

**ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI
BOLOGNA**

DOTTORATO DI RICERCA IN

CRIMINOLOGIA

CICLO XXIII

Settore Concorsuale di afferenza: 14/C1

Settore Scientifico disciplinare: SPS/12

**“La salute detenuta: tra diritto e sicurezza”.
Un’indagine nella Casa Circondariale di Rimini.**

Presentata da: MAURA GOBBI

Coordinatore Dottorato

Relatore

Prof.ssa Roberta Bisi

Prof. Costantino Cipolla

Esame finale anno 2012

SOMMARIO

Introduzione.....	5
Capitolo I - Il Diritto alla salute	7
Introduzione.....	7
1.1 Il diritto alla salute quale diritto fondamentale della persona.....	9
1.2 La tutela della salute in ambito penitenziario	13
1.3 La compatibilità delle condizioni di salute con il regime penitenziario.....	16
1.4 Le istituzioni per la salvaguardia del diritto alla salute.....	21
1.5 Tra legittimità della pena e malattia	23
1.6 La tutela della salute e le norme di esecuzione della pena in caso di malattia del detenuto.....	25
1.7 L'assistenza sanitaria nel nuovo regolamento penitenziario	28
1.8 La legge 231/99 in tema di incompatibilità.....	31
1.9 Costituzione "Unità operativa" di sanità penitenziaria.....	33
1.10 I detenuti stranieri e il diritto alla salute in carcere	34
Capitolo II - A cosa serve il carcere?	39
Introduzione.....	39
2.1 Il carcere: da luogo di attesa prima della pena a luogo di pena.....	40
2.2. La pena del carcere in Italia.....	44
2.3 Principi costituzionali in materia di pena	46
2.4 Il carcere nella penalità moderna.....	48
2.5 Le teorie della pena	50
2.6 Lo scomodo diritto di punire e l'insolubilità del problema	55
2.7 Il carcere fa male.....	56
Capitolo 3 - La salute "detenuta"	59
3.1 Il carcere: fabbrica sana di malattia.....	59
3.2 Il bisogno di salute in carcere.....	64

3.2	Patologie della reclusione	66
3.4	Psicosi carcerarie e sindromi penitenziarie.....	68
3.4	Area delle malattie infettive - immunologiche	75
3.5	“Della dipendenza” in carcere	78
3.6	Il diritto alla salute e AIDS.....	79
	Capitolo 4 - Il quadro normativo nazionale	83
	Introduzione.....	83
4.1	Il servizio sanitario nell’Ordinamento Penitenziario e l’articolo 11	88
4.2	Le figure professionali mediche del Servizio Sanitario Penitenziario.....	96
4.3	L’organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario Nazionale	100
4.4	L’Unità Operativa di Sanità Penitenziaria	102
4.5	Il riordino della medicina penitenziaria: il D. Lgs. 22 giugno 1999 n. 230	104
4.6	Il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario	108
4.7	Lo stato di attuazione della riforma	122
4.8	Analisi del contesto normativo in Emilia Romagna.....	123
	Capitolo 5 - Salute e sicurezza.....	131
	Un’indagine presso la Casa Circondariale di Rimini.....	131
	Introduzione.....	131
5.1	Il programma Aziendale per la salute nell’istituto penitenziario di Rimini.....	131
5.2	Obiettivi del lavoro di ricerca	139
5.3	Informazione e analisi delle fonti	141
5.4	La costruzione dello strumento di indagine	144
5.5	La conduzione delle interviste.....	151
5.6	Dal punto di vista degli operatori.....	156
	Riflessioni conclusive	174
	APPENDICE LEGISLATIVA.....	189
	Bibliografia di riferimento.....	191

INTRODUZIONE

Il decreto legislativo 230/99 sul riordino della medicina penitenziaria sancisce il diritto alla salute dei detenuti e degli internati, affermando che “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 ed uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani sanitari Regionali ed in quelli locali”.

Parlare di salute e della sua effettiva tutela in un contesto di privazione della libertà e di coercizione quale è il carcere, è alquanto impegnativo se non scomodo. Le ricerche empiriche nell’ambito della sociologia della vita carceraria sono in Italia poco numerose. Le ragioni di questa carenza si nascondono dietro la tendenza generale della sociologia della devianza e della pena a privilegiare analisi teoriche rispetto alle ricerche empiriche e alle obiettive difficoltà di carattere organizzativo e “burocratico” nell’analizzare un contesto “chiuso” come quello carcerario.

Oggi il carcere è più che mai un contenitore di problematiche sociali. La nostra è una legislazione che si orienta sempre più a sanzionare con il carcere comportamenti in qualche modo disturbanti. Il carcere non viene riferito solo alla sanzione di comportamenti trasgressivi effettivamente pericolosi per la vita sociale, ma vengono immessi nel circuito carcerario anche persone che hanno assunto comportamenti disturbati di quella data società in quel periodo storico¹.

¹ La distinzione tra comportamento conforme e comportamento deviante non è ricondotta ad atteggiamento intrinsecamente buono o cattivo, ma all’adesione a specifici valori sociali piuttosto che ad altri ritenuti condivisi. Ciò finisce per spostare l’attenzione sulla relatività della definizione legale che in un dato momento storico e in una data società considera determinati beni come meritevoli di tutela. Nel momento in cui la definizione del reato non viene più data per scontata, vengono necessariamente alla luce le implicazioni politico-sociali della tutela penale: la criminalità e il criminale cessano di costituire il punto di partenza delle teorie sul comportamento criminale e diventano una produzione sociale. È in particolare la teoria dell’etichettamento (labelling approach) che, sulle orme dell’interazionismo simbolico di Mead e dell’etnometodologia sviluppata da Schutz, si propone di evidenziare come la qualità criminale di un comportamento, lungi dall’essere oggettivamente, sia in realtà il risultato di una costruzione sociale.

Il presente lavoro nasce dall'interesse di esaminare gli strumenti attraverso cui si eroga l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, con la consapevolezza che l'esistenza di un corpo di norme e di strutture non significa sempre garanzia di tutela ma a volte solo mera "apparenza". L'analisi cercherà di cogliere il "vissuto" normativo ed organizzativo della funzione sanitaria, mostrando le problematiche, le eventuali carenze e l'apporto "umano" alla realizzazione della tutela. Il tutto, avendo sempre presente la peculiarità del sistema penitenziario e quella relazione oppositiva tra salute e sicurezza che si riflette sull'opera di chi, quotidianamente, è chiamato a prendersi cura del detenuto.

L'assistenza deve scontrarsi, infatti, con una realtà normativa alquanto frammentaria e disorganica, caratterizzata da leggi, decreti legislativi, decreti ministeriali, circolari, regolamenti interni e atti convenzionali nonché prassi comunemente accettata sebbene non formalmente prescritte che rendono difficile l'azione in difesa della salute. Problemi non diversi si riscontrano nell'apparato centrale e periferico dell'amministrazione a causa dell'inesistenza di un vero decentramento funzionale, della mancanza, a livello operativo, di figure professionali specifiche ed, infine, della presenza di limiti burocratici. La nuova organizzazione, ancorché non conclusa appieno, non può essere compresa se non calata nel complessivo quadro, normativo e strutturale, entro cui essa è nata, nella convinzione che nessun rinnovamento è tale senza una profonda analisi dell'esistente e dei meccanismi che concorrono alla sua realizzazione.

CAPITOLO I - IL DIRITTO ALLA SALUTE

INTRODUZIONE

Sembra paradossale argomentare del diritto alla salute in quanto pare ovvio considerarlo un diritto naturale dell'uomo, in altre parole un diritto dell'essere umano in quanto tale, ma la condizione particolare dello stato di detenzione è tale che il detenuto si trasforma, a volte, in un uomo "diverso" con "diversi diritti", talvolta contrastanti il principio universale secondo il quale l'uomo ha diritti propri perché essere umano.

Gadamer [1994: 122-125] scrive "Sappiamo approssimativamente in cosa consistono le malattie [...] La salute, invece, si sottrae curiosamente a tutto ciò, non può essere esaminata, in quanto la sua essenza consiste proprio nel celarsi. A differenza della malattia, la salute non è mai causa di preoccupazione, anzi, non si è quasi mai consapevoli di essere sani [...] implica la sorprendente possibilità di essere dimentichi di sé [...]. Consideriamo quindi la salute come un'armonia, come la giusta misura, così come la vedevano anche i Greci". Anche Reale [1999: 87] definisce la salute come "la giusta proporzione, quell'armonia naturale, quell'intrinseco accordo dell'organismo con se stesso e con ciò che gli sta al di fuori".

