, quelli che maggiormente sembrano confermare gli assunti delle ricerche precedenti.

4.1. Le specificità della situazione italiana

Un elemento che non sembra molto presente nelle ricerche inglesi e francesi ed invece emerge con chiarezza nelle interviste è relativo al fatto che la categoria “detenuto musulmano” viene associata normalmente ad una situazione socio-economica difficile in cui spesso verserebbero i detenuti di religione islamica. In particolare la condizione di estrema povertà e solitudine che caratterizza in Italia la popolazione detenuta straniera proveniente da aree a tradizione islamica è un dato rilevato da tutti gli operatori intervistati.

Qualcuno precisa: “C'è molta povertà... spesso vivono solo dei pochi soldi che gli passa il cappellano o i volontari” (direttore 1, istituto A); un agente afferma che per questi detenuti “la situazione economica ... non è delle migliori” (agente 1, istituto A); un educatore sottolinea: “in carcere non posso dire che sono i più poveri...[...] però spesso non hanno niente” (educatore 2, istituto A).

Il dato, in sé, sembrerebbe non avere alcun rapporto con il tema dell'esercizio della libertà religiosa, ma in un contesto in cui non sono garantiti, ad esempio, la fornitura di un tappeto per la preghiera se non attraverso la donazione da parte di un consolato, e l'accesso alla carne *halal* se non tramite il sopravvitto che è a carico del peculio del detenuto, come precisa più di un operatore “(la carne *halal* n.d.r.) non viene passa-

ta dalla cucina, ma la comprano loro dal sopravvitto” (educatore 1, istituto A), si comprende come la disponibilità economica possa diventare il discrimine nell’esercizio effettivo del diritto alla libertà religiosa.

Un altro elemento evidenziato dagli intervistati come peculiare dei reclusi di fede islamica è l’assenza di reti famigliari di sostegno, elemento che, oltre a incidere sullo status di povertà, di fatto comporterebbe che i beni, anche a fine religioso, come il Corano, non acquistabili all’interno per carenza di fondi, non possano essere forniti nemmeno da soggetti esterni. La conseguenza di questa situazione è la diffusione di una pressante richiesta che i detenuti islamici pongono all’amministrazione penitenziaria che non emerge con eguale rilevanza nelle ricerche effettuate in Francia e in Inghilterra: la richiesta di un’occupazione lavorativa all’interno dell’istituto per poter disporre di piccole somme (anche per soddisfare i bisogni di tipo religioso) che di rado ricevono dalla propria famiglia. “Non hanno nessuno che gli porti un pacco. Nessuno che gli lavi la biancheria” (direttore 1, istituto B).

Tale dato è comprensibile se messo in relazione con la condizione di estrema povertà in cui sembrano versare molti reclusi islamici, ma, al contempo, è percepito, almeno da una parte degli operatori penitenziari, come il frutto invece di un atteggiamento estremamente rivendicativo da parte di tali reclusi che, per citare un operatore, “cercano di metterti al muro” (direttore 1, istituto A) con le loro richieste. “Hanno una visione del carcere in Italia in cui devono ottenere tutto quello che vuoi [...] Loro pretendono proprio” e dunque “sono più richiedenti loro” (educatore 2, istituto A). L’aspetto dell’“essere rivendicativi” sembra essere un tratto distintivo della rappresentazione della categoria “detenuto musulmano” da parte degli operatori penitenziari. Un educatore precisa: “Qui la religione... sembra quasi assumere importanza nel momento in cui si ha difficoltà ad esercitarla. Diventa uno strumento di rivendicazione” (educatore 3, istituto B).

Alcuni educatori, inoltre, mettono in relazione tale atteggiamento rivendicativo con un comportamento che viene percepito come tipico dei detenuti islamici diversamente da quanto emerso dalle ricerche non italiane: l’autolesionismo. Alcuni intervistati ritengono che i detenuti islamici si producano ferite da taglio più frequentemente di altri proprio per dare voce alle loro richieste: “tra le caratteristiche dei detenuti musulma-

ni [vi è n.d.r.] l'autolesionismo, ma non è una cosa islamica, si sovrappone però" (educatore 3, istituto B). Tale elemento è evidenziato anche dal mediatore culturale che ha sottolineato: "Per la religione musulmana c'è la sacralità del corpo... [ma n.d.r.] all'interno del carcere c'è questa pratica dell'autolesionismo che è il 90% dei musulmani".

È peraltro da sottolineare che alcuni operatori parlano espressamente di "una cultura dell'autolesionismo" che nella loro percezione sembrerebbe associata all'islam. "Hanno la tremenda abitudine di autolesionarsi [...] hanno questa cosa di autolesionarsi perché l'attenzione sia rivolta verso di loro. Hanno un'abilità di occultare la lametta all'interno del loro corpo. Prendono la lametta dal rasoio che è un oggetto consentito e la nascondono nei posti più impensati, nella lingua [...] e 'sta lametta la usano per colpire sé stessi. [...] Hanno la cultura dell'autolesionismo per ottenere qualcosa" (direttore 1, istituto A). Tuttavia, tale percezione di molti operatori penitenziari sembra entrare in conflitto con quella dell'imam che opera all'interno del carcere di Torino che ha precisato invece come nell'Islam sia generalmente accettato l'obbligo di promuovere il benessere del corpo per rispetto del Creatore ed ha quindi confessato di non sapersi spiegare le ragioni per le quali i suoi correligionari reclusi accedano così frequentemente a questa pratica¹⁵.

Un altro aspetto della percezione degli operatori penitenziari italiani sembra essere quella relativa alla solidarietà che i detenuti stranieri di provenienza da aree di tradizione islamica mostrerebbero, forse anche a causa della loro condizione di povertà. Secondo la maggior parte degli operatori intervistati, tra questi reclusi si instaura una forma di supporto spiccata: "tra i detenuti c'è una certa solidarietà, in particolare tra quelli con lo stesso credo religioso" (direttore, istituto B); "questa solidarietà l'ho notata. Tra di loro (i detenuti musulmani n.d.r.) l'ho notata assolutamente" (educatore 8, istituto B). Tale solidarietà secondo alcuni intervistati comporterebbe, in particolare durante il periodo del Ramadan, anche la condivisione di alcuni beni di prima necessità.

Un altro aspetto da rilevare che distingue l'Italia dalla Francia e

¹⁵ In seguito all'intervista l'imam ha deciso di fare un sermone proprio sul tema dell'autolesionismo. La mancanza di conoscenza di tale tema potrebbe essere da ricollegare al fatto che l'imam entra da poco in carcere e ha scarse occasioni di confrontarsi individualmente con i detenuti.

dall'Inghilterra è il fatto che sono stati segnalati pochissimi casi di cittadini italiani detenuti convertiti all'islam, mentre negli altri Paesi, dove l'immigrazione è di più lungo corso e l'esperienza coloniale più vicina, tale fenomeno è stato ampiamente rilevato.

In particolare, sono state segnalate tre situazioni di conversione raccontate da tre agenti: un convertito "periodico" (nel senso di ripetute e contraddittorie professioni di fede) che si era convertito, secondo l'agente che ne ha parlato, "per motivi di aperture" (nel senso di agevolazioni di vita detentiva); un altro convertito incerto, "ma non so fino a che punto sia reale e quanto funzionale a qualcosa" (agente 11, istituto B) e un convertito "per amore" per sposarsi con una donna musulmana (agente 12, istituto B). Da queste dichiarazioni si ha quindi la netta sensazione che nella ricostruzione dell'immagine del detenuto islamico che il campo penitenziario produce la figura del cittadino italiano che si converte all'islam sia considerata un'anomalia e una scelta di comodo, legata spesso a strumentalizzazioni relative a benefici nella vita carceraria.

Tra gli elementi che caratterizzano la ricostruzione della realtà carceraria del campo penitenziario italiano vi è anche la figura dell'imam. Tale figura appare nelle interviste come un soggetto ancora largamente sconosciuto a fronte della figura costantemente presente e prevista anche normativamente del cappellano. La presenza del cappellano, agli occhi degli operatori, in realtà dovrebbe garantire anche i diritti dei detenuti islamici. Tale percezione può essere agevolmente spiegata con il fatto che negli ultimi tre mesi prima della ricerca solamente nell'istituto di Torino è stata garantita, secondo quanto raccontato dal mediatore culturale, la possibilità di accesso ad un imam per 45 minuti alla settimana ed esclusivamente per il sermone, in arabo e poi in italiano, ma senza la possibilità di svolgere alcun colloquio con i detenuti, né di essere il destinatario di istanze dai detenuti (la cosiddetta "domandina"). Ciò ha comportato che, come ha rilevato lo stesso mediatore araba e l'imam, il cappellano "ha di fatto svolto l'attività di imam". Infatti, con lui i detenuti islamici hanno avuto colloqui e hanno chiesto beni di prima necessità o per l'esercizio della propria fede. Un episodio interessante in proposito è stato evidenziato dal mediatore culturale: i detenuti gli hanno chiesto di intercedere perché la carne *halal* per il Ramadan fosse acquistata dall'imam e non dal cappellano in quanto avevano l'impressione che a quest'ultimo

proponessero prezzi più elevati probabilmente per il fatto di non essere musulmano.

È interessante osservare come in alcune interviste sono percepite le pratiche religiose islamiche: “sono già predisposte delle ... diciamo ... chiamiamole messe nei rispettivi orari e (durante il Ramadan n.d.r.) gli viene garantita anche una ... diciamo fuori ordinanza” (agente 1, istituto A); “mi sembra che ogni venerdì c’è l’imam che viene [...] a praticare questa religione con la messa” (agente 7, istituto B). Questo dato semantico dell’uso del termine “messa” sembra evidenziare come la rappresentazione dell’esercizio della libertà religiosa si configuri, in parallelo con l’esercizio della religione cattolica, esclusivamente come partecipazione al rito religioso, lasciando al di fuori tutte quelle pratiche (preghiera quotidiana, un certo tipo di alimentazione etc.) che invece sono essenziali per la religione islamica.

Dalle interviste con l’imam e col mediatore è emerso chiaramente il desiderio che i detenuti esprimerebbero di poter colloquiare con l’imam, ma ciò sarebbe impedito da ostacoli giuridici che rendono la figura dell’imam non perfettamente assimilabile ad un ministro di culto. In questo senso, entrambi gli intervistati hanno auspicato come atto a favorire l’esercizio della religione islamica in carcere la stipula di un’Intesa tra Stato italiano e Comunità islamiche¹⁶. Intesa che, invece, esiste per molte altre confessioni religiose.

Un’altra figura sostanzialmente assente dall’immaginario del campo penitenziario è quella del mediatore culturale: l’importanza di tale figura è stata segnalata in modo diretto solamente da due educatori, che, tra gli strumenti di garanzia per l’esercizio della libertà religiosa, hanno individuato tale figura: “sicuramente avere un mediatore culturale [n.d.r. sarebbe positivo]” (educatore 2, istituto A); “penso ad un servizio di mediazione culturale [...] operatori che possano in qualche comunicare non solo con loro, ma anche con le istituzioni, gli uffici ” (educatore 9, istituto B).

¹⁶ Le difficoltà a stipulare tale intesa sono dovute anche alla struttura acefala della religione islamica nell’ambito della quale esistono diverse comunità di musulmani, è assente una figura apicale equivalente al papa cattolico e pertanto è problematico individuare interlocutori legittimati a rappresentare tale religione.

4.2. Elementi in comune con Francia e Inghilterra

Occorre in primo luogo segnalare una rilevante differenza tra i Paesi interessati alla nostra comparazione: in Inghilterra il trattamento dei detenuti è improntato al rispetto del principio della diversità, mentre in Francia (J. A. Beckford, D. Joly, F. Khosrokhavar, 2005) e in Italia si privilegia il rispetto del principio di uguaglianza tra tutti i cittadini. Tale diversità di approccio ha delle conseguenze rispetto all'esercizio della libertà religiosa in carcere; in particolare, alcune problematiche sono comuni alla situazione italiana e a quella francese.

La mia ricerca in tale prospettiva ha evidenziato una percezione analoga da parte del personale dei due Paesi rispetto alla propensione dei detenuti musulmani ad avanzare più frequentemente di altri detenuti richieste e lamentele (sotto questo profilo si è rilevata un'analoga percezione da parte dell'area educativa e da parte della polizia penitenziaria). Gli operatori penitenziari tendono a percepire questo tipo di detenuti come fonte di un extra lavoro, anche a causa delle richieste volte a garantire la professione della loro fede religiosa. Espressione di fede, tuttavia, che viene spesso interpretata come strumentale rispetto all'ottenimento di privilegi relativi al regime detentivo. Alcuni operatori sembrano nutrire seri dubbi sulla autenticità della professione di fede di alcuni detenuti che si definiscono musulmani. Quest'ultimo aspetto è evidenziato da alcuni intervistati raffrontandolo con la propria condizione religiosa.

“Sì, ci sono musulmani più fedeli o credenti e altri che lo utilizzano solo come scusa ... se lo ricordano solo per il Ramadan che diventano tutti islamici ... io non lo condivido perché se sei fedele a una religione lo sei sempre ... e questa è una cosa che non condivido ... io sono cattolico e rispetto tutte le regole sempre, non solo a pasqua” (agente 10, istituto B).

Altri intervistati sottolineano che spesso si tratta di una scelta di convenienza per poter uscire dalle camere di pernottamento e partecipare ad attività di gruppo. “Chi è veramente devoto ogni sera prega all'interno delle celle” (agente n. 7, istituto B). Un altro agente precisa: “Ci sono molti musulmani a convenienza che non partecipano alla preghiera, ma reclamano carne che non possono mangiare” (agente 8, istituto B). E un

altro ancora: “ci sono (n.d.r. i musulmani) periodici¹⁷ per motivi di aperture (n.d.r. delle celle)” (agente 10, istituto B).

Sembra emergere negli intervistati una suddivisione binaria dei detenuti musulmani tra quelli considerati “veri” e quelli che lo sono “per convenienza”, per acquisire qualche benefit supplementare come poter partecipare al pasto insieme durante il Ramadan o per uscire dalla cella per la preghiera collettiva. In tale prospettiva, che possano esistere una buona parte di detenuti musulmani non sinceramente praticanti è comprovato dal fatto stesso che si tratta di soggetti che hanno violato la legge penale e pertanto non possono essere definiti “buoni musulmani”: “già il fatto che un musulmano finisca in carcere vuol dire ... che non è un buon musulmano ... quello lo dicono loro” (agente n. 11, istituto B). La stessa difficoltà che questi detenuti incontrano nell’aver contatti con un imam viene letta come la conferma che gli imam stessi si rifiutano di lavorare in carcere per non doversi confrontare con persone irrispettose dei precetti islamici. “Potrebbero entrare, come dire, gli imam, ma vuoi per problemi attinenti alla sicurezza, vuoi anche per l’opinione negativa che gli stessi imam hanno dei detenuti ... i rappresentanti del culto islamico io qui non ne ho mai visti” (educatore 5, istituto B); “abbiamo poi scoperto che per l’imam chi è in carcere non è considerato fratello da seguire” (educatore 10, istituto B).

In ogni caso alcuni operatori sembrano ritenere che anche il modo di essere “vero” musulmano “dentro” diverga dal modo di essere musulmano “fuori”. Inoltre, secondo alcuni di essi, avendo più tempo a disposizione, molti reclusi recuperano forme di religiosità assenti in stato di libertà, mentre secondo altri la presenza di norme interne al carcere comporta un’incompatibilità con il rispetto di alcune prescrizioni: “sicuramente in carcere si comportano diversamente e trasgrediscono un po’ di più alla loro fede” (educatore 2, istituto A).

La percezione in generale non sempre positiva dei reclusi di fede musulmana potrebbe favorire inoltre condotte da parte degli operatori tipiche del sistema di privilegi che regola le relazioni custodi-custoditi all’interno delle istituzioni totali (E. Goffman, 1961). Potrebbe accadere

¹⁷ Qui ritorna il termine periodico che abbiamo visto essere presente anche nella descrizione di un detenuto convertitosi all’islam all’interno del carcere.

che alcuni beni, come il tappeto per la preghiera fornito dal consolato per i detenuti islamici, vengano assegnati solamente a quei reclusi che mostrano di seguire i precetti individuati come peculiari dell'islam dagli operatori stessi, oppure a chi presenta segni fisici specifici che comprovano tale fedeltà ai precetti religiosi, come la barba lunga: “c'è una connotazione fisica che distingue queste persone, almeno mi è parso di capire, rispetto a questo taglio della barba che è scurissima con presenza più o meno folta di capelli dove esistenti” (educatore 10, istituto B) come la presenza di un callo sulla fronte che segnala la propensione a svolgere frequentemente le preghiere: “chi prega, almeno chi fa pratica effettiva all'interno dell'istituto, ha una sorta di callo (sulla fronte n. d. r.), io lo chiamo una sorta di bollino di forma rotondeggiante [...] e ne ho visto pochissimi, che mi risultino praticanti veri pochi, che rispettino gli orari della preghiera ...” (educatore 10, istituto B).

Infine, analogamente a quanto hanno indicato alcune ricerche svolte in Francia (F. Khosrokhavar, 2004), i reclusi musulmani sono identificati con gli arabi, in particolare con i musulmani che arrivano dal nord Africa. Emblematica, a tal proposito, l'affermazione di un agente che si riferiva alla partecipazione collettiva al Ramadan da cui emerge la percezione che gli islamici provengano dalla stessa zona e siano arabi. È “fuori dal Ramadan ... se questi qua devono avere un contenzioso ce l'hanno... però in quel momento si rivedono come arabi” (agente 7, istituto B). Da questa affermazione viene chiarito come ciò che accomuna normalmente i detenuti musulmani nella percezione degli operatori è *in primis* la provenienza dalla penisola arabica e solo in seconda battuta il credo religioso.

5. Conclusioni

I risultati della ricerca sembrano confermare come il campo del penitenziario, e in particolare l'amministrazione penitenziaria e, al suo interno, in particolare l'ambito custodiale, tenda a percepire le garanzie previste dall'ordinamento a tutela della professione di fede delle persone recluse di religione musulmana in termini quasi esclusivamente securitari. Si tratta di un approccio di costruzione del problema che pone l'accento sul legame tra radicalizzazione e islam e che è così comune al

settore penitenziario da essere stato condiviso anche istituzionalmente dai Tavoli sugli Stati generali dell'Esecuzione penale: fin dal titolo di uno dei documenti redatti nell'ambito dei lavori del tavolo 7, denominato *Stranieri, fenomeni di radicalizzazione e libertà religiosa*, si mette infatti in relazione la libertà religiosa con la radicalizzazione. Il detenuto musulmano viene definito attraverso le pratiche di controllo e di monitoraggio a cui è sottoposto. Infatti, come precisato, "l'Ufficio Ispettivo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria effettua un monitoraggio, in ogni Istituto di Pena del territorio nazionale al fine di rilevare: come avviene la preghiera, i nominativi di tutti coloro che accedono dall'esterno in qualità di imam, mediatori culturali o assistenti volontari, i nominativi e le relazioni comportamentali dei detenuti che guidano la preghiera, che si rendono promotori delle istanze degli altri ristretti o che comunque risultano essere carismatici e dei convertiti da altre professioni religiose. Sono analizzati i dati che riguardano i quotidiani aspetti di vita penitenziaria, normalmente e legittimamente già in possesso delle Direzioni degli Istituti, e che si riferiscono all'osservazione del comportamento dei soggetti e dei loro contatti con l'esterno, come i flussi di corrispondenza, i colloqui, le telefonate, le somme di denaro ricevute ed inviate. Le risultanze dell'attività di monitoraggio sono analizzate congiuntamente in sede di Comitato di Analisi Strategica Antiterrorismo (CASA), di cui il DAP fa parte insieme alla Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza e Agenzie per la sicurezza Interna (AIS) ed Esterna (AISE), con riunioni tecniche finalizzate a realizzare una lista dei soggetti di interesse e valutare gli interventi da intraprendere anche eventualmente all'atto della scarcerazione (es. espulsione, riservata vigilanza, inserimento in Schengen, etc.)"¹⁸.

Per quanto di tali attività di monitoraggio abbiano trattato soltanto due intervistati¹⁹, è plausibile che tali pratiche possano portare alla

¹⁸ Disponibile all'indirizzo: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.wp?facetNode_1=0_2&facetNode_3=1_0%282015%29&facetNode_2=0_2_10&previousPage=mg_1_12&contentId=SPS1181698 (14 maggio 2017).

¹⁹ In particolare, un agente ha segnalato che esistono tre tipologie di controllo riservate ai detenuti islamici, ovvero "la segnalazione", l'"attenzione" e il "monitoraggio" (esclusivo dei detenuti a forte rischio di terrorismo islamico del circuito A3). In un'altra intervista, un operatore ha precisato che gli uffici superiori "dicono che se c'è un

diffusione all'interno del carcere di una costruzione dell'immagine del detenuto musulmano incentrata su questi obiettivi di controllo e di prevenzione del rischio terrorismo. L'esiguità numerica di tali riferimenti espliciti a tale rischio potrebbe attribuirsi al fatto che non si è ancora diffusa capillarmente una rigorosa assimilazione tra la categoria "detenuto musulmano" e "detenuto radicalizzato", anche perché in Italia, diversamente da quanto accaduto in altri Paesi europei, non si sono ancora registrati dei casi di radicalizzazione di detenuti che abbiano effettuato in seguito atti terroristici.

Ciò che emerge da questa ricerca, tuttavia, sono le possibili ricadute negative di una costruzione dell'immagine del detenuto musulmano eccessivamente legata ad aspetti securitari. È emerso, ad esempio, concordemente con le analoghe ricerche francesi e inglesi, che l'assenza dell'imam implica il fatto che i detenuti possano rivolgersi ad altri musulmani detenuti con il rischio, evidenziato anche dal mediatore intervistato, di fornire un ruolo di proselitismo molto rilevante ad individui che non sono sottoposti ad alcun controllo da parte dell'amministrazione penitenziaria.

D'altro canto, l'assenza di risorse umane e economiche per affrontare "la questione religiosa" in carcere deve essere considerata un problema da affrontare. Il reclutamento, ad esempio, di mediatori potrebbe favorire una maggiore comprensione del vissuto e delle prescrizioni previste da parte degli operatori, riducendo le loro valutazioni personali (che, seppur in buona fede, tendono spesso a limitare la libertà di seguire i precetti religiosi) e le occasioni possibili di attrito. Il suo ruolo sarebbe centrale anche nell'ottica di far dialogare l'"interno" con "l'esterno", ponendo in relazione le comunità islamiche presenti sul territorio con i detenuti. La difficoltà sarà peraltro quella di impedire l'identificazione del mediatore con un ennesimo rappresentante dell'istituzione totale, il che renderebbe difficile per queste figure costruirsi una legittimità (sostanziale e non solo formale) per parlare ed essere ascoltati all'interno della comunità carceraria.

Inoltre, la possibilità di far accedere agli istituti come volontari membri di associazioni musulmane potrebbe attenuare la sensazione di soli-

detenuto che vuole fare il leader dobbiamo attenzionarlo. Quindi neanche un detenuto islamico può fare l'imam. È vietato".

tudine e di abbandono che caratterizza queste persone, limitandone il presunto atteggiamento rivendicativo e le pratiche autolesionistiche. In tal modo, l'esercizio dei diritti religiosi (e dei diritti *tout court*) non graverebbe esclusivamente sul cappellano, per quanto questi rimanga un soggetto chiave, essendo già una figura conosciuta nella costruzione della realtà prodotta dal campo penitenziario.

Si deve peraltro rilevare che alcuni segnali verso una maggiore apertura sul tema emergono anche nell'atteggiamento dell'Amministrazione penitenziaria. Alludo in particolare alla stipulazione del Protocollo d'intesa, in data 5 novembre 2015, con l'Ucoii (Unioni e comunità islamiche italiane) per favorire l'accesso di mediatori culturali e dei ministri di culto di fede islamica negli istituti penitenziari. Il Protocollo d'intesa, partendo dalla constatazione della consistenza numerica dell'elevato numero di detenuti stranieri provenienti da Paesi di religione musulmana e rilevando "un forte tasso di autolesionismo da parte dei detenuti stranieri in particolare provenienti dall'area del Maghreb, dovuti principalmente ad una mancanza di riferimenti in carcere ed all'esterno", prevede l'impegno dell'U.CO.I.I. a fornire una lista di persone che interessate a prestare la propria opera di volontario nelle carceri, in qualità di ministri di culto (imam) e mediatori interculturali, ai sensi degli articoli 17 O.P. e 35 R.E., previo l'impegno dell'Amministrazione Penitenziaria ad effettuare su di essi i dovuti controlli per le necessarie autorizzazioni all'ingresso e a garantire ai medesimi una formazione specifica. Con la Circolare 2 dicembre 2015²⁰ si è dato inizio ad una prima fase di sperimentazione del protocollo, che avrebbe dovuto durare sei mesi in otto carceri: Casa Circondariale Verona; Casa Circondariale Modena; Casa Circondariale Torino; Casa Circondariale Cremona; Casa Reclusione Milano "Opera"; Casa Reclusione Milano "Bollate"; Casa Circondariale Brescia "Cantori Mombello"; Casa Circondariale Firenze "Sollicciano". Se l'attuazione di questo Protocollo sarà in linea con gli obiettivi ufficiali che si prefigge, ciò potrebbe costituire l'avvento di un soggetto estraneo al campo giuridico del penitenziario che potrebbe diventare uno *stakeholder* di cui l'Ammi-

²⁰ Disponibile all'indirizzo https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_8_1.page;sessionId=EdiVHc1sKnxqff4SYnf3AMp+?facetNode_1=0_2&facetNode_2=4_10&facetNode_3=0_2_6&facetNode_4=0_2_6_9&contentId=SDC1252173&previousPage=mg_1_8

nistrazione penitenziaria dovrebbe tenere conto in futuro, similmente a quanto avvenuto con le ASL per la sanità penitenziaria (cfr. articolo di C. Sarzotti in questo numero della rivista).

Riferimenti bibliografici

Beckford Jim, Gilliat Ray Sophie (1998), *Religion in Prison*, Cambridge University Press, Cambridge.

Beckford Jim, Joly Daniele, Khosrokhavar Farhad (2005), *Muslims in Prison: Challenge and Change in Britain and France*, Macmillan Palgrave, Basingstoke.

Bourdieu Pierre, Wacquant Loïc (1992), *An invitation to Reflexive Sociology*, The University of Chicago Press.

Chizzoniti Antonio G., Tallacchini Mariachiara (2010), a cura di, *Cibo e religione: diritto e diritti*, Libellula Edizioni, Tricase (Le).

Chrysochou Xenia (2006), *Diversità culturali*, Utet, Torino.

Di Motoli Paolo (2013), *I musulmani in carcere: teorie, soggetti, pratiche*, in *Studi sulla questione criminale*, n. 8, pp. 75-98.

Doise Willem, Clemence Alain, Lorenzi, Cioldi Fabio (1995), *Rappresentazioni sociali e analisi dei dati*, il mulino, Bologna.

Doise Willem (1986), *Les représentations sociales: définition d'un concept*, in Doise Willem e Palmonari Augusto, a cura di, *L'étude des représentations sociales*, Neuchâtel-Paris: Delachaux et Niestlé, pp. 81-94.

Doise Willem (2002), *La forza delle idee. Rappresentazioni sociali e diritti umani*, il mulino, Bologna.

Khosrokhavar Farhad (2004), *L'islam dans les Prisons*, Balland, Paris.

Fabretti Valeria e Rosati Massimo (2012), *L'assistenza religiosa in carcere. Diritti e diritto al culto negli istituti di pena del Lazio*, CSPS Università di Roma Tor Vergata, Roma, in: http://www.ristretti.it/commenti/2012/ottobre/pdf3/lazio_religione.pdf

Ferrari Silvio (2008), *Introduzione al diritto comparato delle religioni*, il Mulino, Bologna.

Fetzer Joel S., Soper J. Christopher (2006) *Muslims and the State in Britain, France and Germany*, Cambridge University Press, Cambridge.

Gennaro Roberto M. (2008), *Religioni in Carcere*, in *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, n. 1, p. 71-103.

Goffman Erving (1961), *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, ed. 2001, Edizioni di Comunità, Torino.

Hallaq Wael B. (2009), *Introduzione al diritto islamico*, il Mulino, Bologna.

Hallaq Wael B. (2009), *Shari'a: Theory, practice, transformations*, Cambridge University press, Cambridge.

La Sala Giovanni (2012), *Il rischio di proselitismo religioso di matrice islamica*.

La gestione della socialità, in Ministero della Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, *Quaderni ISSP, La radicalizzazione del terrorismo islamico*, pp. 73 e ss.

Manzi Luca (2012), *Imam nelle carceri francesi*, in *Le due città*, ottobre, pp. 58-60.

Quaderni ISSP (2012), *La radicalizzazione del terrorismo islamico. Elementi per uno studio del fenomeno di proselitismo in carcere*, n. 9, giugno 2012 disponibile all'indirizzo https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/radicalizzazione__del__terrorismo_islamico.pdfhttp://www.giustizia.it/resources/cms/documents/radicalizzazione__del__terrorismo_islamico.pdf

Rhazzali Mohammed K. (2010), *L'Islam in carcere*, Franco Angeli, Milano.

Sarg Rachel e Lamin Anne Sophie (2011), *La religion en prison. Norme structurante, réhabilitation de soi, stratégie de résistance*, in *Archives de sciences sociales des religions* [En ligne], 153 | janvier-mars 2011, mis en ligne le 15 juin 2011.

Sarzotti Claudio (2010), *Il campo giuridico del penitenziario: appunti per una ricostruzione*, in Santoro E., (a cura di), *Diritto come questione sociale*, Giappichelli, Torino.

Schacht Joseph (1995), *Introduzione al diritto musulmano*, Fondazione Giovanni Agnelli, Torino.

Scolart Daniela (2013), *L'Islam, il reato, la pena dal fiqh alla codificazione del diritto penale*, Istituto per l'oriente, Roma.

Rubrica giuridica*

* **Rubrica giuridica:** Il diritto rappresenta tradizionalmente il quadro formale entro il quale si muovono tutti gli operatori del sistema penale e penitenziario. Questa accezione formalistica, tuttavia, rischia di far passare in secondo piano quegli elementi sociali, economici, culturali e politici che fanno del fenomeno giuridico un aspetto essenziale per comprendere la società stessa e le sue trasformazioni nel corso del tempo. In tale prospettiva, questa rubrica vuole dare spazio a letture giuridiche delle questioni trattate che tengano ben presente quello che i sociologi del diritto hanno chiamato diritto vivente, al preciso scopo di interessare una cerchia di lettori che vada al di là del ristretto pubblico dei giuristi.

V[^] Edizione National Essay competition Elsa Italia 2016

Ogni anno la sezione italiana di ELSA (*The European Law Students' Association*), la più grande associazione al mondo di giovani giuristi, organizza una National Essay Competition, una competizione che consente ai partecipanti di mettere alla prova le proprie capacità di scrittura su temi giuridici, attraverso la stesura di un saggio in lingua italiana. La V[^] edizione, con la collaborazione dell'Associazione Antigone, ha avuto ad oggetto "*I meccanismi di prevenzione e contrasto alla tortura: ambito internazionale ed italiano*". Ai partecipanti è stato richiesto di scrivere un contributo sulla base di una traccia, elaborata da un comitato scientifico composto dai responsabili di Antigone, avente ad oggetto la storia della fattispecie e richiedendo una valutazione della stessa ad oggi dal punto di vista dell'ordinamento italiano ed internazionale e ultimo, ma non per importanza, l'aspetto sociologico. Il seguente contributo di Silvia Calderoni¹ è risultato vincitore della competizione e l'abbiamo ospitato sulla nostra rubrica giuridica.