Dicevano gli antichi che quando un uomo diventa prigioniero Zeus gli toglie metà dell'anima! Ovvero per tenere qualcuno sottomesso è indispensabile annullare la sua indipendenza interiore. Il problema è quindi questo: cosa dobbiamo togliere ai detenuti per raggiungere, curiosamente, quel famoso stato di sottomissione? [Grassi 2000:25]. E se togliamo qualcosa come si fa poi a realizzare un equilibrio psico-fisico? Con quale parte dell'uomo "rimasto"? E chi è il soggetto che ho di fronte ora? Posso ancora parlare di "salute" oppure devo semplicemente di "manutenzione di uno stato di sanità meccanico"? Ma se consideriamo lo stato di salute come un equilibrio soggettivo dobbiamo assolutamente fare i conti sia con il soggetto sia con l'ambiente nel quale si esplicita questo modo di essere e con l'attore da noi considerato che vive in carcere. Il termine "ambiente" non è più un termine adeguato se vogliamo collegarlo al concetto di salute come descritto. Sarebbe più corretto forse parlare di "contesto", intendendo non solo l'ambiente fisico nel quale si sviluppano azioni ed interazioni, ma lo scenario che i soggetti

contribuiscono a costruire nel momento in cui sono impegnati in processi interattivi. Il contesto, nel nostro caso, è quello dell'istituzione "totale" con l'esigenza di sicurezza e con la necessità che il detenuto sconti la pena all'interno dell'istituzione-carcere stessa. Ecco che l'equilibrio fra le parti crea la premessa indispensabile per l'esercizio del diritto alla salute.

Argomentare di salute è quindi cimentarsi per costruire un equilibrio fra il soggetto e l'ambiente, cioè fra le varie istanze istituzionali, è creare un dialogo circolare, non è solamente la cura del momento e del bisogno. In concreto, parlare di salute è considerare il soggetto come "persona"² inserita in un "contesto" nel quale deve avere la possibilità di esplicitare il suo diritto.

In carcere si assiste al "paradosso della custodia e della cura". Il carcere rappresenta la zona più buia dell'apparato di giustizia, "il luogo dove il potere di punire, che non osa più esercitarsi a viso scoperto, organizza silenziosamente un campo di oggettività in cui il castigo può funzionare in piena luce come terapeutica" [Magliona, Sarzotti 1996: 115-154].

De Risio, affrontando il problema della doppia pericolosità del detenuto-malato, utilizza la metafora della separazione, che "mette in risalto la modificazione dei rapporti tra individui in presenza di uno stato patologico. Il carcere è il luogo della separazione, è una scatola di pietra destinata a rendere visibile il confine fra il giusto e il deviante [...]. Tali categorizzazioni sono presenti nell'individuo singolo, [...] e concorrono alla definizione della rappresentazione sociale della malattia stessa e del malato" [De Risio 2000:12-13].

E' possibile che un carcerato venga custodito in modo tale che la sua salute psico-fisica ne sia favorita?

L'affermazione del diritto alla salute in carcere passa attraverso uno snodo costituito dalla triade: cura-pena-diritti. Parlare di diritti del recluso significa sostenere che la dignità è un bene che l'umanità conserva in qualunque condizione esistenziale e, come tale, non è sacrificabile da prevalenti esigenze di sicurezza.

² "Sul piano filosofico il concetto di persona è stato inteso in tre fondamentali accezioni: come sostanza primaria e indivisibile, composta di corpo e anima; come autorelazione dell'individuo o con l'Io-coscienza o con l'autocoscienza; come relazione con il mondo, cioè l'individuo come essere-nel-mondo. Nella prospettiva di un'antropologia personalistica, persona è sintesi di corpo e spirito, totalità indipendente ma aperta alla trascendenza, centro di libertà e responsabilità", da Istituto della Enciclopedia Italiana, Treccani, pp. 59-64

1.1 IL DIRITTO ALLA SALUTE QUALE DIRITTO FONDAMENTALE DELLA PERSONA

La salute è stata annoverata tra i beni primari dell'uomo, in quanto condizione indispensabile ed imprescindibile affinché ogni individuo possa esprimere compiutamente e liberamente la propria personalità. La nozione di salute è polisemica e, forse per questo, è sempre stata manipolata sia nei vari momenti storici sia negli ordinamenti degli stati, differenziandosi al variare delle finalità politiche, tanto che il concetto di salute si è trasformato da "bene" individuale, quale necessità del singolo di essere curato, a "bene" collettivo, ossia interesse della comunità ad avere individui sani, con un relativo adattamento dell'atteggiamento delle Istituzioni verso la questione sanitaria³.

La Conferenza Internazionale della Sanità (New York, 1946) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definiscono la salute come *"uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi per farvi parte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate."*

Da questa definizione si delinea come compito dello Stato la prevenzione e la limitazione delle situazioni di non-benessere, che possono impedire alla persona una vita dignitosa. Il diritto alla salute rappresenta, quindi, uno dei diritti fondamentali della persona, diritto che ne riconosce la dignità e che deve essere salvaguardato anche attraverso l'azione di pubblici poteri. Competenza dello Stato sociale è garantire a tutti l'accesso ai diritti fondamentali, mettere tutti nelle condizioni di poterne fruire in eguale misura e tutelare i soggetti deboli e marginali.

La Costituzione italiana ha recepito in maniera incisiva i principi della Conferenza Internazionale della Sanità: l'art. 32, infatti, impone alla Repubblica di tutelare *"la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"* nonché di garantire *"cure gratuite agli indigenti."*

L'ambiguità di tale formulazione, oscillante tra l'interesse individuale ed il momento collettivo, ha costituito la causa primaria di un lungo dibattito intorno alla natura e ai contenuti della

³ Baccaro L.(2003), *Carcere e salute*, Edizione Sapere, pp. 5 ss.

disposizione costituzionale. Nei primi anni di applicazione della Costituzione vi era, in dottrina, la tendenza a qualificare il diritto alla salute sancito dall'art. 32 come un principio programmatico e non come un diritto soggettivo della persona, immediatamente azionabile nei rapporti tra cittadini e in quelli tra Stato e cittadini [Pennisi 2002:83-85]. Dagli anni '70 ha cominciato ad essere prospettata, grazie soprattutto alla giurisprudenza della Corte Costituzionale, una diversa natura giuridica del diritto in questione. Si è riconosciuta la particolare precettività⁴ immediata di quell'aspetto del diritto alla salute consistente nella tutela dell'integrità psico-fisica da attentati provenienti da pubblici poteri o da privati. La struttura del diritto alla salute si è così ritenuta del tutto assimilabile a quella di qualunque altro diritto di libertà. In questo modo, però, la protezione della salute continuava ad essere impostata in termini negativi, e non veniva tutelato l'aspetto riguardante la pretesa a fruire di trattamenti sanitari. La valorizzazione di tale aspetto è avvenuta più tardi, in conformità alla progressiva revisione della categoria dei "diritti sociali", ritenuti non più come criteri di orientamento per l'attività dei pubblici poteri, ma come diritti fondamentali, aventi la stessa dignità delle libertà. La Corte costituzionale ha riconosciuto che ogni persona che si trovi nelle condizioni obiettive stabilite dalla legislazione sull'erogazione dei servizi sanitari ha pieno e incondizionato diritto a fruire delle prestazioni sanitarie erogabili, a norma di legge, come servizio pubblico a favore dei cittadini. Ha precisato, però, che tale aspetto del diritto alla salute è soggetto alla determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione della relativa tutela da parte del legislatore ordinario.

*Ciò "non implica certo una degradazione della tutela primaria assicurata dalla Costituzione, ma comporta che l'attuazione della tutela del diritto alla salute, costituzionalmente obbligatoria, avvenga gradualmente, a seguito di un bilanciamento con altri interessi o beni che godono di pari tutela costituzionale e con la possibilità di disporre delle risorse necessarie per l'attuazione"*⁵. Dal quadro così delineato emerge che il diritto alla salute, pur avendo un valore costituzionale unitario, sul piano attuativo si articola in situazioni giuridiche soggettive diverse in dipendenza della natura e del tipo di protezione che l'ordinamento costituzionale assicura al

⁴ Le norme giuridiche si distinguono in precettive e programmatiche. Le prime si caratterizzano perché in quanto prescrivono un comportamento da tenere o da non tenere sono introduttive di norme giuridiche immediate. Le seconde invece prescrivendo solo obiettivi non sono immediatamente precettive, e non introducono nell'ordinamento una norma giuridica.

⁵ Corte Cost., sent. n. 455 del 1990.

bene dell'integrità e dell'equilibrio fisici e psichici della persona umana in relazione ai rapporti giuridici a cui inerisce.