L'Italia e il reato di tortura: aspettando Godot

Silvia Calderoni

1. Breve storia della violenza legale

Tormenti e supplizi non sono solo un armamentario del passato, ma tendono a riproporsi nel tempo. Molti autori sono cimentati con la storia della tortura², per questo non è intenzione di chi scrive passarla in rassegna integralmente, ma, senza pretesa di completezza, accennare solo ad alcuni momenti significativi allo scopo di ricostruire gli elementi chiave del discorso.

¹ Silvia Calderoni si è laureata in Giurisprudenza a ottobre 2016 in "Diritti dei detenuti e Costituzione" all'Università di Roma Tre (relatore prof. Marco Ruotolo) con una tesi dal titolo *Tortura e diritti fondamentali: più sicuri o più liberi?*

² Si segnalano ad esempio: P. Fiorelli (1953) o anche G. Riley Scott (1999).

Nell'immaginario collettivo la tortura per antonomasia è la tortura giudiziaria, ossia “qualsiasi procedimento giudiziario con cui si cerchi di estorcere all'imputato o ad altro soggetto processuale, piegandone con forza o artificio la contraria volontà, una confessione o una dichiarazione utile all'accertamento dei fatti, non altrimenti accertati, al fine ultimo di definire il giudizio fondando la sentenza sulla verità così ottenuta” (P. Fiorelli, 1953, I, p. 4). Si tratta della tortura cosiddetta *ad eruendam veritatem*³: ciò implica, oltre alla sofferenza fisica, che si pieghi la volontà (tortura viene dal verbo latino *torqueo*, cioè torcere), che si sopprima la libertà morale del soggetto.

I romani indicavano questa pratica in funzione di mezzo di prova con la parola “quaestio”, interrogatorio, o “quaestio per tormenta”, interrogatorio attraverso afflizione corporale; ma nel periodo repubblicano solo gli schiavi potevano subirla, sia come accusati che come testimoni. In età imperiale, invece, si cominciò ad ammettere la tortura anche nei confronti degli accusati liberi, per i crimini di lesa maestà, di magia, di falso, pur resistendo comunque il privilegio di esserne esentati in qualche caso per gli “honestiores” (*ivi*, I, p. 22 ss.).

L'uso della tortura giudiziaria, però, si diffonde e si radica nella procedura durante l'età del diritto comune. Tra la fine del Duecento e l'inizio del Trecento, in un contesto di progressivo accentramento della giustizia, nasce il procedimento inquisitorio, dapprima come prassi straordinaria, per poi stabilizzarsi. Questo tipo di giudizio, promosso d'ufficio sulla base di qualsiasi notizia di reato e tendendo all'accertamento della verità, fa della tortura il mezzo ideale per l'ottenimento della prova piena, cioè la confessione.

Ma l'affermarsi della tortura è indissolubilmente legato all'Inquisizione Ecclesiastica, in quanto strumento d'elezione nella lotta alle eresie. La Bolla *Ad Extirpanda* di Innocenzo IV, ne autorizza definitivamente l'uso nel 1252, imponendo alle autorità di costringere con la tortura gli eretici a confessare il loro errore (l'essersi allontanati da Dio), nonché a fare i nomi dei loro complici. L'eresia è un crimine non solo religioso ma anche politico: è l'ordine cristiano stesso ad essere messo in discussione,

³ Questa definizione compare nel Digesto in un commento di Ulpiano ad un editto pretorio sull'ingiuria. Cfr. D. 47, 10, 15, 41, in P. Fiorelli (1953, I, p. 187).

per questo l'inquisitore deve ricercare l'ammissione della colpa che re-
instauri la legalità violata⁴. Più che colpire le eresie nel loro impianto
teologico, l'azione degli inquisitori mira dunque all'eliminazione fisica
dei nemici dell'ordine costituito.

Da questo punto di vista il discorso è analogo nel caso della caccia alle
streghe che dilaga in tutta Europa tra il quindicesimo e il diciassettesimo
secolo. Le streghe sono infatti soggetti doppiamente eretici perché usano
la magia per scopi nefasti e adorano Satana, rendendosi colpevoli di
apostasia (cfr. B. P. Levack, 2008, p. 46 ss.). Inoltre, è molto frequente nei
loro confronti anche l'accusa di complotto ordito ai danni della società
e spesso sono gli stessi tribunali secolari a processarle⁵. Jean Bodin, il
teorico della sovranità assoluta, particolarmente allarmato di fronte alla
stregoneria, che considerava un crimine eccezionale, teorizzerà l'uso
di metodi straordinari (tra i quali, appunto, il ricorso alla tortura) per
scoprire la fitta rete di questi cospiratori e, soprattutto, cospiratrici⁶.

Quanto detto finora si riferisce all'uso della tortura come strumento
di ricerca della prova. Non si deve dimenticare però, che con questa
funzione dell'istituto coesiste, dal diritto romano in poi, anche quella
di pena, inflitta a seguito di sentenza. In Italia, ad esempio, tra il
Quattrocento e Seicento le legislazioni locali prevedevano una grande
varietà di reati sanzionati con pene corporali: dal vagabondaggio, alla
bestemmia, ad altri reati non gravi contro l'ordine pubblico. Anche
l'ordinanza criminale francese del 1670 annovera la tortura tra i castighi,
ma la inserisce in una scala gerarchica di gravità in cui essa è seconda

⁴ Cfr. *La Piccola Treccani, Dizionario Enciclopedico*, Vol. V voce *Inquisizione*. In particolare Bernardo Gui, uno dei più noti inquisitori, asserisce nei suoi scritti che il compito dell'Inquisizione è perseguire coloro che si allontanano dalla comunità e non riconoscono l'autorità della Chiesa e del Papa, cioè il fondamento della società medievale.

⁵ Sul tema si consiglia la lettura di un vero e proprio classico di Carlo Ginzburg (1989). In questo testo, l'autore spiega come, tra le altre cose, vi sia una sostanziale continuità tra la propaganda antiereticale contro Catari, Valdesi e Fraticelli e quella contro le streghe, in cui ricorrono le accuse di antropofagia durante i rituali notturni e quelle di complotto contro la società, comuni anche alle persecuzioni contro ebrei e lebbrosi.

⁶ Il riferimento è all'opera *Demonomania degli stregoni*, uscito nel 1580, in cui si elabora quella che oggi chiameremmo una vera e propria legislazione d'emergenza rispetto al fenomeno della stregoneria. Questo testo è citato anche da M. Lalatta Costerbosa, M. La Torre (2013, p. 44 ss.) come esempio di tortura con finalità di lotta al nemico politico.

solo alla morte (la quale, peraltro, poteva essere essa stessa una forma di tortura poiché spesso veniva procurata a seguito di sofferenze acute e prolungate, come nel caso della condanna allo squartamento o alla ruota).

La differenza principale tra la tortura giudiziaria e la tortura con funzione di pena sta nel fatto che mentre la prima avveniva nella totale segretezza dell'istruttoria, la seconda doveva aver luogo nelle pubbliche piazze e alla presenza di quante più persone possibile, per mostrare, attraverso "lo splendore dei supplizi"⁷, l'autorità del potere in tutta la sua magnificenza. Il tormento svolge quindi una funzione esemplare: il popolo è chiamato ad assistere e deve provare terrore, perché ogni infrazione è, di fatto, un delitto contro il sovrano, in quanto la legge è espressione della sua volontà.

Non a caso, una delle critiche degli Illuministi all'impiego di questa pratica si scaglia contro il suo uso politico. Montesquieu, Beccaria e von Sonnenfels sono concordi nell'affermare che l'uso della tortura in chiave esemplare è un attributo tipico di despoti e tiranni, che lo usano per mantenere potere e forza attraverso la paura (cfr. M. La Torre, M. Lalatta Costerbosa, 2013, p. 37 ss.). Il problema dei limiti all'azione statale è un tema particolarmente caro all'Illuminismo: il fatto che molti filosofi abbiano direttamente collaborato con i sovrani, insieme naturalmente all'efficacia di alcune argomentazioni contro istituti giuridici retri come la tortura, ha sicuramente avuto un ruolo chiave nella riforma in senso umanitario del diritto nonché nell'abolizione di queste stesse pratiche.

Questi brevi cenni storici servono a mettere in evidenza la caratteristica principale della tortura: di essere, cioè, uno strumento (di indagine, processuale o di esecuzione penale) legato inevitabilmente all'esercizio del potere punitivo dello Stato. È evidente come oggi il quadro giuridico e politico di riferimento sia completamente diverso e, quindi, come gran parte dei ragionamenti precedenti risultino apparentemente obsoleti. Cionondimeno, è opportuno tenere presente le radici storiche e la matrice concettuale⁸ dell'istituto, anche per comprendere episodi di violenza "istituzionale"⁹ contemporanei. La tortura di cui discutiamo oggi, infatti,

⁷ Questa celebre definizione è di Michel Foucault (1976, pp. 35 ss.).

⁸ Sul punto si veda anche G. Serges (2011).

⁹ L'aggettivo "istituzionale" è contenuto anche nel titolo un testo recentemente pubblicato: C. Peroni, S. Santorso (2015).

non è sicuramente prevista dai codici di procedura né dai manuali di diritto, ed è nella maggior parte dei casi in contrasto con Costituzioni e cataloghi di diritti umani universalmente proclamati. Tuttavia essa conserva ancora un carattere “pubblico” (P. Gonnella, 2013, p. 72) in quanto è sempre posta in essere da funzionari dello Stato (polizia, militari, servizi di sicurezza), in luoghi riconducibili al sistema penale (caserme, prigioni) e, talvolta, è perfino istituzionalmente avallata.

Per tornare ai corsi e ricorsi storici, infine, anche alcune tecniche di “pressione” dei servizi d’intelligence o della polizia di paesi democratici, delle quali è emerso l’uso negli ultimi anni in situazioni belliche o di minaccia terroristica (dalla guerra in Algeria, alla lotta armata in Europa negli anni Settanta, a Guantanamo¹⁰) non sembrano poi essere così cambiate dal Medio Evo: il *waterboarding*¹¹, cioè la somministrazione al suppliziato di grandi quantità di acqua salata o mescolata ad altre sostanze, era già presente nei manuali dei giuristi di diritto comune; e non sono certo un’invenzione moderna la cosiddetta *stress position* o l’interruzione del sonno¹². Ippolito Marsili, giurista vissuto tra fine Quattrocento e

¹⁰ Per una panoramica di esempi di tortura nella recente storia occidentale si veda C. Papa (2004, p. 97 e ss.).

¹¹ In Italia è recentemente emerso un uso pressoché sistematico della tortura del *waterboarding* durante le indagini sulle Brigate Rosse ed in generale nei confronti delle organizzazioni armate. Nel 2013, la Corte d’appello di Perugia, nell’ambito del giudizio di revisione avente ad oggetto la condanna per calunnia di Enrico Triaca, ha ritenuto provata l’esistenza di una squadra, di poliziotti, noti come i cinque dell’Ave Maria, che, ubbidendo agli ordini di Nicola Ciocia, alias prof. De Tormentis, entrava in azione per torturare i brigatisti o i loro presunti complici. Pare che il soprannome fosse stato dato al signor Ciocia dal Vice Questore dell’epoca Umberto Improta. Triaca era, per l’appunto, stato condannato per calunnia dopo aver denunciato di esserne stato vittima. Lo stesso gruppo di persone fu coinvolto anche nella vicenda del sequestro del generale americano Dozier, nel 1982: in questo caso la polizia riuscì a scoprire il luogo dove costui era nascosto e procedere all’arresto dei suoi custodi (poi successivamente torturati a loro volta) grazie al terrificante trattamento subito da Emanuela Arcangeli e Ruggero Volinia. Sul tema cfr. L. Maserà (2014) e l’articolo di Adriano Sofri L’uso della tortura negli anni di piombo, uscito sul quotidiano “Repubblica” il 16 febbraio 2012. Per una panoramica completa delle torture nei cosiddetti “anni di piombo” si rinvia anche alla lettura di M. R. Prette (1998).

¹² Cfr. P. Fiorelli (1953, I, p. 204). La privazione del sonno era anche una delle cinque tecniche di “disorientamento” utilizzata da nei confronti dei detenuti politici

inizio Cinquecento, per esempio, si attribuiva il merito di aver inventato un tormento - la veglia per quaranta ore - che, senza provocare lesioni corporali, si rivelava a suo dire molto più efficace perché aggrediva il sistema nervoso (P. Fiorelli, 1953, I, p. 200). Difficile dire se in questo caso la storia si ripeta come tragedia o come farsa¹³.

2. Costituzioni, diritti umani e ipocrisie universali

Come si diceva, il quadro giuridico di riferimento odierno dall'illuminismo in poi è parecchio mutato. Dopo due guerre mondiali, il nazismo, il fascismo e i loro crimini, la proibizione della tortura è stata sancita nella Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo del 1948 (art. 5) e nella maggior parte di Trattati che prendono in considerazione i diritti umani: dal Patto sui diritti civili e politici del 1966 alle tre Convenzioni di Ginevra, ai cataloghi regionali dei diritti umani (la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo del 1951, quella Americana del 1969 e la Carta Africana dei diritti dell'uomo e dei popoli del 1981). In ognuno di questi accordi la proibizione della tortura è assoluta perché figura sempre tra quelle regole per le quali non sono ammesse deroghe, neanche in situazioni emergenziali (così stabilisce ad es. l'art. 4, par. 2 del Patto sui diritti civili e politici o l'art. 2 della Convenzione di New York di cui si dirà a breve, nonché l'art 15 della CEDU).

Non sono molti, nella Comunità internazionale, gli Stati che non hanno ratificato neanche uno di questi trattati. Oltre ad essere vietata la tortura è anche punita come crimine internazionale (contro l'umanità o di guerra) e pertanto ricade nella giurisdizione complementare della

Irlandesi negli anni Settanta in Inghilterra, così come le posizioni scomode e fisse impiegate, tra gli altri esempi, anche nel carcere di Bolzaneto nel 2001. Si può poi menzionare, per un confronto passato-presente, il manuale redatto dalla Cia negli anni Sessanta e recentemente desecretato dal governo statunitense, il Kubark Counter intelligence Interrogation, che delineava una tipologia di "interrogatorio coercitivo" ispirato all'acronimo DDD (dependancy, debility, dread). Cfr. C. Papa (2004, p. 100).

¹³ "Hegel nota in un passo delle sue opere che tutti i grandi fatti e i grandi personaggi della storia universale si presentano, per così dire, due volte. Ha dimenticato di aggiungere la prima volta come tragedia, la seconda volta come farsa" (K. Marx, ed. 1948, pp. 249-358).

Corte penale internazionale. Dal punto di vista del diritto internazionale generale, non sembrano esserci dubbi¹⁴ sul fatto che il divieto di tortura sia una norma di diritto consuetudinario: depone a favore di questa conclusione da un lato la generale volontà degli Stati di obbligarsi in questo senso alla luce di tutti gli accordi in cui compare; dall'altro il fatto che, quando uno Stato viene accusato di porre in essere o tollerare torture, la linea di difesa adottata tende quasi sempre a scaricare la colpa su singoli funzionari (la retorica delle "mele marce" riguarda anche il nostro paese) o, al limite, di fornire una diversa qualificazione giuridica dei fatti. È raro, tuttavia, che in questi casi sia stata rivendicata la liceità di comportamenti espressamente qualificabili come tortura¹⁵. Tutto ciò conferma che una regola generale esiste ed è percepita come obbligatoria dagli Stati, anche solo a livello formale¹⁶.