La necessità di armonizzare la protezione del diritto alla salute della persona *in vinculis* con le finalità di sicurezza coesenziali all'ordinamento penitenziario impone al legislatore ordinario di disciplinare l'esercizio del diritto medesimo nelle forme compatibili con l'ordinamento speciale.

In base all'art. 32 Cost⁶ lo stato di salute non riguarda solo il singolo individuo ma si riflette sulla collettività stessa. Da questa configurazione del diritto alla salute discende una duplicità di piani di tutela: difesa della persona dalla malattia e difesa della collettività da tutti gli elementi che possono ostacolare un pieno godimento del diritto. Nemmeno le condizioni economiche del singolo possono costituire un ostacolo alla realizzazione di una piena tutela.

Il secondo comma dell'art. 32 della Costituzione aggiunge due fondamentali disposizioni a difesa della dignità umana: *“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non*

⁶ La Costituzione con gli artt. 2, 3 e 32, tutela l'individuo nel suo bisogno di personalità e socialità. Nello specifico:

- il diritto alla salute è riconosciuto come fondamentale diritto dell'individuo. La salute è una situazione soggettiva che deve essere tutelata contro tutti gli elementi nocivi ambientali o a causa di terzi, che possano in qualche modo ostacolarne il godimento;
- la salute è intesa come fondamentale diritto verso lo Stato chiamato a predisporre strutture e mezzi idonei, ad attuare programmi di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di intervento per perseguire l'equilibrio psico-fisico della popolazione. Il diritto alla salute è inteso come “diritto sociale” che realizza nella sanità il principio di eguaglianza fra i cittadini;
- l'art. 32 della Costituzione garantisce il diritto di libertà individuale tale che “nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge”, legge che “non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. Nello stesso articolo si sottolinea pure la gratuità delle prestazioni sanitarie a favore degli indigenti.
- la tutela della salute è, per l'art. 3 della Costituzione, uno strumento di elevazione della dignità sociale dell'individuo e quindi costituisce interesse della collettività;
- la tutela della salute, vista come “rispetto della persona umana”, assume un carattere personalistico tanto che il mancato riconoscimento di mezzi di tutela per singoli aspetti specifici di protezione viola il valore costituzionale della persona (La Corte di Cassazione, (sentenza 6.6.1981, n.3675), ha enunciato il principio della risarcibilità del così detto “danno biologico” in quanto lesivo del diritto alla salute).

per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". Tale norma afferma il diritto all'autodeterminazione sanitaria e, stabilendo una riserva, pone un vincolo alla Pubblica amministrazione nel consentire determinati trattamenti in vista di superiori interessi pubblici che possono giustificare la compressione del diritto alla libertà individuale, e impone il rispetto della persona⁷.

Il diritto alla salute di coloro che si trovano in condizione di privazione della libertà trova quindi tutela e garanzia quale diritto inviolabile della persona. Tale tutela avviene nel contesto sociale dove la personalità dell'individuo trova espressione, e l'istituto penitenziario, concretizzandosi in una formazione sociale, è il luogo in cui il detenuto esplica la propria personalità. Il contesto è qui quello dell'istituzione totale, con l'esigenza di sicurezza e con la necessità che il detenuto sconti la pena all'interno dell'istituzione-carcere stessa. Ecco che l'equilibrio tra le parti, la giusta misura, l'apporto di tutte le persone che vi lavorano crea la premessa indispensabile per l'esercizio del diritto alla salute.

L'OMS con l'emanazione delle direttive note come "Principio di equivalenza delle cure" sancisce la necessità inderogabile di garantire al detenuto le stesse cure, mediche e psico-sociali, che sono assicurate a tutti gli altri membri della comunità: la garanzia dell'equità della salute per tutti i cittadini è l'obiettivo che devono perseguire i servizi sanitari nazionali ad impronta solidaristica.

L'esercizio concreto di questo diritto comporta l'elaborazione di paradigmi etici ispirati ad una visione della giustizia personale e sociale nello stesso tempo, che deve cioè rispettare le esigenze dei singoli e della collettività.

Il principio di giustizia si traduce quindi nell'adozione di due criteri correlati:

⁷ Per quanto riguarda i trattamenti obbligatori ricordiamo che per l'art. 32 della Costituzione solo la legge può stabilire che determinati trattamenti siano obbligatori, anche se in nessun caso questi possono violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. La riserva di legge riguarda anche i modi operativi, le forme di garanzia (durata, controllo di esecutività, tutela giurisdizionale: art. 33 e segg. l. 833\78), sempre nei limiti del rispetto della persona umana. Per altro verso l'art. 13 della Costituzione stabilisce che la libertà personale è inviolabile, e che non è ammessa alcuna sua forma di restrizione se non per atto motivato dall'autorità Giudiziaria nei soli casi previsti dalla legge. Ma si tratta di limitazioni della libertà stabilite per ragioni di sicurezza pubblica e di giustizia in conformità a quanto previsto dall'art.5 della Convenzione per la salvaguardia di Diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali (La Convenzione firmata a Roma il 4 novembre 1950, fu ratificata con l. 4 agosto 1955 n. 848).

- il *criterio di imparzialità*, fondato sull'uguale dignità degli uomini, impone che tutti abbiano diritto ad uguale trattamento mediante la garanzia dei beni fondamentali;
- il *criterio dell'equa distribuzione delle risorse*, fondato sul riconoscimento della solidarietà, esige che sia data uguale possibilità di accesso ai beni per consentire un'adeguata realizzazione personale, primo fra questi quello della salute.

Dal diritto alla salute come un diritto alla persona conseguono alcuni principi:

- il *principio di autonomia*: riflette il rispetto della persona e il riconoscimento del suo diritto all'autodeterminazione;
- il *principio di beneficalità*: impone di assicurare la salute ed il benessere della persona e non recarle alcun danno;
- il *principio di giustizia*: prescrive di trattare le persone in modo uguale e di evitare ogni forma di discriminazione.

L'applicazione di questi principi non è però automatica poiché essi si compongono in modo vario fra di loro creando, a volte, situazioni apparentemente contraddittorie e conflittuali.

Il diritto alla tutela della salute deve essere considerato un diritto sociale del cittadino, che affonda le radici nel principio di solidarietà, che implica il rifiuto della separatezza fra le persone e il riconoscimento della necessaria interrelazione tra i diversi progetti di vita. La regola delle pari opportunità prevede che "a nessuno dovrebbero essere concessi benefici sociali sulla base di proprietà vantaggiose immeritate ed a nessuna persona dovrebbero essere negati benefici sociali sulla base delle sue proprietà svantaggiose". Deve essere superata, quindi, ogni forma di discriminazione anche in relazione all'assegnazione delle risorse pubbliche nel campo della salute, per non penalizzare ingiustamente singoli soggetti o intere categorie sociali, come, nel nostro caso, i detenuti.

La salute è in relazione alla reale capacità del soggetto di perseguire la sua concezione di salute, di mantenere la propria capacità progettuale nelle scelte esistenziali e la pari capacità o possibilità di fruizione dei beni sanitari.

1.2 LA TUTELA DELLA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO

La separatezza dell'universo carcerario e la necessità di una giusta pena non possono comportare, per la popolazione carceraria, la perdita della facoltà di esercizio dei propri diritti o il semplice

mantenimento della loro titolarità senza la salvaguardia delle necessarie capacità individuali a perseguirlo⁸.

Il diritto alla salute, anche se sancito dalla Costituzione, può, comunque, incontrare limiti per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi sanitari e per le esigenze di tutela di altri interessi legati allo stato di detenzione, per es. le esigenze di sicurezza, che possono diventare primarie rispetto al diritto di tutela della salute.

La peculiarità della situazione è tale che il detenuto rispetto al libero cittadino è limitato in quanto per lui non è possibile scegliere il luogo di cura, è l'Amministrazione penitenziaria e l'Autorità giudiziaria che sceglie per lui, mentre per il cittadino libero è un diritto⁹.

Il detenuto ha limitazioni nella scelta del medico curante, è infatti obbligato a rivolgersi alle cure dei medici penitenziari, solo in caso di possibilità economiche la legge offre possibilità alternative. Queste limitazioni sono motivate da ragioni di sicurezza che, se pur "ragionevoli", limitano di molto la tutela¹⁰.

In ogni caso, l'ordinamento penitenziario si deve adeguare all'art. 27 della Costituzione che testualmente recita: "le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato"¹¹. Inoltre, il trattamento penitenziario "deve essere conforme ad umanità" ed "assicurare il rispetto della dignità della persona". Conseguentemente la garanzia della tutela della salute psico-fisica e sociale diventa basilare per qualsiasi attività di recupero e reinserimento sociale delle persone in stato di detenzione¹².