Resta quindi da capire che cosa si intenda per tortura nel diritto internazionale. Sotto questo profilo, il trattato più importante è la Convenzione contro la tortura e le altre pene crudeli, inumane o degradanti adottata nel 1984 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. L'art. 1 stabilisce che "ai fini della presente Convenzione, il termine "tortura" designa qualsiasi atto con il quale sono inflitti ad una persona dolore o sofferenze acute, fisiche o psichiche, segnatamente al fine di ottenere da questa o da una terza persona informazioni o confessioni, di punirla

¹⁴ Cfr. B. Conforti (2014), il quale annovera però il divieto di tortura tra i principi generali di diritto riconosciuti dalle Nazioni civili che "costituiscono una categoria sui generis di norme consuetudinarie internazionali, rispetto alle quali la diuturnitas è data dalla loro uniforme previsione e applicazione da parte degli stati all'interno dei rispettivi ordinamenti" (ivi, p. 49). Cfr. anche A. Marchesi, A. Giannelli (2004, p. 141). Sull'interpretazione data dal Tribunale per i crimini nella ex Jugoslavia di cui sotto si veda anche E. de Wet (2004).

¹⁵ Cfr. A. Marchesi (2010, p. 3 e ss.). Secondo questo Autore tale atteggiamento costituisce anche un argomento contrario a quanti sostengono che la "prassi difforme" ed i dibattiti sorti dopo l'11 settembre possano far dubitare della natura di norma consuetudinaria del divieto di tortura.

¹⁶ Del resto, anche la giurisprudenza internazionale propende per annoverare questo divieto tra le norme di diritto internazionale generale, quindi vincolanti per tutti: il Tribunale per la ex Jugoslavia, nella decisione sul caso Furundzija del 1998, ha enunciato gli elementi su cui si fonda questa proibizione nel diritto consuetudinario, ripercorrendo anche i momenti storici della sua affermazione.

per un atto che ella o una terza persona ha commesso o è sospettata di aver commesso, di intimidirla od esercitare pressioni su di lei o di intimidire od esercitare pressioni su una terza persona, o per qualunque altro motivo basato su una qualsiasi forma di discriminazione, qualora tale dolore o tali sofferenze siano inflitti da un funzionario pubblico o da qualsiasi altra persona che agisca a titolo ufficiale, o sotto sua istigazione, oppure con il suo consenso espresso o tacito. Tale termine non si estende al dolore o alle sofferenze derivanti unicamente da sanzioni legittime, ad esse inerenti o da esse provocate”.

Elementi costitutivi sono dunque l’inflizione di un patimento fisico o psichico, le finalità per cui si fa subire alla vittima il dolore (non solo l’estorsione di informazioni ma l’intimidazione o qualsivoglia motivo di vessazione) e, soprattutto, il coinvolgimento dell’apparato statale, nella persona di un funzionario o di chiunque agisca a titolo ufficiale. Ritorna, quindi, la matrice istituzionale di ogni forma di tortura¹⁷.

La Convenzione, inoltre, impone agli Stati Parte una serie di obblighi,¹⁸ il più importante dei quali è quello di criminalizzazione: ognuno deve provvedere affinché nel proprio codice penale “qualsiasi atto di tortura costituisca un reato” e sia sanzionato con pene che “ne prendano in considerazione la gravità” (art. 4). Rispetto a quest’ultima norma sono state proposte interpretazioni che qualcuno ha definito “minimaliste”¹⁹,

¹⁷ In effetti si tratta di una definizione particolarmente ampia, da cui rimarrebbero esclusi solo gli atti di crudeltà gratuita. Eppure, proprio questa estensione e genericità, rischia di consentire interpretazioni quantomeno ambigue come quella data dagli Stati Uniti per cui “si darebbe tortura soltanto là dove l’inflizione di una grave sofferenza risultasse essere il fine immediato e diretto della condotta in questione” e tale intenzione specifica (l’equivalente del nostro dolo) “può essere negata dimostrando la buona fede” ossia dimostrando che chi agisce lo fa con la convinzione di “non provocare un danno prolungato ai prigionieri” (M. La Torre, M. Lalatta Costerbosa, 2013, p. 112).

¹⁸ Ad es. l’obbligo di non respingere o estradare una persona verso uno Stato verso il quale esistono fondati timori che verrà sottoposta a tortura (art. 3); l’obbligo di procedere tempestivamente ad un’inchiesta imparziale in presenza di denunce di tortura (art. 12); l’obbligo di garantire un equo risarcimento alla vittima (art. 14); l’obbligo di provvedere all’“insegnamento ed ad un’adeguata informazione sul divieto del personale civile o militare incaricato dell’applicazione delle leggi, nonché del personale medico (art.10).

¹⁹ Così le definisce Marchesi (2015, p. 24), riferendosi, tra l’altro, al tentativo di difesa italiano di fronte al Comitato per la tortura ed al Comitato per i diritti umani, rispetto alla sua inadempienza di quest’obbligo. Sempre per giustificare (o per colmare) questa

secondo le quali sarebbe sufficiente, ai fini del rispetto dell'obbligo, che le condotte rientranti nell'art.1 fossero già oggetto di fattispecie penali nell'ordinamento. Il Comitato contro la tortura, organo istituito dalla Convenzione stessa con lo scopo di monitorare la sua applicazione, ha invece ormai precisato la necessità di un reato specifico ed autonomo, il quale, tra l'altro, appare più coerente con lo scopo stesso del Trattato che "si propone di sottrarre questa pratica "all'ordinaria amministrazione"" (A. Marchesi, A. Gianelli, 2004, p. 152).

Per quanto riguarda il divieto di tortura previsto nella CEDU all'art. 3 non fornisce una definizione né di tortura né di trattamenti inumani o degradanti. Per appurare quali siano le fattispecie che integrano la violazione di questo divieto - il quale, insieme all'art. 2 (diritto alla vita), gode di "una tutela differenziata e rafforzata rispetto ad altri articoli, in virtù del carattere assoluto e imperativo dei diritti" (G. Cataldi, 2010, p. 180) che garantisce - è opportuno riferirsi ad alcune sentenze della Corte di Strasburgo.

Una pronuncia significativa è quella riguardante il caso Irlanda contro Regno Unito del 18 gennaio 1978 in merito alle cosiddette "cinque tecniche particolari" di interrogatorio per i detenuti politici dell'IRA. In questa decisione la CEDU aveva delineato uno schema, per la verità un poco rigido, sulla base del quale le singole condotte dovevano essere qualificate rispettivamente come tortura piuttosto che come trattamenti inumani o degradanti sulla base dell'intensità di sofferenza che comportavano. Si riteneva necessario il superamento di una soglia di gravità minima, sia per la violazione dell'art. 3, sia come limite interno tra le fattispecie. Insomma, se il trattamento è degradante quando ha ad oggetto principalmente pressioni psicologiche ed umiliazioni nei confronti della vittima, è invece inumano quando affligge prevalentemente il corpo. L'incappucciamento del prigioniero, la scarsa alimentazione, le violenze sonore e le *stress positions*, tuttavia, in questo caso non sono state considerate come pratiche integranti tortura, ma come trattamenti inumani²⁰. Anzi, alcuni

lacuna è stato anche affermato che la definizione di cui all'art.1 sarebbe self executing, dunque suscettibile di applicazione sulla base del solo ordine d'esecuzione. Questo è però impossibile perché si avrebbe un contrasto con il principio di legalità.

²⁰ Cfr. par. 167: "The five techniques were applied in combination, with premeditation and for hours at a stretch; they caused, if not actual bodily injury, at least intense

giudici in quella sede espressero anche opinioni dissenzienti; il membro della giuria Fitzmaurice era convinto del fatto che, poiché il cappuccio consentiva comunque ai prigionieri di respirare, non se ne dovevano ritenere integrati gli estremi²¹.

Del resto, nello stesso anno la Corte di Strasburgo dovette anche pronunciarsi sulla liceità delle punizioni corporali ancora previste da una legislazione britannica del 1927 vigente nell'isola di Man. Qui, un ragazzo quindicenne era stato condannato a subire tre colpi di verga, inferti da un agente in un commissariato, alla presenza del padre e previa denudamento. Nella motivazione della sentenza si legge che è “la natura stessa della pena corporale ad essere degradante perché implica che una persona infligga una violenza fisica ad un'altra” (Tyrer c. Regno Unito, 1978 par. 33); la pena inoltre lede la dignità (in quanto applicata sul posteriore nudo e da sconosciuti) e l'integrità psicofisica, e perciò, ancorché lecita perché prevista dalla legge, deve ritenersi una violazione dell'art. 3. Nella stessa pronuncia si fa anche riferimento, però, alla necessità di interpretare la Convenzione “in the light of present day conditions” (*ivi*, par. 31). Questo aspetto, descritto da qualcuno come carattere “evolutivo” (F. Bilancia, 2004, p. 171 ss.) della giurisprudenza CEDU, assieme alla possibilità di riempire caso per caso di sostanza la formula apparentemente indeterminata dell'art. 3, è stato ulteriormente ribadito nella sentenza Selmouni contro Francia del 1999. In quest'ultima si legge che “certi fatti altre volte qualificati come “trattamenti inumani e degradan-

physical and mental suffering to the persons subjected thereto and also led to acute psychiatric disturbances during interrogation. They accordingly fell into the category of inhuman treatment within the meaning of Article 3. The techniques were also degrading since they were such as to arouse in their victims feelings of fear, anguish and inferiority capable of humiliating and debasing them and possibly breaking their physical or moral resistance. On these two points, the Court is of the same view as the Commission. In order to determine whether the five techniques should also be qualified as torture, the Court must have regard to the distinction, embodied in Article 3, between this notion and that of inhuman or degrading treatment. In the Court's view, this distinction derives principally from a difference in the intensity of the suffering inflicted”.

²¹ L'opinione è riportata da F. Bilancia (2004, p. 171). Sembra che il giudice avesse anche aggiunto: “quale espressione si dovrebbe allora utilizzare per descrivere il fatto di rinchiodere un uomo in una cella completamente chiusa e in compagnia di un branco di topi affamati?”

ti” e non come “tortura”” potranno “ricevere una qualificazione diversa in avvenire”. Affermazione che pare sicuramente rassicurante rispetto alla decisione Irlanda contro Regno Unito.

Un ruolo importante gioca la dignità della persona, il cui livello di protezione nell’ordinamento europeo si è progressivamente elevato. Sulla dignità si è sviluppato un filone giurisprudenziale considerevole che tende a sanzionare come pratiche disumane e degradanti tutte le violenze fisiche e morali inflitte a chiunque sia in situazioni di restrizione della propria libertà da parte dei pubblici poteri (cfr. F. Bilancia, 2004, p. 172). Le violenze poste in essere da agenti di polizia nell’esercizio delle loro funzioni, infatti, poiché hanno l’effetto di “creare dei sentimenti di paura, angoscia e di inferiorità atti a umiliare, avvilitare e a fiaccare la eventualmente la resistenza fisica e morale di una persona (...) rappresentano un attentato alla dignità umana e costituiscono, in principio, una violazione del diritto garantito dall’art. 3” (*ibidem*). Se poi, il dolore o le sofferenze si caratterizzano per la particolare crudeltà con cui sono inflitti si tratta di vera e propria tortura²². Non solo. La giurisprudenza ha anche elaborato una serie di corollari che implicano obblighi positivi legati al medesimo diritto a non subire tali (mal)trattamenti. In primis, stante anche la regola del previo esaurimento dei rimedi interni per accedere ai giudici europei, le autorità statali sono tenute a svolgere un’inchiesta approfondita allo scopo di identificare i responsabili: l’omissione di questo adempimento comporta, in quanto tale, una violazione dello stesso art. 3 (caso Labita contro Italia 2000). Inoltre, sempre con riferimento alla privazione della libertà personale, e posto che chi si trova in una situazione del genere è per ciò stesso più vulnerabile, le autorità sono tenute ad adoperarsi per evitare che chi è detenuto venga sottoposto a qualunque offesa alla propria dignità, rendendosi altrimenti, responsabili di aver infranto l’art. 3.

Sembra, tuttavia, che l’accentuazione di questi principi e la crescente enfasi sui diritti umani, in Europa e nel mondo, siano andate di pari passo con la loro violazione. In questo senso il millennio in corso si è aperto nel peggiore dei modi: gli attentati alle Torri Gemelle hanno portato addirittura giuristi ed intellettuali ad interrogarsi su forme di legalizzazione

²² Il riferimento è qui al caso Aydin c. Turchia del 1997, in cui viene introdotta una lettura della tortura come trattamento inumano particolarmente qualificato. In questo caso tra le condotte annoverate sotto questa definizione c’è anche lo stupro

della tortura di prigionieri o persone ritenute in possesso d'informazioni su imminenti attacchi²³. Mentre gli Stati Uniti re-istituivano i tribunali speciali ed eliminavano le garanzie procedurali nei giudizi relativi ai “nemici combattenti”, il Regno Unito chiedeva una sospensione della CEDU per approvare una legge che consentisse di arrestare e trattenere persone sospette senza limiti di tempo e senza formali imputazioni a carico (cfr. M. Palma, 2010, p. 193 ss.). E questi sono solo alcuni esempi. In tutto il mondo occidentale oggi la sicurezza sembra essere tornata a “svolgere il ruolo che tradizionalmente le hanno assegnato tutti i regimi autoritari, ossia quello della giustificazione della sempre più pervasiva ingerenza dei pubblici poteri nella sfera individuale di libertà dei singoli” (F. Rimoli, 2004, p. 120); il che sembra decisamente ridimensionare l'assolutezza e l'universalità di alcuni diritti come quello a non subire tortura.

In una panoramica sul quadro giuridico che vieta la tortura, non si può trascurare la Costituzione italiana. Nonostante il termine non compaia espressamente, ciò non significa che non siano ricavabili indicazioni puntuali circa il totale rigetto di ogni pratica ad essa affine. L'art. 13, co. 4 sancisce infatti che “è punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque soggette a restrizioni di libertà” e salta subito agli occhi come sia l'unico obbligo di criminalizzazione nella Carta. Si tratta di una norma che per i padri costituenti, anche alla luce del momento storico e delle varie esperienze personali, aveva una notevole importanza: “la nostra Costituzione deve essere, infatti, una costituzione antipoliziesca, in quanto è antifascista; e, purtroppo, fino a tanto che non verrà meno quel diaframma, quella reciproca diffidenza, tra polizia da una parte e cittadini dall'altra, io credo che sia opportuno che tale divieto sia espressamente e categoricamente sancito nella nostra Carta Costituzionale” (AC. 2687, 2688) dichiarava, ad esempio, l'onorevole Bettiol durante la discussione in Assemblea Costituente.

²³ Si possono menzionare ad es. A. M. Derschowitz (2004), esempio di intellettuale “di regime” durante l'amministrazione Bush e per l'Europa il professore tedesco Winfried Brugger, il cui pensiero è riportato anche da M. La Torre, M. Lalatta Costerbosa (2013). In Italia, ha aderito a questo tipo di argomentazioni Angelo Panebianco, nell'articolo *Il compromesso necessario. Sicurezza e fondamentalisti della legalità* uscito sul “Corriere della sera” 13 agosto 2006. Contro le sue posizioni, invero poco garantiste, Franco Cordero, Gustavo Zagrebelski, Stefano Rodotà ed altri, hanno a loro volta preso posizione sulle colonne del quotidiano “Repubblica”.

L'art. 13, co. 4, peraltro, va letto insieme ad una serie di altre previsioni: l'art. 27 co. 3, naturalmente, che vieta pene contrarie al senso di umanità e alla rieducazione del condannato; l'art. 28,²⁴ che stabilisce la responsabilità civile, penale e amministrativa, dei funzionari e dipendenti dello Stato per gli atti commessi in violazione dei diritti; e, infine, gli art. 10 e 117 co. 1, che vincolano lo Stato al rispetto delle norme consuetudinarie e dei vincoli derivanti dall'ordinamento internazionale (in base al quale abbiamo visto il divieto di tortura essere norma di *jus cogens*). Se poi consideriamo l'obbligo di rimuovere gli ostacoli di ordine sociale che limitano di fatto l'eguaglianza dei cittadini di fronte alla legge ed impediscono il pieno sviluppo della loro persona (art. 3, secondo comma), allora forse possiamo farci un'idea di quanto lo Stato italiano sia inadempiente rispetto al proprio dovere di evitare pratiche di tortura nelle caserme, nelle prigioni o in situazioni analoghe, le quali sicuramente non si conciliano col principio personalistico, né con le funzioni della pena indicate nella Carta.²⁵ La casistica delle violenze inflitte in simili circostanze è talmente vasta e nota che non appare opportuno in questo caso richiamarla²⁶. Tuttavia, la sistematicità²⁷ di questi episodi e la constatazione della frequente mancata punizione dei responsabili sono argomenti abbastanza probanti della necessità di introdurre nell'ordinamento non solo una fattispecie di reato di tortura, ma anche di promuovere una concezione diversa delle carceri e dell'intero sistema penitenziario.

²⁴ Il legame con l'art. 28 è palese nella relazione in commissione dell'on. Lelio Basso in Assemblea Costituente che metteva in luce l'intento di "affermare un principio generale di responsabilità, per lo Stato e per i funzionari, per qualunque violazione", o dall'emendamento dell'on. Patricolo che suggeriva di collocare la norma di cui all'attuale art. 13 co.4 in quello che sarebbe divenuto l'art. 28. Cfr. Prima sottocommissione, seduta 17 aprile, p. 55 e AC. 2683.

²⁵ "Della pena la tortura è il calco rovesciato" scrive a questo proposito A. Puggiotto (2014a).

²⁶ Si rinvia, ad esempio, alla lettura di L. Manconi, V. Calderone (2013). Molti casi sono raccontati anche da P. Gonnella (2013). Cfr. anche A. Puggiotto (2014b), il quale, all'interno del paragrafo dal titolo Non ci riguarda riporta una serie di brani di sentenze che hanno ad oggetto episodi di tortura.

²⁷ Il Tribunale penale di Asti, nella sentenza del 30 gennaio 2012 parla di "una prassi generalizzata di maltrattamenti posti in essere verso i detenuti più problematici".

3. Le resistenze culturali italiane all'introduzione del reato

Sul piano dei diritti fondamentali, come già osservato, il millennio in corso è cominciato male. Anche in Italia, il 2001 è stata un anno nero. Le violenze perpetrate dai poliziotti in occasione del G8 di Genova, durante le manifestazioni, nella scuola Diaz e nel carcere provvisorio di Bolzaneto, sono uno degli esempi più eloquenti di quale veste possa assumere la tortura oggi e del suo legame indissolubile con lo Stato che si è dimostrato, in questo caso, quantomeno connivente. Il fatto che due ministri della Repubblica fossero fisicamente presenti a fianco della polizia a dirigere le operazioni di repressione dei manifestanti, avallando di fatto gli abusi sarebbe già abbastanza significativo²⁸. Quanto all'irruzione nella scuola Diaz, poi, anche la Corte di Cassazione ha rilevato come la accertata ed incontrovertita mancanza di indicazione delle "regole d'ingaggio" impartite agli agenti di polizia e di ordini cui attenersi, abbia determinato in loro la "convincione di avere carta bianca"; il che rendeva responsabili per concorso in lesioni anche i loro vertici, che con "consapevole inerzia" avevano di certo rafforzato la certezza dell'impunità. Come noto, però, entrambi i filoni processuali sul G8 - quello sulla "macelleria messicana"²⁹ nella scuola Diaz e quello sulle violenze nella caserma di Bolzaneto - pur avendo accertato violazioni di diritti fondamentali³⁰ e una condotta "violenta e sadica da parte degli operatori di polizia" si sono conclusi con un nulla di fatto poiché la quasi totalità dei reati contestati (per lo più lesioni personali, non esistendo la fattispecie di tortura nel codice penale) si è prescritta. Questo fatto è, da solo, sufficiente a confutare l'obiezione, spesso mossa contro l'introduzione di un reato ad hoc, che esista una batteria di norme repressive adeguate³¹.

²⁸ Cfr. P. Gonnella (2013, p. 89). I personaggi in questione erano l'on. Gianfranco Fini, vicepresidente del Consiglio e Roberto Castelli, Ministro della Giustizia.

²⁹ L'espressione è del comandante del VII Nucleo, Michelangelo Fournier che la ha pronunciata durante un'udienza in Corte d'appello.

³⁰ Cfr. Cass. pen., Sez. V, 5 luglio 2012 (dep. 2 ottobre 2012), n. 38085, Pres. Ferrua, Rel. Savani e Palla e Cass., sez. V, sent. 14.6.2013 (dep. 10.9.2013), n. 3708813.

³¹ Le fattispecie cui si fa riferimento sono ad es. percosse (art. 581 c.p.), lesioni personali (art. 582 c.p.), ingiurie (art. 594 c.p.), sequestro di persona (art. 605 c.p.), arresto illegale (art. 606 c.p.), indebita limitazione di libertà personale (art. 607 c.p.), abuso di autorità contro arrestati o detenuti (art. 608 c.p.), perquisizioni e ispezioni personali arbitrarie (art. 609 c.p.), violenza privata (art. 610 c.p.), minacce (art. 612 c.p.), stato di

La prova della mancata volontà di accertare responsabilità e punire i colpevoli da parte dello Stato in questa vicenda si è resa ancora più evidente nell'atteggiamento tenuto dal Governo nei confronti della richiesta di informazioni relative alla sospensione dal servizio dei responsabili³² da parte della Corte di Strasburgo in sede di decisione sul caso Cestaro³³. Non avendo l'Italia fornito le risposte chieste, i giudici Edu hanno dovuto ritenere integrata anche sotto questo aspetto (oltre che per l'insabbiamento delle indagini da parte della polizia) la violazione degli obblighi procedurali discendenti dall'art. 3.

Appare, dunque, difficile avere fiducia che il Parlamento possa introdurre nell'ordinamento una fattispecie di reato che sia finalmente utile a perseguire comportamenti così vistosamente coperti. Dal 1989 ad oggi sono stati quasi una decina i tentativi di inserire questo delitto nel codice penale, tutti irrimediabilmente naufragati³⁴. Tuttavia, la suddetta sentenza Cestaro del 2015 ha accertato che la violenza posta in essere nella scuola Diaz riveste gli estremi della tortura (che, come si è visto, si caratterizza nella giurisprudenza Edu per l'intensità delle sofferenze e per il grado di intenzionalità); allo stesso tempo, ha constatato che, a causa dell'inadeguatezza strutturale dell'ordinamento italiano, la repressione di questa condotta non è potuta intervenire come sarebbe stato opportuno. La Corte di Strasburgo ha, pertanto, enunciato espressamente la misura generale che l'Italia deve adottare, cioè la predisposizione di strumenti giuridici idonei a colmare questa lacuna. Ne deriva che l'Italia non può rinviare ulteriormente l'introduzione del reato di tortura se non vuole incorrere in altre condanne identiche.

incapacità procurato mediante violenza (art. 613 c.p.).

³² A questo proposito può essere, invece, notato un particolare curioso: poco prima del G8 fu nominato questore a Genova, Oscar Fiorolli, persona tenuta in gran considerazione da Gianni de Gennaro, capo della polizia di allora. Costui aveva parecchia esperienza di situazioni delicate, tra le tante aveva partecipato alle indagini sul sequestro Dozier, incaricandosi personalmente dell'interrogatorio di Elisabetta Arcangeli, che aveva determinato una svolta e che, come ormai è stato dimostrato, non avvenne con metodi particolarmente democratici. Cfr. l'articolo sul quotidiano "Repubblica" di C. Bonini, *Il filo che lega le torture alle Brigate Rosse alle violenze poliziesche di Genova*, 9 gennaio 2013.

³³ Corte EDU, IV sez., sent. 7 aprile 2015, Cestaro c. Italia, ric. n. 6884/11. Cfr. commento di F. Viganò (2015).

³⁴ Dei disegni di legge che si sono arenati dà conto P. Gonnella (2013, p. 41 ss.).

Il disegno di legge³⁵ attualmente in attesa dell'approvazione definitiva da parte del Senato lungi dall'essere soddisfacente, presenta parecchie criticità. Quello che viene introdotto, in primo luogo, è un reato comune, che chiunque può commettere. Tale connotazione, a parere di molti³⁶ suona decisamente inappropriata rispetto alla fattispecie in questione. Come precedentemente si è cercato di dimostrare, infatti, per la sua origine storica, le sue caratteristiche e le modalità con cui statisticamente viene posta in essere, la tortura non può essere ontologicamente considerata come un atto da chiunque perpetrabile, ma un reato commesso esclusivamente da chi agisce nell'ambito di una funzione pubblica. Il disegno di legge, inoltre, parla di “acute sofferenze fisiche e psichiche” al plurale, che può far dubitare che una sola sofferenza, magari non acuta, rientri nella fattispecie. Come qualificare ad esempio l'aver subito lo strappo dei capelli legati in una coda, o la minaccia di stupro?³⁷ Non solo. È richiesto un dolo specifico che non è sempre così agevole da dimostrare: “al fine di ottenere (...) informazioni o dichiarazioni o di infliggere una punizione o di vincere una resistenza, ovvero in ragione dell'appartenenza etnica, dell'orientamento sessuale o delle opinioni politiche o religiose”, recita infatti l'articolato in discussione. Infine, paradossalmente, sarebbero proprio comportamenti come l'irruzione e i pestaggi nella Diaz a non essere punibili dal momento che il testo all'esame del Senato si limita a sanzionare gli abusi nei confronti di persone “affidate” o “comunque sottoposte” ad un’“autorità, custodia o vigilanza”; il che sembrerebbe escludere la punibilità di violenze gravi e indiscriminate durante operazioni di ordine pubblico, prima che le persone siano effettivamente arrestate (cfr. F. Viganò, 2015).

Alla luce di tutto ciò, appare decisamente difficile essere ottimisti. Sembra infatti che l'ostacolo principale alla codificazione di questa fatti-

³⁵ Il testo del disegno di legge n.10-362-388-395-849-874-B, Introduzione del delitto di tortura nell'ordinamento italiano è consultabile all'indirizzo www.senato.it

³⁶ Di questo parere sono ad es. A Puggiotto (2014b, pp. 142-143); P. Gonnella (2014, pp. 72-73); A. Colella (2014); M. Passione (2015, p. 39 ss.).

³⁷ Si tratta di due esempi realmente accaduti. Il primo riguarda una delle vessazioni subite da due detenuti nel carcere di Asti nel 2004, oggi oggetto di un ricorso alla Corte di Strasburgo. Cfr. P. Gonnella (2014, p. 41) e C. Sarzotti (2012) nel quale è pubblicato il testo della motivazione della sentenza; il secondo è invece tratto dalle testimonianze di ragazze trattenute a Bolzaneto, cfr. M. Menegatto, A. Zamperini (2015, p. 101).

specie non consista tanto nella difficoltà di formulazione, quanto in una resistenza culturale a monte. È interessante citare, ad esempio, quanto dichiarato dall'attuale ministro dell'Interno: "Non deve essere concepito come un reato contro la forze di polizia" (cfr. *Tortura, Alfano: Reato non sia contro la polizia. Il caso Diaz è un capitolo chiuso*, in www.repubblica.it, 23 giugno 2015) come a dire che sanzionare un comportamento crudele, disumano e degradante possa essere in realtà "un manifesto" (A. Pugliotto, 2014b, p. 143) contro le forze dell'ordine, invece che una norma a tutela della loro stessa legalità. Perfino un sindacato della polizia ha indetto manifestazioni in varie città italiane contro questa norma la quale, a detta dei promotori "porta con sé un pesante fardello di disprezzo ideologico, il desiderio mai sopito di 'dare una lezione' alle forze di polizia e agli operatori, una sorta di vendetta da parte di chi le divise non le ama e non le vuole"³⁸. Il tutto sembra sottendere un'implicita minaccia: se si offende in questo modo la polizia, prevedendo addirittura che gli agenti rispondano penalmente degli atti commessi in violazione di diritti (fondamentali), come stabilisce l'art. 28 della Costituzione, poi non ci si potrà lamentare quando gli stessi agenti, in situazioni di emergenza, avranno "le mani legate" e non potranno proteggerci adeguatamente.

Questo atteggiamento mentale, alla lunga, nuoce alla democrazia ed al funzionamento stesso dello Stato. Se le istituzioni avallano questo tipo di argomentazioni, non si costituiscono parte civile nei processi come quelli sul G8, non si adoperano per una punizione effettiva dei responsabili anche in posizioni apicali, qualcosa, nel rapporto cittadini-Stato, si rompe. Come evidenziano alcune ricerche (cfr. M. Menegatto, A. Zamperini, 2015, p. 88 ss.), chi ha subito violenze e torture da parte della polizia, sviluppa dei traumi, cosiddetti psicopolitici (*ivi*, p. 102), che inficiano qualunque tipo di relazione con l'apparato statale: ad esempio anche a chiamare i vigili urbani dopo un incidente stradale diventa fonte di terrore per chi associa le esperienze avute alla vista di qualunque divisa. Se questo è ciò che succede a chi è direttamente vittima, anche chi non è stato personalmente coinvolto potrebbe sentirsi tutt'altro che al sicuro se deve avere a che fare con le forze dell'ordine per qualsivoglia motivo;

³⁸ Le dichiarazioni di Tonelli, allora capo del SAP, sono riportate in Salvini: "no al reato di tortura, polizia deve fare il suo lavoro", in www.repubblica.it, 25 giugno 2015.

quindi, evitare in tutti i modi di entrarci in contatto, per esempio omettendo di denunciare fatti penalmente rilevanti. Non punire i responsabili di tortura, lungi dal rendere la polizia più forte, può indebolire le forze dell'ordine e le istituzioni tutte: come farà lo Stato a pretendere rispetto per i propri rappresentanti, per le proprie leggi, per la propria Costituzione se è lo Stato stesso a non rispettare la Carta?

Fintanto che la questione verrà affrontata senza mettere in discussione atteggiamenti radicati e resistenze culturali profonde, senza adottare misure preventive reali (ad esempio, l'introduzione di un codice identificativo per ogni appartenente alle forze dell'ordine) e qualificando la tortura come un reato comune, non si potrà concludere che esista la concreta volontà di porre le basi per risolvere effettivamente il problema. E, come i protagonisti della celebre *pièce* teatrale di Samuel Beckett, *Aspettando Godot*, ci si troverà ad attendere indefinitamente una risposta che non arriva.

Riferimenti bibliografici

Beckett S. (ediz. 1956), *Aspettando Godot*, traduzione di Carlo Fruttero, Einaudi, Torino.

Bilancia F. (2004), *Anche l'Europa condanna la violenza di stato*, in A. Giannelli, M. P. Paternò, a cura di, *Tortura di stato*, Carocci, Roma.

Cataldi G. (2010), *La tortura è tra noi? La portata dell'Art. 3 Cedu nella giurisprudenza della Corte Europea dei diritti dell'uomo*, in L. Zagato, S. Pinton, a cura di, *La tortura nel nuovo millennio. La reazione del diritto*, Cedam, Padova.

Colella A. (2014), *La repressione penale della tortura: riflessioni de iure condendo*, in www.dirittopenalecontemporaneo.it, 22 luglio.

Cermel M. (2010), *Costituzione democratica e tortura* in L. Zagato, S. Pinton, a cura di, *La tortura nel nuovo millennio. La reazione del diritto*, Cedam, Padova.

Conforti B. (2014), *Diritto internazionale*, Editoriale scientifica, Napoli.

Dershowitz A. M. (2004), *Terrorismo*, Carocci, Roma.

de Wet E. (2004), *The prohibition of torture as an International Norm of Jus Cogens and its implications for National and Customary Law* in EJIL.

Falzone V., Palermo F., Cosentino F. (1976), a cura di, *La Costituzione della Repubblica italiana illustrata con i lavori preparatori*, Mondadori, Milano.

Fiorelli P. (1953), *La tortura giudiziaria nel diritto comune*, Giuffrè, Milano, 2 voll.

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

Ginzburg C. (1989), *Storia notturna. Una decifrazione del sabba*, Einaudi, Torino.

Gonnella P. (2013), *La tortura in Italia. Parole, luoghi e pratiche della violenza pubblica*, DeriveApprodi, Roma.

Innes B. (1999), *La storia della tortura*, L'Airone, Roma.