Ne conviene che la pena deve essere attenta ai bisogni umani del condannato in vista del suo possibile reinserimento sociale, e fra i bisogni "umani" primari necessariamente deve essere contemplata la tutela del diritto alla salute. Il "trattamento" potrà essere positivo solo

⁸ Polillo R.(1999), *Le garanzie di equità della salute per la popolazione detenuta*, in convegno "Il servizio sanitario nazionale per la salute dei detenuti. Una legge da applicare", consultato in data 17 maggio 2011 nel sito: issuu.com/rivistacriminale/docs/carcere_salute

⁹ Sentenze 175/82 e 142/82 della Corte Costituzionale

¹⁰ All'art.2 dell'Ordinamento Penitenziario si recita "L'ordine e la disciplina negli istituti penitenziari garantiscono la sicurezza che costituisce la condizione per la realizzazione delle finalità del trattamento dei detenuti e degli internati"

¹¹ Il divieto di pene come "trattamenti contrari al senso di umanità" è stato introdotto per la prima volta in un testo costituzionale europeo dall'art. 27, 3° comma della Costituzione. Si ritrova anche nell'art. 3 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e nell'art. 7 del Patto Internazionale sui diritti civili e politici, ispirati all'art.5 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948.

¹² Circolare del D.A.P. del 24.11.1990, n. 643295/12

se si inserisce in uno stato di benessere psico-fisico. L'assistenza sanitaria del detenuto, in tal senso, si pone come attività strumentale e si qualifica rispetto alla funzione di trattamento e di sicurezza. L'esecuzione della pena, vista nei suoi caratteri sanzionatori e disciplinari, passa in secondo piano rispetto la malattia. La disciplina sui ricoveri, sull'incompatibilità e sull'applicazione di misure verso il recluso-malato si deve muovere in tale direzione¹³.

La malattia e l'approccio terapeutico sono destinati a specificarsi nel carcere, a rivestirsi di significati particolari.

La Corte Costituzionale ha affermato che il diritto alla salute, pur essendo diritto costituzionalmente garantito, può incontrare limiti per quanto attiene all'organizzazione dei servizi sanitari e per le esigenze di tutela di altri interessi legati allo stato di detenzione, quali le esigenze di sicurezza¹⁴.

Nonostante il recente inserimento della medicina penitenziaria nel Servizio Sanitario Nazionale, il diritto alla salute della persona detenuta appare ancora subire limitazioni più consistenti di quelle operanti per gli individui in libertà. Non tutti i predicati della formula "diritto alla salute" sono suscettibili di essere riferiti alla persona detenuta: la libertà terapeutica del malato, infatti, è completamente subordinata all'esigenza di assicurare la tutela delle esigenze di sicurezza istituzionalmente demandate all'Amministrazione penitenziaria.

L'affievolimento del diritto fondamentale dell'individuo è evidente, se si considera che la sua azionabilità è spesso subordinata all'emissione di un provvedimento amministrativo, qual è l'autorizzazione dell'istituto. Nonostante la Corte costituzionale e la giurisprudenza di legittimità ne abbiano da tempo formalizzato il riconoscimento, la tutela del diritto alla salute in carcere è caratterizzata dalla più totale informalità.

La Corte Costituzionale ha espresso un concetto di diritto alla salute inteso come una pluralità di situazioni soggettive: diritto all'integrità psico-fisica, diritto alla salubrità dell'ambiente, diritto degli indigenti alle cure gratuite, diritto all'informazione sul proprio stato di salute e sui trattamenti che il medico vuole effettuare, diritto alla partecipazione, diritto di accesso alle strutture, diritto del malato di comunicare con i propri congiunti. Il diritto alla salute del detenuto può essere limitato nell'utilizzo delle risorse del S.S.N. per quanto concerne l'accesso ai servizi, ai trattamenti, all'informazione, alla partecipazione, alla salubrità dell'ambiente. Tutto questo non trova

¹³ Cfr. Andreano P., *Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: profili normativi e sociologici*, www.unifi./altrodir, 2000

¹⁴ Corte Cost., sent. n. 175 del 1982.

giustificazione nell'esigenza di sicurezza. L'ordinamento penitenziario si deve adeguare all'art. 27 Cost. che recita: "*Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato*". Conseguentemente la garanzia della tutela della salute psico-fisica e sociale diventa basilare per qualsiasi attività di recupero e reinserimento sociale delle persone in stato di detenzione.

La pena, quindi, deve essere attenta ai bisogni umani del detenuto in vista del suo possibile reinserimento sociale, e fra i bisogni umani primari necessariamente deve essere contemplata la tutela del diritto alla salute. Il trattamento potrà essere positivo solo se si inserirà in uno stato di benessere psico-fisico. L'assistenza sanitaria del detenuto si pone come attività strumentale e si qualifica rispetto alla funzione di trattamento e di sicurezza. L'esecuzione della pena, vista nei suoi caratteri sanzionatori e disciplinari, deve cedere il passo di fronte alla malattia, e la disciplina sui ricoveri, sull'incompatibilità e sull'applicazione di misure verso il detenuto malato si deve muovere in tale direzione.

1.3 LA COMPATIBILITÀ DELLE CONDIZIONI DI SALUTE CON IL REGIME PENITENZIARIO

Il problema della compatibilità delle condizioni di salute con lo stato detentivo ha assunto negli ultimi anni una rilevanza sempre maggiore, a causa dei nuovi e gravi quadri patologici intervenuti negli istituti penitenziari, che hanno reso necessarie significative modifiche legislative. L'incompatibilità tra condizioni di salute e regime carcerario può trarre origine da due fattori fondamentali: il primo consiste nella salvaguardia della salute del singolo e si riferisce a tutte quelle condizioni che non possono essere adeguatamente trattate o che necessariamente richiedono indicazioni di vita irrealizzabili all'interno dell'istituto penitenziario; il secondo concerne la tutela della salute degli altri detenuti, per la quale la presenza di malattie infettive può costituire pericolo.

Le più recenti riforme in materia di esecuzione della pena, la Legge 12 luglio 1999, n. 231 (Disposizioni in materia di esecuzione della pena, di misure di sicurezza e di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria o da altra malattia particolarmente grave) e la Legge 8 marzo 2001, n. 40 (Misure alternative alla detenzione a tutela del rapporto tra detenute e figli minori), hanno seguito due percorsi differenti: da un lato si è apportata una modifica all'istituto del rinvio

obbligatorio dell'esecuzione in relazione allo stato di gravidanza e alle necessità dei condannati affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria in situazione di incompatibilità con lo stato detentivo (art.146 c. p.); dall'altro, la riforma ha modificato la disciplina del rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena, che può essere disposto quando la pena deve essere eseguita nei confronti di chi si trova in condizioni di grave infermità fisica ovvero nei confronti di madre di prole di età inferiore a tre anni.

L'istituto del differimento dell'esecuzione della pena detentiva nelle ipotesi previste dagli artt. 146 c.p. e 147 c.p. risponde all'esigenza di tutela della salute del detenuto nonché all'esigenza di garantire il diritto di assistenza da parte dei propri congiunti durante la malattia¹⁵.

Il profilo di incompatibilità di maggior rilievo medico-legale, per la problematicità della relativa valutazione, attiene propriamente all'ipotesi del rinvio facoltativo dettato dalle "condizioni di grave infermità fisica". L'art. 11 O.P. costituisce uno dei parametri di riferimento nella decisione del rinvio facoltativo: l'incompatibilità dovrà essere accertata considerando la capacità e il livello di erogare prestazioni dell'Amministrazione penitenziaria.

Il giudice dovrà svolgere una serie di accertamenti verificando l'entità della patologia, le conseguenze che da essa possono derivare e se tale malattia sia curabile nella struttura sanitaria dell'istituto di reclusione o in altro luogo esterno di cura. I mezzi di accertamento, ovvero gli strumenti di indagine che il giudice deve impiegare al fine di sondare le condizioni dell'apparato clinico carcerario in rapporto alla tipologia morbosa presentata dal detenuto, si identificano con la relazione sanitaria del personale specialistico dell'istituto e con la perizia medico – legale. Il loro scopo è quello di guidare il giudice nell'analisi dello stato di salute del detenuto, delle terapie a cui quest'ultimo dovrebbe essere sottoposto e della possibilità di ricevere adeguata assistenza all'interno della struttura penitenziaria. Giurisprudenza e dottrina affermano la necessità di valutare l'utilizzo del criterio del livello di efficienza della struttura carceraria penitenziaria tenendo presente la possibilità offerta dall'art. 11 comma 2 O.P., di curare all'esterno il detenuto: l'infermità grave deve essere valutata alla luce di considerazioni relative alla qualità dell'assistenza fornita dall'istituto penitenziario di assegnazione, alle scelte terapeutiche, ai rimedi indicati dai clinici e alle possibilità di giovamento che il richiedente può trarre dalla sospensione.