Levack B.P. (2008), *La caccia alle streghe in Europa agli inizi dell'età moderna*, Laterza, Roma- Bari.

Lalatta Costerbosa M., La Torre M. (2013), *Legalizzare la tortura? Ascesa e declino dello stato di diritto*, il Mulino, Bologna.

Manconi L., Calderone V. (2013), *Quando hanno aperto la cella. Storie di corpi offesi. Da Pinelli a Uva, da Aldovrandi al processo per Stefano Cucchi*, il Saggiatore, Milano.

Marchesi A., Giannelli A. (2004), *Il paradosso della tortura: assolutamente vietata ma universalmente diffusa*, in A. Giannelli, M. P. Paternò, a cura di, *Tortura di stato*, Carocci, Roma, p. 139 ss.

Marchesi A. (2015), *Gli obblighi internazionali di criminalizzazione della tortura e la vicenda italiana*, in C. Peroni, S. Santorso, a cura di, *Per uno stato che non tortura. Diritto, saperi e pratiche contro la violenza istituzionale*, Mimesis, Milano.

Marx K., (ediz. 1948), *18 brumaio di Luigi Bonaparte*, in K. Marx, F. Engels, *Il 1848 in Germania e in Francia*, Edizioni Rinascita, Roma.

Masera L. (2014), *Il prof. De Tormentis e la pratica del waterboarding in Italia*, in "Diritto penale contemporaneo", 4 aprile, a commento della citata sentenza della Corte d'appello di Perugia n. 1130/2013.

Menegatto M., Zamperini A. (2015), *Tortura e democrazia: analisi psicosociale*, in C. Peroni, S. Santorso, a cura di, *Per uno stato che non tortura. Diritto, saperi e pratiche contro la violenza istituzionale*, Mimesis, Milano.

Pugiotto A. (2014a), *Il volto costituzionale della pena (e i suoi sfregi)*, in M. Ruotolo, a cura di, *Il senso della pena. Ad un anno dalla sentenza Torreggiani della corte EDU*, Editoriale Scientifica, Napoli, p. 15 ss.

Pugiotto A. (2014b), *Repressione penale della tortura e costituzione: anatomia di un reato che non c'è*, in "Diritto penale contemporaneo", 2.

Riley Scott G. (1999), *Storia della tortura*, Mondadori, Milano.

Rimoli F. (2004), *Più sicuri o più liberi? Uso della tortura e bilanciamento tra valori*, in A. Giannelli, M.P. Paternò, a cura di, *Tortura di stato*, Carocci, Roma, p. 115 ss.

Serges G. (2015), *L'introduzione dei reati di tortura in Italia ed in Europa quale corollario della tutela "fisica e morale" della persona umana "sottoposta a restrizioni di libertà"*, in *I diritti dei detenuti*, Fascicolo 2, (www.costituzionalismo.it).

Serges G. (2011), *La tortura giudiziaria. Evoluzione e fortuna di uno strumento d'imperio*, in L. Pace, S. Santucci, G. Serges, a cura di, *Momenti di storia della giustizia. Materiali di un seminario*, Aracne, Roma, pp. 229-346.

Papa C. (2004), *La democrazia violenta. Breve storia della tortura in Occidente*, in A. Giannelli, M. P. Paternò, a cura di, *Tortura di stato*, Carocci, Roma, p. 97 ss.

Palma M. (2010), *Inquietudini del nuovo millennio*, in L. Zagato, S. Pinton, a cura di, *La tortura nel nuovo millennio. La reazione del diritto*, Cedam, Padova.

Passione M. (2015), *Il reato che non c'è; quello che ci serve*, in C. Peroni, S. Santorso, a cura di, *Per uno stato che non tortura. Diritto, saperi e pratiche contro la violenza istituzionale*, Mimesis, Milano.

Paternò M.P. (2004), *La critica alla tortura dell'illuminismo giuridico settecentesco*, in A. Giannelli, M. P. Paternò, a cura di, *Tortura di stato*, Carocci, Roma.

Prette M. R. (1998), a cura di, *Le Torture affiorate, Sensibili alle foglie*, Tivoli (RM).

Sarzotti C. (2012), *La carogna da dentro a me. Pièce teatrale liberamente tratta da una sentenza penale*, con post-fazione di M. Palma, Edizioni Gruppo Abele, Torino.

Viganò F. (2015), *La difficile battaglia contro l'impunità dei responsabili della tortura: la sentenza della Corte di Strasburgo sui fatti della scuola Diaz e i tormenti del legislatore italiano*, in "Diritto penale contemporaneo", 9 aprile.

Giustizia penale e discriminazione: i profili e le insidie a partire dal caso statunitense *Buck vs. Davis*

Perla Arianna Allegri e Benedetta Perego

“*Our law punishes people for what they do, not who they are*”. È con queste parole che la Corte suprema statunitense argina con la sua pronuncia la discriminazione fondata sul fattore della razza. *Duane Edward Buck v. Lorie Davis* rappresenta il caso emblematico del pregiudizio razziale fondato sul colore della pelle. Buck, afroamericano, veniva accusato di omicidio nei confronti della ex fidanzata e di un amico di lei. Alla giuria chiamata a giudicarlo veniva dato il potere di decidere tra l’ergastolo e la pena di morte, quest’ultima da infliggere solo previa deliberazione all’unanimità, al di là di ogni irragionevole dubbio e qualora si potesse ravvisare una probabilità che il condannato potesse commettere reati violenti anche in futuro, rappresentando così una continua minaccia per la società.

A tal proposito, l’avvocato difensore di Buck faceva confluire tra gli elementi di prova la relazione del dott. Quijano, psicologo esperto ed accreditato, il quale, pur sostenendo quanto fosse improbabile che Buck rappresentasse un pericolo per la società ed escludendo la sua pericolosità futura (*future dangerousness*), introduceva, tuttavia, nello stesso documento peritale un potente stereotipo: l’innata inclinazione alla violenza propria delle persone di colore.

Nella determinazione della *future dangerousness*, invero, l’esperto esaminava sette fattori statistici di cui tener conto nel giudizio sulla pericolosità sociale, il quarto dei quali rappresentava la razza e, nello specifico: “*4. Race. Black: Increased probability. There is an over-representation of Blacks among the violent offenders*”.

Al momento della *cross examination*, alla domanda diretta della pubblica accusa volta ad acclarare se il fattore razza incidesse sulla futura pericolosità del soggetto, il dott. Quijano rispondeva affermativamente, orientando così, inesorabilmente, la pronuncia della giuria che, non ravvisando attenuanti di alcun genere, condannava a morte Duane Buck.

Dopo alcuni ricorsi esperiti a livello federale, Buck, che mai sollevava la questione della discriminazione razziale del dott. Quijano, giungeva ad impugnare la propria condanna davanti alla Corte suprema americana contestando la violazione del suo diritto ad avere una difesa effettiva ed appellandosi al VI emendamento della Costituzione americana.

Considerando alcuni precedenti della Corte (si legga *Strickland v. Washington*), perché il VI emendamento possa considerarsi violato debbono coesistere simultaneamente due presupposti: la gravità dell'errore tecnico della difesa e l'efficacia causale dello stesso rispetto al risultato finale nei confronti del soggetto imputato.

La Corte suprema ravvisò entrambe le condizioni nel caso *Buck v. Davis*: il clamoroso errore dell'avvocato difensore, nel far confluire volutamente la relazione del dott. Quijano tra gli elementi di prova, incise inequivocabilmente sul giudizio finale della giuria, condizionata da un dato ritenuto scientifico ed in grado, pur rivelatosi poi niente più che un iniquo stereotipo razziale, di condurla a pronunciare la condanna a morte di un uomo sulla base del colore della sua pelle.

Il giudice estensore della Corte Suprema, Roberts, emise la sentenza all'esito di una votazione conclusasi a maggioranza di 6 voti contro 2 affermando che “*Buck may have been sentenced to death in part because of his race*” e che fondare un giudizio muovendo da questo tipo di assunto nell'ambito del sistema di giustizia penale statunitense violerebbe ogni fondamento di quel medesimo sistema poiché la legge americana punisce le persone per quello che fanno, non per chi sono (“*Our law punishes people for what they do, not who they are*”). Pertanto, l'erogazione di una pena sulla base di una caratteristica immutabile, connaturata all'uomo, contravviene categoricamente a questo principio guida.

La sentenza in commento, pur pronunciandosi su un caso evidentemente limite e che non può prescindere dalle particolarità del contesto statunitense, torna a far parlare di un argomento mai sopito e mai sconfitto da quello stendardo che pure campeggia in molti tribunali del mondo, a partire dai nostri: la legge è uguale per tutti.

Invero, a distanza di oltre vent'anni dalle più forti denunce della sociologia giuridica rispetto alla netta discriminazione dell'uomo di colore all'interno del processo penale - inteso in senso lato, dal momento di apertura delle indagini all'istante esecutivo della condanna - (su tutti: E.

Sutherland & D. Cressey, 1996), la discriminazione, nelle sue più ampie sfaccettature, pare continuare ad esercitare la propria indebita influenza sul *sentencing* penale.

Che tale allarmante e risalente fenomeno non sia relegato alla sola realtà degli Stati Uniti d'America (da sempre patria della discriminazione strutturale – A. Aguirre & D. Baker, 2007), ma che, al contrario, non possa essere ignorato da un'analisi consapevole dei sistemi giudiziari europei può evincersi da un dato di facile reperimento: la costante sovra-rappresentazione delle minoranze etniche negli istituti penitenziari, di cui l'Italia è primo esempio¹.

La selettività discriminatoria del sistema penitenziario si registra in Italia, con importanti discrasie percentili tra gli stranieri sul territorio italiano e coloro coinvolti nell'*iter* processuale penale, da almeno dieci anni a questa parte ed è conferma di un utilizzo distorto dello strumento penale, asservito a dinamiche di natura politica ed alla (asserita) risoluzione di problematiche sociali, a partire dal fenomeno migratorio (M. Pavarini, 2002).

La pronuncia della Corte Suprema statunitense in relazione al caso *Buck v. Davis*, dunque, pur non rappresentando un contributo giurisprudenziale rivoluzionario, è utile e pregevole nella misura in cui sa incentivare consapevolezza, se non sociale quanto meno degli operatori del diritto, circa l'influenza della xenofobia nell'andamento del processo penale. Consapevolezza che pare oggi sopita in seno alla sociologia giuridica, che conta numerosi contributi in relazione alla prima fase del cd. processo di criminalizzazione, nei cui meccanismi selettivi la discriminazione emerge distintamente (C. Sarzotti, 2016), ed invece si fa più rada nell'analisi dell'avanzamento di quello stesso processo². Ma più che inesistente, nelle aule di giustizia, la discriminazione razziale pare solo (mal) celata.

¹ Sull'impatto sperequativo del pregiudizio nel percorso penale e penitenziario dello straniero in Italia si è osservato: "a parità di condizioni soggettive (sociali ed economiche) ed oggettive (fatto di reato) gli stranieri immigrati sono 'clienti privilegiati' delle carceri italiane; conosciamo le ragioni di tale 'privilegio', ma non sappiamo in che misura esso incida sul totale del detenuti stranieri" (M. Manno, 2015:321).

² Si vedano, in ogni caso, i preziosi contributi di: F. Quassoli, 2002; G. Mosconi, D. Padovan, 2005.

Se il caso in esame rappresenta un estremo, un eccesso discriminatorio di palese evidenza, fornisce però lo spunto per interrogarsi (come già risulta impiegata una timida dottrina – M. Barbagli, 2008; S. Palidda, 2009) circa la possibilità che dietro l'eccesso numerico degli stranieri nelle carceri italiane possa celarsi, anche, un pregiudizio strutturale, una selettività del sistema di giustizia penale nei confronti delle minoranze immigrate teso a riscontrare le domande di sicurezza provenienti dall'opinione pubblica e figlie del populismo penale sempre più forte negli ultimi anni.

Riferimenti bibliografici

Aguirre Adalberto, Baker David (2007), *Structured Inequality in the United States*, Pearson, Londra.

Barbagli Marzio (2008), *Immigrazione e reati in Italia*, il Mulino, Bologna.

Gatta Gian Luigi (2017), *Omicida condannato a morte, anziché all'ergastolo, perché nero e quindi 'pericoloso. La Corte Suprema U.S.A. mette un freno all'ingresso di stereotipi razziali nel sentencing*, in www.penalecontemporaneo.it, 28 febbraio 2017.

Giuliani Gaia (2007), *Il principio di Color Blindness e il dibattito europeo su razza e razzismo*, in Casadei Thomas, Lucia Re, a cura di, *Differenza razziale, discriminazione e razzismo nelle società multiculturali*, Diabasis, Reggio Emilia.

Manno Marco (2015), *Gli stranieri e il carcere tra indici di criminalità e fattori di criminalizzazione*, in Vincenzo Militello, Alessandro Spena, a cura di, *Il traffico di migranti*, Giappichelli, Torino.

Melossi Davide (2003), *La sovrarappresentazione degli stranieri nei sistemi di giustizia penale europei e italiano*, in "Diritto, Immigrazione e Cittadinanza", n. 4, pp. 11 e ss..

Mosconi Giuseppe, Padovan Davide, (2005), *La fabbrica dei delinquenti. Processo penale e meccanismi sociali di costruzione del condannato*, L'Harmattan Italia, Torino.

Palidda Salvatore (2009), *Razzismo democratico: la persecuzione degli stranieri in Europa*, Agenzia X, Milano.

Pavarini Massimo (2002), *Uno sguardo ai processi di carcerizzazione nel mondo: dalla 'ronda dei carcerati' al 'giramondo penitenziario'*, in "Rassegna Penitenziaria e Criminologica", n. 1-2, pp. 105 e ss.

Quassoli Fabio (2002), *Il sapere dei magistrati: un approccio etnografico allo studio delle pratiche giudiziarie*, in Alessandro Dal Lago, Roberto De Biasi, a cura di, *Un certo sguardo. Introduzione all'etnografia sociale*, Laterza, Roma-Bari, pp. 196 e ss.

Re Lucia (2006), *Discriminazione strutturale e color blindness nei sistemi penitenziari degli Stati Uniti e d'Europa*, in "Jura Gentium", forum filosofico on line.

Santorso Simone, (2015), *Gestire la popolazione detenuta: mutamenti e continuità nelle politiche di governo dei flussi carcerari*, in “Sociologia del Diritto”, n. 2, pp. 147 e ss.

Sarzotti Claudio (2016), *La legge penale in azione: come si costruiscono il crimine e il criminale*, in Amedeo Cottino, a cura di, *Lineamenti di sociologia del diritto*, Zanichelli, Torino, pp. 337 e ss.

Sutherland Edwin, Cressey Donald (1996), *Criminologia*, in Collana di Criminologia, politica criminale e diritto penale, pp. 196 e ss.

Recensioni*

* La rubrica recensisce lavori teorici e ricerche empiriche che affrontano il tema del carcere, della giustizia penale e, più in generale, del controllo sociale. In conformità con i principi che ispirano l'associazione Antigone, particolare attenzione verrà riservata a testi in grado di promuovere un dibattito sui modelli di legalità penale e sulla loro evoluzione; sull'evoluzione delle realtà carcerarie e giudiziarie nel nostro e negli altri Paesi; sulle trasformazioni dei modelli del controllo sociale nella società contemporanea. A fronte dell'estesa produzione su questi temi, verranno privilegiate opere che, di qualsiasi ispirazione e provenienza, collettive o monografiche, si dimostrino aperte al confronto e ispirate da una visione critica della realtà.

RECENSIONI

Alberto Burgio & Marina Lalatta Costerbosa, *Orgoglio e genocidio. L'etica dello sterminio nella Germania nazista*, Derive Approdi, Roma, 2016, euro 20.

La popolazione tedesca è stata *coscientemente* complice della politica genocidiale del nazismo? Secondo gli Autori di questo volume la risposta è *incondizionatamente* affermativa¹. Una risposta questa che incuriosisce e turba al tempo stesso. Incuriosisce perché, se è problematico imputare a soggetti collettivi – associazioni, sindacati, partiti e via discorrendo – la titolarità e dunque la responsabilità delle loro azioni, lo è a maggior ragione quando ci si riferisce ad un intero popolo. Ed è conturbante perché in un giudizio di questo tipo, può risuonare inavvertitamente l'eco di voci mai definitivamente spente; di voci che hanno classificato popoli e razze lungo una scala valoriale, secondo le categorie del superiore e dell'inferiore, secondo il criterio del civile e del barbaro.

Gli Autori invece non sembrano avere dubbi sul fatto che una nazione, un popolo, possano essere attori a pieno titolo della loro storia alla pari degli attori individuali, nella convinzione che il sapere filosofico disponga di strumenti (ovviamente altri rispetto a quelli delle scienze sociali) tali da “liberare” lo studioso dai vincoli della metodologia della ricerca scientifica (su questo punto specifico ritornerò più avanti). Scrivono: “se non si rinuncia al principio della responsabilità personale; se non si ritengono pertinenti resoconti deterministici che rappresentino gli esseri umani come meccanismi totalmente etero diretti, allora rispondere a questa domanda (del perché i tedeschi, secondo gli Autori, furono complici del nazismo – n.d.r.) impone di affrontare un tema di cui *soltanto la filosofia* sembra disposta a farsi carico: di fronte al quale soltanto la filosofia mostra il necessario coraggio e la necessaria libertà [...] alla filosofia interessa *tutto* [corsivo nel testo; n.d.r.], essa ha di mira la comprensione della realtà in ogni suo aspetto. [...] I suoi strumenti (concetti e metodologie) non offrono certezze precostituite, ma nemmeno scontano limitazioni aprioristiche di campo o di prospettiva euristica.[...] Grazie alla sua modestia (al non pretendere di essere una scienza generatrice di ipotesi ‘falsificabili’), la filosofia si avventura su un terreno che né la storiografia né gli altri saperi accettano di percorrere: lo spazio della soggettività – che venerabili tradizioni hanno via via chiamato ‘psiche’ o ‘anima’ o ‘spirito’ - intesa come ciò che dà logica e senso alla vita conscia ed inconscia della mente” (mio corsivo). Dunque, la rivendicazione del primato del pensiero filosofico sulle scienze sociali, dovuta - essi affermano -, alla sua

¹ Incidentalmente, osservo che, a mia conoscenza, soltanto un altro storico, Daniel Goldhagen, ha ‘osato’ giungere a simili conclusioni. Non a caso la sua ricerca si intitolava *I volenterosi carnefici di Hitler* (Milano, Mondadori, 1998; ed. or. *Hitler's Willing executioners*, Little, Brown and Company, Londra, 1996).

capacità di produrre un *sapere* che *nessuna altra disciplina* è in grado di assicurare. Una visione pertanto che, pur non disconoscendo i contributi delle scienze sociali – ci siamo per fortuna lasciati alle spalle il crociano², drastico rifiuto di riconoscere a queste discipline una qualsivoglia funzione conoscitiva – ne afferma più o meno esplicitamente l'inadeguatezza, l'incapacità di produrre un vero sapere.

Anche se sulle ragioni dei crimini nazisti esiste ormai una vasta letteratura, gli Autori hanno buon gioco ad affermare che risposte definitive non sono state finora fornite (dato e non concesso, aggiungo io, che sia possibile farlo). E ciò proprio per le ragioni indicate più sopra, proprio per il limite intrinseco alle discipline stesse. Grazie invece alla filosofia, è possibile – così recita la quarta di copertina – “arrivare alla forma della mente o dell'anima degli attori di questa vicenda: al fondo ultimo dei loro pensieri, laddove nascono le scelte, le decisioni, le azioni”. Si tratta di un progetto ambizioso, perché c'è appunto l'intento di dare una risposta *definitiva* all'interrogativo del perché di quei crimini, del “come ha potuto accadere”, nella convinzione appunto che “l'unico sguardo che possa concedersi di scendere così in profondità [sia] quello della filosofia”, in quanto “tutti i saperi tradizionalmente coinvolti nella ricerca storica” - che “sono o aspirano essere saperi scientifici” -, non hanno saputo rispondere in maniera convincente alla questione delle motivazioni degli attori (perpetratori immediati, complici e consenzienti) e pertanto non si sono “neppure avvicinati alla soluzione dell'enigma”: la *partecipazione* di gran parte della popolazione tedesca ai crimini del nazismo.

Ma attraverso quali strategie gli Autori si propongono di raggiungere l'obiettivo e di dare finalmente una risposta definitiva? Proprio attraverso i dati raccolti da quelle discipline - le scienze sociali *lato sensu* – precedentemente giudicate incapaci di dare risposte adeguate. E la loro ricostruzione del clima politico, della cultura giuridica, dei segni lasciati nella coscienza collettiva del popolo tedesco a seguito delle umiliazioni subite dai vincitori con l'accordo di Versailles, condotta attraverso un'imponente raccolta di fonti, è esemplare. Come pure l'illustrazione dei vari aspetti della politica genocidiale del nazismo, a partire dai tipi di ‘attore’ che ne sono stati protagonisti, giustamente rifiutando di risolverne la tipologia nella corrente bipartizione carnefici/ spettatori. E bene fanno a mettere in luce, tra questi due estremi, la zona grigia dei collaboratori, di quanti, pur non partecipando direttamente alle violenze, “avevano cognizione di causa [e] agirono di conseguenza”. Attori che si muovevano grazie ad un 'nuovo sapere' giuridico che utilizzava “il formalismo giuridico come cavallo di Troia di una legittimità pseudo morale” sullo sfondo di

² Scrive al proposito Benedetto Croce: “la filosofia speculativa, movendo dal puro fenomeno, trasforma questo in fatto (storico) ed è veramente una *filosofia del fatto*; l'empirisimo, invece, presupponendo senza accorgersene i fatti già storicamente accertati, non può dare se non una *filosofia di schemi*, i quali solo l'irriflessione consueta riesce a scambiare e a venerare come fatti” (Id., *Logica come scienza del concetto puro*, Laterza, Bari, 1947, p. 286, citato da Carlo Nitsch, *Renato Treves, esule in argentina. Sociologia, filosofia sociale, storia*, Torino, Accademia delle scienze, 2014, p. 49, neretto nel testo).

tradizioni e di una mentalità diffusa (in particolare il suo tratto manicheo), radicate nella cultura tedesca (nelle parole di Norbert Elias, *il bisogno di ordine* e il *nazionalismo aggressivo*). E neppure manca il riferimento all'argomento difensivo da parte nazista fondato sul modello dell'*obbedienza cadaverica* e quindi "l'introiezione del principio di autorità come dovere di sottomissione incondizionata". Dunque dati che indicano in maniera inequivocabile i principali fattori che hanno *condizionato* l'atteggiamento della popolazione tedesca nei confronti del nazismo e che dunque rendono *comprensibile* il fatto che la maggioranza di loro abbia, per così dire, girato la testa dall'altra parte. Ma, evidentemente, queste risultanze per gli Autori non contano. Non conta l'enorme pressione verso la conformità, verso il silenzio, che, nelle sue svariate forme, quel regime – certamente con maggior efficienza del nostro fascismo – esercitava sui cittadini³. Ripetutamente invece, si sottolinea la partecipazione di gran parte della popolazione tedesca ai crimini del nazismo, partecipazione che viene definita come "la *decisione* di milioni di persone normali – la loro *scelta consapevole e libera*, la loro *volontà* – di contribuire alla realizzazione dei progetti criminali del regime. Pertanto, anche se erano numerosi i fattori che resero muta l'empatia e bloccarono il "circolo virtuoso della moralità" (sic!), e cioè il circolo che "lega la competenza morale al sentimento di responsabilità", ci fu un'assunzione a pieno titolo di una "molteplice responsabilità". In conclusione, "nulla avrebbe impedito ai bravi cittadini tedeschi di resistere alla tentazione e di rifiutare lo scambio".

Ora, dato e non concesso che i cittadini tedeschi *scelsero di contribuire* ai progetti criminali del regime - una generalizzazione che gli Autori stessi avevano esplicitamente voluto evitare - il rischio della *petitio principii* è evidente. Essi scelsero perché era venuta meno l'empatia. Ma perché era venuta meno? Perché essi scelsero... In realtà, una qualche indicazione sul perché i tedeschi si comportarono in quel modo, la possiamo ricavare proprio e soltanto dalle ricerche condotte dalle scienze sociali. Ma allora i 'saperi scientifici', dopo essere stati 'cacciati dalla porta', 'rientrano dalla finestra'. Quei saperi che gli Autori stessi con grande attenzione e perspicacia hanno analizzato nel corso del loro lavoro. Certo, a cominciare dalle fondamentali riflessioni di Stan Cohen sulle negazioni (manca nel testo qualsiasi riferimento a questo autore, cfr. Id., *Stati di negazione*, Roma, Carocci, 2000), non siamo andati oltre. Ma forse, come dirò nelle conclusioni, bisogna accontentarsi.

Resta una seconda perplessità che mina ulteriormente la fondatezza delle conclusioni dei due Autori. Ché, da un lato, essi non esistono a formulare, come abbiamo visto, giudizi generalizzanti, addirittura sull'intero popolo tedesco. Dall'altro lato essi scrivono, riferendosi al tema della loro ricerca, che "si tratta di un terreno impervio, sul quale si è costretti a procedere per ipotesi (se non per 'impressioni') e che rende ardua qualsiasi generalizzazione". E "c'è soltanto una forma o una prospettiva del discorso che può tentare di rispondervi proprio perché assume in partenza la *non conclusività di qualsiasi sua risposta*". Si tratta perciò di un'analisi "probabilmente destinata a doversi accontentare di *congetture*" (mio corsivo).

³ Testimonianza di questa presenza ossessiva del nazismo nella vita quotidiana sono ad esempio le pagine del diario dello scrittore tedesco Hans Fallada (*Nel mio Paese straniero*, Palermo, Sellerio, 2012).

Allora delle due l'una: o questi vincoli – incidentalmente ricordo che queste “prudenze” rientrano tassativamente nel prontuario metodologico di ogni ricercatore – non valgono per la filosofia, e allora perché richiamarli e aderirvi; oppure, se anche la scienza dello spirito per eccellenza è costretta a rispettarli, allora invocare la cautela nel formulare un giudizio sulla responsabilità del popolo tedesco, è d'obbligo. Il “fare d'ogni erba un fascio” non soltanto viola quella prudenza, ma ci fa perdere di vista la varietà delle motivazioni e *quindi delle responsabilità* dietro la presunta consapevole scelta di adesione al genocidio da parte del popolo tedesco. Ci fa perdere soprattutto alcune preoccupanti certezze e cioè il ruolo talvolta decisivo delle contingenze storiche, il peso della cultura profonda, degli stereotipi, del rispetto delle gerarchie e, non ultimo il formidabile potere manipolatorio dei media nel farci dire: “quelli che comandano sanno come deve essere. Loro sono responsabili di tutto” (Väinö Linna, *Okänd soldat* (soldato sconosciuto), Walhström & Widstrand, Stoccolma, 1954, p. 255).

E in merito alle motivazioni, accontentiamoci di sapere che dietro l'atteggiamento diffuso dei “buoni cittadini tedeschi” si celavano le ragioni più disparate, dalla paura al servilismo, dall'opportunismo all'indifferenza. L'insieme insomma dei fattori che rende la maggioranza degli umani “monocoli”, come scriveva Primo Levi (cfr. *Il sistema periodico*, Torino, Einaudi, 1975, p. 226), senza dimenticare un'ultima domanda: come ci saremmo comportati noi al loro posto?

Amedeo Cottino

Patrizio Gonnella, Marco Ruotolo, a cura di, *La giustizia e il carcere secondo Papa Francesco*, Jaca Book, Milano, 2016, euro 10.

Il 23 ottobre 2014, all'interno della Sala dei Papi, il Santo Padre Francesco tiene un discorso durante un'udienza con la delegazione internazionale di diritto penale. Quella che per molti è un'occasione come tante durante la quale il Pontefice riceve gruppi di fedeli, per i cultori del diritto penale, ma anche della sociologia della pena e della filosofia del diritto, diviene un momento straordinario. Nel suo discorso, piuttosto breve, con un linguaggio semplice, diretto, il Papa esprime concetti che da tempo sono utilizzati da diversi studiosi per descrivere la degenerazione odierna del diritto penale. Termini quali “populismo penale”, “incitazione alla vendetta” che per lungo tempo sembravano patrimonio esclusivo di sociologi della pena di orientamento critico o di giuristi di impronta garantista, ecco che divengono, finalmente, “sdoganati” di fronte ad un ampio e qualificato uditorio grazie ad un Papa che, senza compressi e mezzi termini, li fa suoi denunciando le ingiustizie prodotte in nome della legge.

A partire da tale discorso, Patrizio Gonnella e Marco Ruotolo hanno la eccellente idea di trarre un libro dove autori di diversa formazione e provenienza, con saggi brevi di qualche pagina, commentano i vari passaggi del testo papale. Strutturalmente, il libro si divide in sette capitoli principali: la dignità umana; la crisi della ragione penale; bulimia penitenziaria e cultura giuridica; il carcere come pena disumana; il diritto penale è selettivo; la pena che toglie la vita; i crimini contro l'umanità. All'interno di

ognuno di essi, in media tre o quattro autori trattano ognuno di essi un passaggio specifico del discorso del Papa, analizzandolo in profondità, commentandolo e ampliandolo attraverso la propria prospettiva personale.

Il risultato è davvero molto interessante. Gli interventi sono di altissima qualità e le riflessioni mai banali. All'interno di una cornice giustamente entusiastica per la presa di posizione del Pontefice e per la radicalità del discorso proposto, non vi è tuttavia nessun cedimento ad una mera agiografia di stampo confessionale. Al contrario, i passi del discorso sono analizzati secondo diverse prospettive, dalla filosofia del diritto alla sociologia della pena, passando per i diversi rami specialistici del diritto e, in alcuni tratti, non mancano passaggi critici da parte di autori che dissentono con quanto espresso dal Santo Padre. Ne deriva un'opera dove autorevoli commentatori, molti dei quali da anni avanzano le tesi fatte proprie da Papa Francesco, colgono l'occasione dell'intervento del Papa per ribadire, attraverso le parole del Pontefice concetti per lungo tempo ignorati al di fuori di specifiche élite culturali.

Tale connubio fra l'apostolato di Papa Francesco e l'approccio critico nei confronti del diritto penale odierno riesce a scardinare molte delle convinzioni su cui si fonda il discorso populistico in materia penale. In particolare, l'idea di un conservatorismo di matrice cattolica che approverebbe le politiche di tolleranza zero in materia di immigrazione e di micro-criminalità in nome della salvaguardia dei valori "tradizionali" dell'Europa, è spazzato via da un Papa che riesce ad essere più rivoluzionario, critico e "di sinistra" di molti commentatori formalmente provenienti da quel campo politico.

La politica, appunto, è la grande assente di questo libro. Non perché non venga evocata. Al contrario, è spesso indicata come la sorda protagonista dell'imbarbarimento del diritto penale contemporaneo. Ma proprio tale sordità di fronte alla profondità dei pensieri espressi ci mostra ancora una volta l'inadeguatezza del campo politico ad affrontare fenomeni per i quali occorrerebbe una visione lungimirante ed un modello di società auspicato. Non a caso – con l'eccezione di un giurista prestatato alla politica come Giuliano Pisapia – fra i diversi autori di questo libro non compaiono esponenti attivi nel campo politico. Ancora una volta gli umori della politica paiono indirizzati da variabili troppo distanti dai concetti espressi da Papa Francesco. Così come già rimase per lungo tempo inascoltato l'appello alla clemenza invocato durante il discorso al Parlamento italiano di Papa Giovanni Paolo II del novembre 2002, ecco che oggi, ancora una volta, la politica si mostra impegnata ad emanare decreti che, in nome di una presente e non dimostrata necessità e urgenza, si affrettano a colpire mendicanti, tossicodipendenti e migranti. A loro dire, i nemici da cui difenderci in questo mondo privo di decoro.