¹⁵ F. De Ferrari, C.A. Romano, *Sistema penale e tutela della salute*, Giuffrè Editore, Milano, 2003, pp. 101 ss.

Il rinvio dell'esecuzione della pena rappresenterebbe quindi il rimedio residuale, al quale ricorrere nei casi in cui il diritto alla salute ed all'integrità personale del detenuto non sia altrimenti tutelabile dal complesso degli strumenti normativi preposti (assistenza interna, assistenza in centri clinici specialistici dell'Amministrazione, assistenza ospedaliera esterna), ovvero il protrarsi della carenza di adeguati interventi terapeutici esponga il detenuto a rischi incompatibili con il rispetto dei parametri costituzionali: solo nei casi in cui non sia realizzabile una tutela effettiva del diritto alla salute del soggetto nei modi descritti sarà possibile applicare l'art. 147 comma 1 n. 2 c.p..

In merito all'identificazione dell'infermità fisica, la Corte di Cassazione ha precisato che *“deve ritenersi grave non esclusivamente quello stato patologico del condannato che determina il pericolo di morte, ma pure ogni tipo di infermità fisica che cagioni il pericolo di altre rilevanti conseguenze dannose o, quantomeno, esiga un trattamento che non si possa attuare in ambiente carcerario e che necessariamente abbia probabilità di regressione nel senso del recupero, totale o parziale, dello stato di salute”*¹⁶. In una precedente sentenza del 1981 la Corte ha affermato che, ai fini dell'applicazione dell'art. 147 comma 1 n. 2 c.p., *“è necessario che l'infermità fisica, oltre a potersi giovare, nello stato di libertà, di cure e trattamenti sostanzialmente diversi e più efficaci di quelli che possono essere prestati nelle apposite istituzioni dell'ambiente carcerario, sia di tale gravità da far apparire l'espiazione della pena detentiva in contrasto col senso di umanità cui si ispira la norma costituzionale”*¹⁷. La valutazione dell'infermità fisica ai fini dell'applicazione dell'istituto in esame deve quindi essere effettuata in relazione agli strumenti a disposizione del detenuto malato nel contesto carcerario in cui si trova, alla luce dei principi fondamentali sanciti agli artt. 27 e 32 della Costituzione e delle citate sentenze della Corte di Cassazione. In ossequio ai principi costituzionali, il giudizio di gravità o di infermità viene ad avere carattere non assoluto ma relativo, fondandosi su un rapporto mutevole tra condizioni individuali del detenuto e condizioni dell'ambiente penitenziario. L'infermità, per comportare la formulazione di un giudizio di non compatibilità, deve essere di entità tale per cui lo stato detentivo costituisce causa di peggioramento delle condizioni del soggetto o di non miglioramento o sia motivo di sofferenza non conciliabile con la salvaguardia dei

¹⁶ Cass. Sez. VI, 6 agosto 1986

¹⁷ Cass. Sez. VI, 10 luglio 1981

diritti della persona o non consenta un'attuazione del diritto di scelta del medico e del luogo di cura.

Da un punto di vista tecnico è opportuno distinguere le patologie ad andamento acuto da quelle ad andamento cronico. La natura di provvedimento temporaneo a cui tende il differimento per le prime, infatti, risulta certamente soddisfatta poiché la durata della pena detentiva non sarà intaccata dalla sua essenza. In questi casi la concessione del beneficio potrà essere motivata, oltre che da ragioni squisitamente umanitarie, dall'inattuabilità della necessaria terapia in ambiente carcerario. Nel caso di patologia divenuta cronica, invece, è stato posto il quesito se si possa applicare tale istituto considerando che, in questo modo, il rinvio dell'esecuzione della pena si sostanzierebbe in una mancata esecuzione della pena stessa. In realtà nel caso di situazioni fisiche insanabili vi è la possibilità di optare per la detenzione domiciliare in luogo del differimento, ai sensi dell'art. 47-ter comma 1 ter O.P.

Il rinvio obbligatorio deve essere disposto anche nei confronti di donna incinta, di madre di infante di età inferiore ad un anno, di persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'art. 286-bis c.p.p., ovvero *“da altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultino incompatibili con lo stato di detenzione, quando la persona si trova in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più ai trattamenti disponibili e alle terapie curative”* (art. 146 comma 1 n. 3).

L'art. 146 c.p. e l'art. 286-bis c.p.p. sono stati oggetto di attenzione da parte della Corte Costituzionale. L'incompatibilità assoluta e relativa prevista dall'art. 286-bis c.p.p. e art. 146 c.p. si estranea dal livello di efficienza del Servizio Sanitario penitenziario, riferendosi invece ad altri parametri normativi o di giudizio. Ciò comportava un automatismo nei provvedimenti adottati dal giudice: il medico, rilevate le evidenze diagnostiche, accertava l'incompatibilità dalla quale scaturiva a sua volta l'obbligo di differimento della pena o il divieto di custodia cautelare. La Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 146 comma 1 n. 3 c.p., nella parte in cui stabiliva che il differimento avesse luogo anche quando l'espiazione della pena potesse avvenire senza pregiudizio della salute del soggetto e di quella degli altri detenuti¹⁸. La Corte ha affermato il principio che impone una valutazione individualizzata, cioè caso per caso, sul pregiudizio che può derivare tanto alla salute del soggetto quanto alla salute degli altri detenuti.

¹⁸ Corte Cost. sent. n. 438 del 1995.

L'incompatibilità può essere, infatti, posta in relazione anche al concreto pericolo che la patologia da cui è affetto un detenuto crea agli altri detenuti ovvero al personale penitenziario: anche tale pericolo deve essere naturalmente valutato in relazione alle strutture e all'assetto della vita detentiva di ciascun istituto. Attraverso la suddetta sentenza, la Corte Cost. ha esplicitamente rifiutato il rigido automatismo giudiziale che caratterizzava i meccanismi di cui agli artt. 146 comma 1 n. 3 c.p. e 286-bis comma 1 c.p.p.

Questo concetto di incompatibilità relativa ha notevolmente diminuito il numero dei casi di scarcerazione per motivi di salute: l'incompatibilità va infatti vagliata non in assoluto, ma in relazione alla concreta possibilità di cure e alla situazione strutturale di ciascun istituto penitenziario. Nei casi di detenuti affetti da una patologia che abbia come conseguenza inevitabile la morte, è diffusa una prassi a disporre la scarcerazione come vero e proprio atto di clemenza dello Stato, che rinuncia al suo potere punitivo nei confronti del malato detenuto. Del resto, nei confronti di malati terminali la funzione stessa della pena perderebbe la sua ragione di essere sancita dall'art. 27 Cost. comma 3, ai sensi del quale *“Le pene non possono essere contrarie al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”*.

Attraverso la modifica dell'art. 146 c.p., il nuovo quadro normativo prevede un'ipotesi di rinvio obbligatorio della pena che si configura come unica ipotesi di incompatibilità automatica ed assoluta tra condizioni di salute e detenzione in carcere. Il punto n. 3 del comma 1 dell'art. 146 c.p., dopo essere stato dichiarato illegittimo, è stato ampiamente modificato dalla Legge 231/99 in virtù della quale ora si prevede che *“L'esecuzione di una pena, che non sia pecuniaria, è differita [...] se deve avere luogo nei confronti di persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'art. 286-bis, comma 2 c.p.p., ovvero da altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione, quando la persona si trovi in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative”*. La modifica si conforma al dettato costituzionale che, nell'esecuzione della pena, vieta il ricorso a trattamenti contrari al senso di umanità, significativamente includendo tra i beneficiari, al contrario della normativa previgente, non solo i soggetti affetti da HIV/AIDS in fase avanzata, ma anche i condannati che si trovano in condizioni critiche di salute a causa di altra patologia.

Nell'ottica di ricondurre il problema dell'AIDS in carcere nel più generale alveo dell'infermità fisica generata da qualsivoglia

patologia, la nuova formulazione dell'art. 146 c.p. comma I n. 3 contempla congiuntamente sia le fattispecie di persona affetta da "AIDS o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'art. 286-bis comma 2 c.p.p.", sia i casi di persona affetta da "altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni risultano incompatibili con lo stato di detenzione". È opportuno, infine, ribadire che entrambe le condizioni assumono rilievo ai fini del differimento di una pena detentiva soltanto nell'ipotesi in cui il soggetto si trovi in uno stadio della malattia talmente avanzato da non rispondere ai trattamenti e alle cure disponibili, conformemente a quanto d'altra parte stabilito nella corrispondente disposizione relativa alla fase anteriore al giudizio di cui all'art. 275, comma 4-quinquies c.p.p., venendo perciò a configurare l'unica ipotesi di automatica incompatibilità carceraria per motivi di salute.

1.4 LE ISTITUZIONI PER LA SALVAGUARDIA DEL DIRITTO ALLA SALUTE

Dostoevsky sosteneva che "la qualità della società si misura dalla qualità delle sue prigioni", ma ancora nel 1987 le Regole minime europee raccomandano all'art.1 che "la privazione della libertà deve eseguirsi in condizioni materiali e morali che salvaguardino il rispetto della dignità umana e in conformità con questa regola"; chiariscono inoltre all'art.3 che "la finalità del trattamento dei detenuti deve essere quello di salvaguardare la salute e la dignità". Il Consiglio d'Europa nel documento "Regole penitenziarie europee", sopra citato, nel preambolo prospetta una costante evoluzione di tali regole, impegnandosi a "definire criteri di base realistici, che permettano alle amministrazioni penitenziarie di giudicare i risultati ottenuti e di misurare i progressi in funzione di più elevati standard qualitativi".

Ricordiamo le maggiori convenzioni internazionali: Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, Ris. ONU 30 agosto 1955: Regole minime per il trattamento dei detenuti, l. 25 ottobre 1977, n. 881: Ratifica ed esecuzione del patto internazionale relativo ai diritti civili e politici (New York, 16 dicembre 1966).

Inoltre l. 3 novembre 1988, n. 488: Ratifica ed esecuzione della Convenzione contro la tortura ed altre pene o trattamenti crudeli, disumani o degradanti (New York, 10 dicembre 1984). Con la l. 2 gennaio 1989, n.7: Ratifica ed esecuzione della convenzione europea

per la prevenzione della tortura o delle pene o trattamenti inumani o degradanti (Strasburgo, 26 novembre 1987), è istituito il Comitato europeo per la prevenzione della tortura o delle pene o trattamenti inumani o degradanti.

Anche un materia di misure alternative il Consiglio d'Europa ha prodotto la raccomandazione n. R. (92) 16 del Comitato dei Ministri, denominata: Regole europee sulle sanzioni e misure alternative alla detenzione, molto importante in quanto, nelle premesse, valuta la positività delle misure alternative in quanto "le stesse evitano gli effetti negativi della carcerazione".

Per quanto riguarda la situazione europea è possibile fare riferimento al Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa (Raccomandazione n. R (87) 25 del 12.02.1987 e n. R (89) 14 del 24.10.1989) e all'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa (Raccomandazione n. 1080/88 del 30.06.1988 e n. 1116/89 del 29.09.1989). Ricordiamo le "Linee europee su HIV/AIDS ed epatite in carcere" che si orientano alla prevenzione, e la "Carta di Hodenburg" del 1998, nota come "Raccomandazioni europee su carcere e tossicodipendenza" anche su prevenzione e riduzione del danno.

In Italia, il Ministero della Sanità ha stilato le "Linee guida sulla riduzione del danno" prendendo atto della direttiva dell'OMS nota come "Principio di equivalenza delle cure".

Si ricorda che il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa ha istituito con risoluzione (99) 50 (7 maggio 1999) un Commissario Europeo per i diritti umani, con il mandato di promuovere l'educazione, la consapevolezza e il rispetto dei diritti umani nei paesi del Consiglio d'Europa.

Nel sistema delle Nazioni Unite si cerca di promuovere un sistema di monitoraggio e di promozione dei diritti umani a livello nazionale attraverso la creazione di istituzioni provviste di mandato generale o di settore. In Italia, diversamente da altri stati ove esiste una Commissione nazionale per i diritti umani, esistono due Commissioni: una Commissione per i diritti umani presso la presidenza del Consiglio dei Ministri, composta di persone competenti nell'ambito dei diritti umani, istituita con d.p.c.m. del 31.01.1984. Ha il compito di raccogliere informazioni e di assistere la Presidenza del Consiglio e le amministrazioni su questioni di diritti umani.

un Comitato interministeriale per i diritti umani presso il Ministero degli affari esteri. È l'unico organo interministeriale che si occupa della materia. È stato istituito con D.M. n. 519, 15.02.1978. Ne fanno parte rappresentanti di tutti i Ministeri, dell'Arma dei Carabinieri, C.N.E.L., Istituzioni Universitarie, Commissione italiana per

l'UNESCO, oltre a tre personalità eminenti nel campo dei diritti umani.

L'attività del Comitato consiste nella preparazione di rapporti periodici sulle misure adottate a livello nazionale in applicazione alle convenzioni internazionali ratificate dall'Italia. Questi rapporti sono presentati e discussi a livello internazionale. I contenuti di questi rapporti e le relazioni fatte ai vari ministeri di riferimento sono sconosciuti all'opinione pubblica.

Esistono inoltre commissioni e strutture di settore con funzioni connesse alla tutela e promozione dei diritti umani, ma nulla di specifico per la tutela del diritto alla salute in ambito penitenziario.

1.5 TRA LEGITTIMITÀ DELLA PENA E MALATTIA

Nello scenario carcerario diventa fondamentale porsi la domanda se nei casi di malattia grave la pena debba applicarsi con modalità esecutive diverse da quelle previste¹⁹. A tal proposito il fenomeno Aids ha posto al sistema carcerario una serie di problemi riguardanti la questione della definizione dei limiti giuridici entro i quali il carcere possa ancora essere considerato uno strumento di pena compatibile con uno stato democratico di diritto.

Magliona e Sarzotti riflettendo sulla tutela dei diritti individuali e lo stato di detenzione sottolineano, in particolare, come la "situazione del condannato affetto dal virus dell'AIDS ha fatto esplodere contraddizioni profonde tra come la nostra cultura può legittimare teoricamente l'esecuzione della pena e il funzionamento di quell'apparato di sapere-potere che è l'istituzione carceraria. La gestione di questo fenomeno "si esprime negli operatori carcerari con un insieme di atteggiamenti, rappresentazioni e stereotipi [...] riassumibili nel continuo contrasto tra codice paterno (custodiale) e codice materno (trattamentale)" [Demori, Roncali, Tavani 2001 :3]. Tali contraddizioni sono state affrontate dai sistemi penitenziari nazionali cercando di rimuovere tali nodi, senza peraltro riuscire a conciliare l'aspetto etico-retributivo della pena con l'approccio correzionalista del carcere" [Magliona, Sarzotti 1996: 115-154].

Nella prospettiva di una teoria della pena retributiva²⁰, regolata e quantificata nelle modalità afflittive secondo i principi di proporzionalità e di determinazione certa della pena: la pena

¹⁹ Per la discussione di questo tema si seguirà Magliona B., Sarzotti C., *La prigione malata*, op.cit., pp. 115-154

²⁰ Si veda il capitolo 2, par. 2.5 del presente lavoro

comminata al malato deve essere proporzionale alle sue aspettative di vita, ma le modalità di esecuzione della pena stessa non devono essere tali da colpire il malato più gravemente solo a causa del suo stato d'infermità.

Proprio dal concetto di retribuzione si tende a vedere nella rivendicazione dei diritti del malato-detenuto un modo per riconfermare una pena nei limiti stabiliti dal diritto, cioè il detenuto è da intendersi come soggetto giuridico a tutti gli effetti che mantiene tutti i diritti compatibili allo stato di detenzione, e “ciò deriva non già da una paternalistica concessione umanitaria da parte dell'istituzione punitiva o da una malintesa compassione nei confronti del detenuto che soffre, ma dallo stesso principio retributivo, secondo il quale la pena deve essere esattamente quantificata e predeterminata nei suoi aspetti afflittivi” [Magliona, Sarzotti 1996: 115-154].

Da un punto di vista empirico, il fatto che normative internazionali abbiano sentito la necessità di confermare principi di uguaglianza dei diritti dei soggetti detenuti malati sottolinea come le pratiche detentive siano alquanto distanti da un modello giuridico di esercizio della pena.