Anche alla luce di tutto ciò, *La giustizia e il carcere secondo Papa Francesco* si conferma un libro necessario.

Giovanni Torrente

Alessandro Senaldi, *Cattivi e primitivi*, ombre corte, Verona, 2016, euro 18

Venticinque anni fa si formava quello che è diventato il movimento italiano più coeso, indisciplinato e creativo di oggi: il movimento No Tav. A questo l'Autore dedica il suo primo libro, un'etnografia della militanza valsusina fino all'estate del 2013. Quel che emerge, come il titolo esibisce a chiare lettere, è come esso abbia subito nel corso del tempo un'ostinata cristallizzazione nel discorso pubblico. È stato dipinto mediaticamente come movimento localista, violento ("cattivo"), e senz'altro inadeguato ai tempi, contrario al progresso, difforme rispetto alla crescita ("primitivo"). L'Autore sviluppa la sua ricerca con uno sguardo interno, da militante lui stesso, che si accinge a compiere un lavoro sul campo "formalizzato" soltanto dopo avere preso parte emotivamente e fisicamente alle lotte. L'etnografia che ci propone è, allora, affascinante proprio perché si sente la presenza del ricercatore sul campo, e la sua partecipazione attiva e piena alle azioni di cui ci narra. A leggere *Cattivi e primitivi* si ha l'impressione di essere noi stessi, lettori, lì a osservare, chiedere, e tentare di capire con una buona dose di empatia le molteplici dinamiche che contrassegnano la posta in gioco. Fra le molteplici rappresentazioni del movimento, Senaldi ne propone una – vi si sofferma nel capitolo I – che le raccoglie un po' tutte: la *sindrome nimby* (letteralmente "non nel mio giardino"). I militanti No Tav sarebbero dei valligiani piuttosto retrogradi e ad ogni modo ignoranti che guardano solo alla protezione del loro ridotto territorio e non si curano dell'interesse nazionale. Sulla base di questa rappresentazione, "le domande che mi ripetevo erano: se anche tra i soggetti meno vicini alle posizioni del movimento vi è una scarsa presa del discorso pubblico sulla vicenda, sulla posta in gioco e sull'identità stessa del militante No Tav 'tipo', qual è allora l'effettivo successo che riscuotono tali pratiche discorsive? Qual è l'effetto sulla produzione di individualità? In termini di consenso locale, creano un terreno favorevole al successo delle pratiche di controllo? E da ultimo, in termini di opinione pubblica, qual è l'effetto che tali pratiche discorsive riscuotono fuori dal contesto valligiano?" (p. 16). In altre parole, su chi ha presa l'etichettamento? Non di certo sui valsusini, militanti o meno. L'etichettamento sembra godere di una certa efficacia nell'opinione pubblica nazionale, forse. Forse, perché, come emergerebbe dal sondaggio dell'Ipsos di Mannheim il 44% della popolazione italiana approva le rivendicazioni contro il Tav (I. Diamanti, *Repubblica*, 5 marzo 2012).

Cosa oppongono, con identica ostinazione, i militanti No Tav alle pratiche discorsive volte a deriderli, ridicolizzarli, in una parola, annullarli? L'Autore propone tre letture di quanto ha esperito sul campo. In primo luogo, viene contrapposta una nuova idea del *sapere*: "a partire dall'informazione e dall'accumulazione di sapere tecnico-scientifico il movimento ha costruito una critica e un conflitto aperto sulla concezione stessa del *Sapere*" (p. 44). A questa si aggiunge una diversa idea del *progresso* che si fa "nuovo *modello di vita*", "una nuova idea di sviluppo e una nuova idea dei rapporti sociali" che è "la posta in gioco dove si nota maggiormente la carica destituente del movimento No Tav" (p. 52). Infine, attraverso il formarsi nel corso del tempo della fondata percezione di non trovare ascolto da parte di nessuna istituzione (storia e documenti sulle interminabili battaglie istituzionali promosse dal movimento sono raccolti in *Tav e Valsusa: Diritti alla ricerca di tutela*, a cura di Paolo Mattone, Intra Moenia, Napoli, 2014) – violenza simbolica evidente alla quale

si sono aggiunte violenze fisiche provate – emerge una solida “mancanza di fiducia nella democrazia rappresentativa” (p. 58) e nelle promesse dei politici di turno.

Se pare che ci sia solo una *pars destruens* – il No è una questione nominalistica – leggendo questo libro si capisce che si è in errore perché i No Tav hanno già sviluppato capacità inverosimili di dialogo interno ed esterno, prendono decisioni su base assembleare, sono inclusivi (“No Tav si diventa” è un motto tanto popolare quanto veritiero), ed eterogenei (la componente cattolica, quella autonoma e quella anarchica litigano ma convivono perché “siamo una grande famiglia”).

Se vi è una coesione interna estremamente forte, lo si deve anche a un nemico contro cui muovere con compattezza. Nel capitolo II, Senaldi scrive che anche se non bisogna pensare apocalitticamente “si può parlare di guerra e di conflitto aperto” (p. 75) in Val di Susa fra *noi e loro* (con particolare riferimento agli agenti del controllo visibili sul campo, le forze dell’ordine).

D’altronde, a partire dalle violenze subite nel 2005 a Venaus sino a oggi, la presenza delle forze dell’ordine è stata visibile e crescente sino a giungere a una vera e propria *militarizzazione* certificata, quindi avvalorata, da una disposizione legislativa contenuta nel decreto passato alla cronaca sotto la voce “femminicidio” che contiene la previsione secondo cui l’area del cantiere di Chiomonte è *di interesse strategico nazionale* con aumento di pena per chi vi entra illegalmente e possibilità di inviare l’esercito a sua sorveglianza.

Dal rapporto giornaliero fra militanti e forze dell’ordine e da alcuni episodi di mobilitazione più ampi descritti dall’Autore emerge un affresco di angherie, soprusi, abusi e violenze da parte dei detentori legittimi dell’uso della forza (i procedimenti a carico delle forze dell’ordine sono, nella loro totalità, stati archiviati come dimostra un recente documentario, *Archiviato. L’obbligatorietà dell’azione penale in Val di Susa*, cfr. <https://archiviato.blog.wordpress.com/home/>).

Cattivi e primitivi è una denuncia, per voce stessa dei militanti, ma contiene anche un’implicazione teorica di rilievo. Non è più possibile interpretare l’agire delle forze dell’ordine in termini di presenza di “mele marce”, non è dunque più possibile pensare al singolo agente come individuo disgiunto dalla sua appartenenza. Senaldi lo argomenta e dimostra in modo puntuale e convincente: “l’uso spropositato della forza non è una componente casuale, ma rappresenta un’espressa strategia avente come unico obiettivo quello di terrorizzare l’avversario” (p. 133). Se fino al 2013, quando la ricerca si conclude, poteva valere una certa “sovraesposizione a livello repressivo di chi proviene da fuori della Valle” (p. 90) oggi probabilmente non è più così. Ad esempio, recenti misure cautelari sono state “disseminate” fra gli storici militanti di Bussoleno. D’altronde, i “modi” della criminalizzazione variano e di nuovi se ne stanno installando. A svantaggio di un facile pessimismo che non si addice al lavoro critico, Senaldi non cessa di ricordarci che nuove sono anche le pratiche della resistenza che via via si adattano al controllo e ne riformulano i confini, imponendo allo stesso di adattarsi. Secondo l’Autore, che così legge l’interazione fra controllo e resistenza in Val di Susa, si produce un *effetto paradossale*: criminalizzare ha finito per rafforzare il movimento e renderlo poco o per nulla idoneo alla *normalizzazione*. Si può forse dire, così generalizzando, che chi devia dalla norma per *ragioni* – e non per irragionevolezza o irrazionalità localista – di natura *politica* è sempre in certa misura refrattario alle dinamiche della criminalizzazione, per il semplice fatto che le

ha già messe in conto, perché via via si misura con il mutare delle stesse stabilendo fino a dove può spingersi a seconda delle sue capacità e di ciò che accetta di perdere, ma soprattutto perché non è da solo e allora laddove si sospende la sua resistenza c'è quella dell'altro.

Oggi, come Senaldi coglie perfettamente, è come se questo movimento pronunciasse dinanzi a se stesso ogni giorno, letteralmente, *ne vale la pena*. I militanti possono farlo perché “la loro resistenza è cresciuta, ed è entrata nei loro pensieri, nelle loro speranze, nel loro modo di spiegarsi il mondo” (J. Berger, *E i nostri volti, amore mio, leggeri come foto*, B. Mondadori, Milano, 2008, p. 22).

Xenia Chiaramonte

Marina Lomunno (2015), *Il cortile dietro le sbarre: il mio oratorio al Ferrante Aporti*, Elledici, Torino

Nel recensire questo libro è necessaria una premessa. Chi scrive ha sempre trovato anacronistico l'inserimento della religione fra gli elementi del trattamento penitenziario (art. 15 O. P.). Infatti, ho sempre ritenuto ingiusta la posizione di privilegio che la religione cattolica riviste rispetto alle altre confessioni nei rapporti con l'Amministrazione penitenziaria (così come d'altronde nell'arco costituzionale). Al contrario, ho sempre creduto che l'esercizio della fede religiosa - concesso che sia un tema da trattarsi nella normativa penitenziaria - dovrebbe godere, anche in carcere, di quella particolare tutela dei diritti fondamentali della persona, la cui negazione non è giustificata dallo stato di privazione della libertà (cfr. il saggio di Silvia Mondino in questo numero della rivista).

D'altronde, proprio in un carcere multietnico e pluri-religioso come quello attuale, non trova giustificazione la posizione di supremazia della religione cattolica rispetto alle altre. Ancor di più nell'ambito della carcerazione minorile si manifesta l'arretratezza della norma rispetto alla realtà, là dove nel nord Italia la quasi totalità della popolazione detenuta maschile professa religioni diverse rispetto a quella cattolica. Di conseguenza, stride anche l'istituzionalizzazione della figura del cappellano, il quale vede convogliare sulla sua figura sia funzioni di supporto spirituale, sia altre di natura prognostico-trattamentale sconosciute ai ministri del culto di altre religioni.

Tali convinzioni sono in parte scalfite dalla storia di don Domenico Ricca, per tutti Meco. Un cappellano che per oltre 35 anni ha svolto il suo ministero all'interno dell'Istituto penale minorile Ferrante Aporti di Torino. Per chiunque abbia frequentato, anche solo saltuariamente, il Ferrante Aporti, quella di don Meco è una figura nota. Per lungo tempo, per tutti don Domenico Ricca è stato una delle immagini più positive di un istituto che, in alcune fasi storiche, ha saputo aprirsi alla città, relazionarsi con il mondo esterno e offrire speranza ai ragazzi che vi transitavano. All'interno di quel carcere Meco è stato molto di più di un cappellano, o perlomeno rispetto a quello che di solito ci si attende da un cappellano. La figura di Meco alle

volte ricorda quella di un educatore senza limiti di orario, o di un assistente sociale pronto a incontrare il ragazzo o i suoi familiari in qualsiasi momento. Là dove spesso l'istituzione penitenziaria mostra le sue lacune principali, ecco che don Meco è stato l'ancora a cui molti ragazzi si sono aggrappati, e sulla quale si sono retti rapporti, progetti e speranze. Una figura, e qui il paradosso è significativo, che è stata un emblema di laicità, sempre in grado di comprendere i confini fra l'esercizio del sacerdozio e lo svolgimento di una funzione istituzionale.

Alla storia di Don Meco rende onore Marina Lomunno in un libro-intervista nel quale il protagonista narra i suoi anni al Ferrante Aporti. E attraverso la vita del cappellano si ha una ricostruzione della storia del Ferrante, delle evoluzioni e delle involuzioni nel rapporto con la città, delle vicende delle persone che vi sono transitate. Nelle oltre trecento pagine del libro, l'Autrice e il protagonista ricostruiscono tali vicende con un tratto godibile che coinvolge immediatamente il lettore. Un libro dove quanto narrato, grazie alla lucida consapevolezza di Meco, richiama fatti e argomenti noti a chi si occupa di penalità. I mutamenti nel campo penale, il ruolo invasivo dei *media* nella rappresentazione del crimine, le carriere devianti giovanili sono solo alcuni dei temi che emergono fra le righe della narrazione e che Meco affronta consapevolmente, seppur con tratto schivo, ma al tempo stesso pragmatico, appunto, laico. A corollario dell'intervista nel testo troviamo altri materiali, quali testimonianze di persone che in questi hanno collaborato con Don Ricca, o materiali di archivio, quali lettere o articoli giornalistici.

Il timbro del libro è dato chiaramente dallo stile di Meco. Il rigore con cui narra alcune vicende particolarmente delicate – primo fra tutte il celebre caso del pluri-omicidio familiare di Novi Ligure, che vide coinvolti nel 2001 i fidanzatini Erika e Omar – si affianca ad un'autoironia dalla quale traspare la profondità delle parole e delle azioni che hanno segnato la vita del sacerdote, dell'uomo e dell'intero istituto. Tratto che coinvolge sino al punto da porre degli interrogativi, dei dubbi, a chi riteneva ingiustificata la figura del cappellano all'interno delle carceri.

Giovanni Torrente

NOTE SUGLI AUTORI

Perla Arianna Allegri, dottoranda di ricerca in Sociologia del diritto presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino

Silvia Calderoni, laureata in Giurisprudenza presso l'Università Roma Tre

Laura Cesaris, Professore a contratto di Diritto dell'esecuzione penale presso Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Pavia

Carlotta Cherchi, dottoranda nel corso di Scienze Giuridiche (*curriculum* Diritto e Cultura) presso l'Università di Sassari

Xenia Chiaramonte, dottore di ricerca in *Law and Society* presso l'Università di Milano

Giovanni Cordini, professore Ordinario di Diritto Pubblico Comparato e Direttore del Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali presso l'Università di Pavia

Amedeo Cottino, già professore Ordinario di Sociologia del diritto e Preside della Facoltà di Scienze Politiche presso l'Università di Torino

Giulio Fornero, Direttore Qualità e Risk Management A.O.U., Città della Salute e della Scienza di Torino

Maria Paola Golzi, Psicologa Psicoterapeuta, Psicologa Convenzionata DSM ASL Città di Torino

Maria Inglese, psichiatra, Unità Carcere Az. USL di Parma

Jörg Luther, Professore Ordinario di Istituzioni di Diritto Pubblico presso il Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze Politiche, Economiche e Sociali dell'Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"

Patrizia Macchia, professore associato di Diritto pubblico comparato presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino

Francesco Maisto, magistrato già Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna

Silvia Mondino, dottore di ricerca in Sociologia del diritto presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino

Antonio Pellegrino, coordinatore del servizio psichiatrico dell'Asl TO2 presso la Casa Circondariale "Lorusso Cutugno" di Torino

Vincenza Pellegrino, ricercatrice in Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso il Dipartimento di Giurisprudenza, Studi politici e Internazionali dell'Università di Parma

Benedetta Perego, dottoranda di ricerca in Sociologia del diritto e Diritto Penitenziario presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino

Davide Petrini, professore ordinario di Diritto penale presso l'Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro" e Garante dei Diritti delle persone private della libertà personale del Comune di Alessandria

Elvezio Pirfo, Medico Psichiatra, Vice Direttore Corso di Perfezionamento in Psichiatria Forense dell'Università di Torino, Direttore del progetto *Il Sestante*, Servizio Psichiatrico Interno della Casa Circondariale "Lorusso Cutugno" di Torino

Daniela Ronco, assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino

Claudio Sarzotti, Professore Ordinario di Sociologia del diritto presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino

Giovanni Torrente, assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino, educatore penitenziario

Andrea Triscuoglio, professore associato di Storia del diritto romano presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino

Maria Vittoria Valentino, dottoranda di ricerca in Diritto pubblico, giustizia penale e internazionale presso l'Università degli Studi di Pavia, avvocato del Foro di Milano