Per quanto riguarda la gestione del fenomeno negli istituti penitenziari sembrano sussistere due modelli:

- modello a gestione autoritaria: prescrive obbligatorietà del test sierologico, isolamento dei detenuti sieropositivi, restrizioni nell'accesso al lavoro interno e ad altre attività comuni, rifiuto di consentire in carcere la distribuzione di preservativi e di materiale disinfettante per le siringhe;
- modello di gestione liberale: richiede il consenso informato al test, l'adozione di misure di prevenzione, di sostegno psico-sociale ai detenuti malati e di strategie di riduzione del danno.

Magliona e Sarzotti scrivono che, sia nel modello di gestione autoritario sia attuando l'espulsione dal circuito penitenziario dei detenuti affetti dal virus HIV, sembra prevalere una logica autoreferenziale dell'istituzione carceraria, cioè tesa a riconfermare la propria stabilità interna. Il detenuto malato è visto come un problema scomodo da gestire e non come un soggetto giuridico responsabile delle proprie azioni e dotato di una autonoma capacità di scelta [Ivi].

È da sottolineare che questa distinzione riguardante la gestione del fenomeno non si riscontra nel diritto penitenziario o in testi legislativi ma è una ricostruzione, da parte dei ricercatori, di modalità di gestione proprie di ogni istituto, basate sul regolamento interno, di un problema, per lo più visto come emergenza.

In ciò ha trovato espressione, per l'ennesima volta, “quella autonomia e quella costitutiva eterogeneità del carcerario rispetto al

discorso giuridico dello stato di diritto, che già Foucault denunciava e che rappresenta certamente uno degli aspetti più inquietanti e persistenti del modello punitivo delle nostre società”²¹.

Si potrebbe affermare con gli autori, in modo forse un poco paradossale, che “ribadire, da un lato, la tutela dei diritti individuali del detenuto e, dall’altro, il dovere sociale di punire equamente tutti i consociati, come soggetti giuridici responsabili delle proprie azioni, sia il modo più idoneo non solo di sostenere le ragioni dello stato di diritto, ma anche di predisporre politiche di contenimento della diffusione dell’Aids efficaci, in quanto fondate sulla responsabilizzazione morale e sociale degli individui colpiti dal virus HIV”²².

1.6 LA TUTELA DELLA SALUTE E LE NORME DI ESECUZIONE DELLA PENA IN CASO DI MALATTIA DEL DETENUTO

La pena detentiva, come afflizione e privazione, deve tenere conto dello stato di malattia del soggetto, a meno di perdere il carattere di umanità che la Costituzione (art. 27) stabilisce per la sanzione penale²³. Il problema di giustificare la pena in presenza di uno stato di malattia necessiterebbe di stabilire per quali patologie è inutile continuare lo stato detentivo in carcere. Ma nella realtà il criterio oggettivo-diagnostico della gravità della malattia viene relativizzato in funzione dell’adeguatezza o meno del servizio sanitario intramurale²⁴. Diventa complesso valutare lo stato di gravità della malattia, che deve essere bilanciato tra la diagnosi medica e la possibilità, per il detenuto, di poter usufruire di prestazioni esterne ritenute più idonee rispetto quelle offerte dalla struttura carceraria. A tal proposito si ricorda che la Corte costituzionale nella sentenza 114/79 ha chiarito che per “grave infermità fisica” rilevante ai fini della applicazione dell’art.147, c.p., che prevede il “rinvio facoltativo dell’esecuzione della pena” per “chi si trova in condizioni di grave infermità fisica”, deve intendersi quella “non suscettibile di guarigione mediante le cure o l’assistenza medica disponibile in

²¹ In Sarzotti C., *Carcere e aids: le ragioni di un rapporto difficile*, www.comune.torino.it/cultura/intercultura

²² *ibidem*

²³ Per la Cassazione penale (6.7.1992, n. 2819) “neppure la generale inderogabilità dell’esecuzione della condanna può sopravanzare allorché la pena, per le condizioni di grave infermità del soggetto, finisca per costituire un trattamento contrario al senso di umanità, così perdendo la tendenza alla rieducazione”.

²⁴ Cfr Andreano P., *Tutela della salute*, *op.cit.*

luogo di esecuzione”. Tuttavia alcune sentenze hanno vincolato la concessione del differimento alla possibilità della regressione della malattia (quale effetto di trattamenti terapeutici praticati in stato di libertà), quindi contraddicendo la prima interpretazione.

In altre sentenze ancora si trovano letture della legge improntate a una maggiore umanità: al rischio di morte, quale elemento per determinare l’effettiva gravità delle condizioni fisiche, si aggiunge quello che la malattia “cagioni altre rilevanti conseguenze dannose”²⁵.

Ma l’interpretazione di maggior favore si trova in questa pronuncia: *“La guaribilità o reversibilità della malattia non sono requisiti richiesti dalla normativa vigente in tema di differimento dell’esecuzione della pena, per la cui concessione è sufficiente che l’infermità sia di tale rilevanza da far apparire l’espiazione in contrasto con il senso di umanità cui fa riferimento l’articolo 27 della Costituzione”*²⁶.

La diagnosi del medico dell’istituto diventa fondamentale in quanto si basa sulla effettiva valutazione della possibilità di cura intramuraria, e solo dopo avere verificato questa condizione si può pensare di ripristinare, in tutto o in parte, lo stato di libertà del soggetto. L’art.17 dell’Ordinamento Penitenziario è uno dei parametri di riferimento nella decisione del rinvio facoltativo, mentre l’incompatibilità si rapporta al livello di prestazioni offerte dalla struttura penitenziaria. Solo in situazioni estreme, quali le fasi terminali il problema di adeguatezza non si pone²⁷.

Esistono istituti giuridici che per ragioni umanitarie permettono la liberazione anticipata del detenuto qualora sia imminente la sua morte, “in modo da poter morire in condizioni di dignità e libertà”²⁸.

Per evitare di creare qualsiasi automatismo dei provvedimenti alternativi alla detenzione, con relativi problemi di sicurezza, lo stato di salute “particolarmente grave” non è identificato da nessuna categoria, non esistono criteri e descrizioni delle patologie che potrebbero essere ritenute, in qualche modo, incompatibili con la vita

²⁵ Cassazione Penale Sez. VI – 1986 – Celentano

²⁶ Cass. Pen. Sez. I – 1994 – Conti.

²⁷ In Cassazione (24.5.1995, n.4727) si stabilisce che per legittimare le misure “è necessario che ci si trovi in presenza di prognosi infausta quoad vitam oppure che il soggetto abbia bisogno di cure e di trattamenti indispensabili tali da non poter essere praticati in regime di detenzione intramuraria neppure mediante ricovero in ospedali civili o in altri luoghi di cura ai sensi dell’art.11 dell’ordinamento penitenziario”.

²⁸ “Dichiarazione sulla prevenzione e il controllo dell’AIDS nelle carceri”, punto 3, adottata nel 1987 dalla Consulta dell’OMS

in carcere. Una sentenza della Corte di Cassazione rileva che la condizione di “particolare gravità” comprende “tutti gli stati morbosi che siano idonei, per la loro serietà e imponenza, a pregiudicare notevolmente l’integrità fisica e psichica del detenuto”²⁹.

Comunque lo stato di salute incide sulle diverse condizioni detentive: differimento o esecuzione della pena, custodia cautelare, detenzione domiciliare, sospensione dell’esecuzione della pena, applicazione di sanzioni sostitutive.

Si può riassumere che la pena non è scontata in carcere se la gravità delle condizioni di salute è tale da³⁰:

- annullare l’implicita pericolosità sociale presunta dalla legge;
- non presentare i caratteri dell’incompatibilità soggettiva;
- deve presentare un quadro clinico inconciliabile con i trattamenti possibili in carcere o nei centri clinici associati, con obiettiva gravità legata all’insuccesso terapeutico in stato detentivo;
- essere in rapporto alle esigenze cautelari³¹, cioè se queste sono importanti tanto maggiore deve essere la gravità del quadro clinico perché siano concessi benefici.

Per quanto riguarda l’esecuzione della pena possiamo affermare che per legittimare il rinvio per grave infermità devono ricorrere due requisiti autonomi:

- gravità oggettiva della malattia, con serio pericolo per la vita del condannato o altre probabili conseguenze pericolose;
- possibilità di fruire in stato di libertà di cure e trattamenti sostanzialmente diversi e più efficaci rispetto a quelli che possono essere prestati in stato detentivo.

È da sottolineare che il detenuto propone al Tribunale di Sorveglianza istanza di rinvio, ma è il giudice che decide e bilancia le esigenze della pena con i diritti del malato. Il giudice deve verificare “non solo l’entità della patologia e le conseguenze che da essa possono derivare, ma anche se tale malattia sia curabile nella struttura sanitaria dell’istituto di reclusione o in altro luogo esterno di

²⁹ Riportata in Andreano P., *Tutela della salute*, op.cit.

³⁰ Cfr Pratelli D., *Incompatibilità tra condizioni di salute e stato di detenzione*, www.unifi.it/altrodiritto/carcere/asylum/pratelli

³¹ Cassazione penale, sez. V, 10.101991, Conversano, recita “ in tema di scelta delle misure cautelari personali, le condizioni di salute particolarmente gravi, cui fa riferimento l’articolo 275, comma 4, c.p.p., non sono soltanto quelle che danno luogo ad un’assoluta incompatibilità con la detenzione carceraria, ma è tuttavia richiesta una particolare gravità vale a dire una situazione, se non di assoluta incompatibilità, di rilevante pregiudizio, da considerare in rapporto alle esigenze cautelari, di modo che quando queste sono maggiori tanto più gravi devono essere le condizioni di salute per giustificare l’esclusione della custodia in carcere”.

cura”³² e può disporre una perizia medico-legale per valutare la compatibilità o meno con il regime carcerario³³.

D’Ascola rileva che l’art. 299, comma 4, c.p.p., impone al giudice di disporre perizia “tutte le volte in cui l’imputato abbia richiesto la sostituzione ovvero la revoca della misura cautelare ad egli applicata adducendo motivi di salute ed anche ragioni di salute mentale”. Continua ricordando che sulla base dell’art. 648 c.p.p. è possibile disporre “la sospensione dell’esecuzione della pena [...] a cagione di una riconosciuta, ancorché intervenuta all’esecuzione della condanna, condizione di infermità (anche di infermità mentale)” [D’Ascola 2001: 45-66].

1.7 L’ASSISTENZA SANITARIA NEL NUOVO REGOLAMENTO PENITENZIARIO

In linea con il Decreto 230/99, il nuovo regolamento penitenziario accoglie la riforma della medicina penitenziaria modificando gli articoli dedicati all’assistenza sanitaria. In materia sanitaria, come si legge nella Relazione alla Bozza, “le modifiche apportate sono rivolte alla definizione di interventi che rispettino il diritto costituzionale alla salute delle persone detenute ed internate”.

Emerge una triplice esigenza:

- di prevenzione “sulle cause di rischio”;

³² Cassazione penale 26.10.87, n. 17126, si sottolinea che “L’esecuzione penale dovrà essere differita quando la struttura penitenziaria, tenuto conto anche della possibilità del ricovero esterno, non si riveli in grado di provvedere alla cura e all’assistenza sanitaria adeguate all’obiettivo gravità del caso, sì che appaia fondata la previsione che si fatte carenze abbiano a determinare effetti dannosi sullo stato del condannato. Se così non fosse l’esecuzione della pena verrebbe illegittimamente ad incidere sul diritto alla salute costituzionalmente a tutti riconosciuto (art.32 Costituzione) e si risolverebbe in un trattamento contrario al senso di umanità cui la stessa deve ispirarsi”.

³³ Si legge in una sentenza della Corte di Cassazione (4.2.1997, n. 6283) che: “la ragione ispiratrice dell’art.147, 1° co., n.2 “è quella di evitare al condannato trattamenti inumani e la sua sottomissione ad una pena di fatto più grave di quella irrogatagli, in quanto espiata in uno stato di menomazione fisica di tale rilevanza da implicare necessariamente, oltre alla preoccupazione legata ad un eventuale giudizio di inadeguatezza dell’assistenza sanitaria, istituzionalmente garantita, anche il profondo disagio morale prodotto dal particolare tipo di vita imposto dal carcere a chi, non solo non può più approfittare dell’opportunità offertagli per la sua rieducazione, ma vede amplificarsi senza rimedio gli aspetti negativi: a tali criteri il giudice deve riferirsi ai fini della decisione”.

- di un servizio sanitario “organizzato e adeguato per la cura delle patologie ordinarie e straordinarie”;
- di “un sistema integrato e fra gli istituti e fra questi e i servizi sanitari esterni”

La modifica più rilevante del nuovo ordinamento penitenziario riguarda l’entrata in vigore della legge 230/99 e i rapporti tra l’Amministrazione penitenziaria e il SSN. In particolare l’art. 17, “Assistenza sanitaria”, al comma 1, stabilisce un collegamento con le norme sanitarie nazionali e, al comma 4, promuove l’organizzazione di reparti clinici e chirurgici con opportune dislocazioni nel territorio nazionale, “sulla base delle indicazioni desunte dalla rilevazione e dall’analisi delle esigenze sanitarie”. È quindi un tentativo di creare nuove strutture rispondenti a precise esigenze territoriali e sanitarie. È sottolineato, inoltre, che al detenuto è mantenuta la possibilità di ricevere la visita di un sanitario di fiducia, sia per le cure mediche e chirurgiche, sia per ogni altro trattamento terapeutico, anche se tali prestazioni sono a totale carico del detenuto e devono essere eseguite all’interno della struttura penitenziaria.

Al comma 9 è sottolineata l’esigenza di prevenzione e continuità terapeutica, infatti si legge che “In ogni istituto devono essere svolte con continuità attività di medicina preventiva che rivelino, segnalino ed intervengano in merito alle situazioni che possono favorire lo svilupparsi di forme patologiche, comprese quelle ricollegabili alle prolungate situazioni di inerzia e di riduzione del movimento e dell’attività fisica”. La prevenzione delle situazioni patologiche ha spinto il legislatore a tenere conto, a differenza del passato, della negatività, in termini di salute mentale e fisica, del regime detentivo. L’art. 18 stabilisce il divieto di chiedere ai detenuti e agli internati la partecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni erogate dal SSN.

L’art. 19 presenta alcune modifiche tese a migliorare le condizioni generali della maternità in carcere. Nell’art. 20, “Disposizioni particolari per gli infermi e seminfermi di mente”, al comma 1 si legge che nei loro confronti “devono essere attuati interventi che favoriscano la loro partecipazione a tutte le attività trattamentali e in particolare a quelle che consentano, in quanto possibile, di mantenere, migliorare o ristabilire le loro relazioni con la famiglia e l’ambiente sociale...il Servizio sanitario pubblico territorialmente competente, accede all’Istituto per rilevare le condizioni e le esigenze degli interessati e concordare con gli operatori penitenziari l’individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico da parte del servizio pubblico e per il loro successivo reinserimento sociale”. Inoltre si precisa che coloro che sono in grado di svolgere

un lavoro produttivo o un servizio utile sono ammessi al lavoro, gli altri possono essere assegnati ad attività ergoterapiche³⁴.

Inoltre, l'art. 20 sembra prestare una maggiore attenzione alla malattia mentale cercando di favorire:

- il rapporto del malato con l'esterno e specie con la famiglia;
- la cura mediante il coinvolgimento del servizio pubblico territoriale durante la detenzione stessa.

In tale senso si può leggere anche l'art. 113 ove si prevede che la gestione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) possa essere affidata al SSN mediante convenzioni. L'intervento psichiatrico si estende, poi, alla previsione di un trattamento diversificato che consenta l'assegnazione alle strutture psichiatriche solo nei casi necessari. Infatti, l'art. 111 in applicazione dell'art. 65, prevede l'esecuzione negli istituti ordinari anche per coloro che siano condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente. In tal modo, da una parte si selezionano i soggetti realmente bisognosi dell'internamento, dall'altra potranno essere evitate quelle ricadute negative che l'inserimento in una struttura istituzionalizzata comporta. Questa operazione, ovviamente, presuppone un potenziamento dei servizi d'istituto. L'art. 111 prevede che gli operatori e i volontari da assegnare agli OPG siano "selezionati e qualificati, con particolare riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti ivi ospitati".

Sempre all'art. 20, si dispone che i detenuti e internati tossicodipendenti che presentino anche infermità mentali siano seguiti in collaborazione dal Ser.T e dal servizio psichiatrico. Tale operazione richiede, in verità, l'inserimento della figura dello psichiatra nel Ser.T. oltre al "calibramento" del servizio stesso non sulla capienza ma sull'effettivo flusso di popolazione alla struttura. Inoltre stabilisce, sempre in materia di infermità mentale, l'ingresso di operatori del SSN nell'istituto per "rilevare le condizioni e le esigenze degli interessati e concordare con gli operatori penitenziari la individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico da parte del servizio pubblico e per il loro successivo reinserimento sociale".

L'esigenza di prevenzione si esprime oltre che nelle regole sulle condizioni ambientali (artt. 6-16) in norme, come l'art. 23, dove si prescrive che la persona, al momento dell'ingresso, sia esaminata da un esperto del trattamento e dell'osservazione. Il provvedimento regolarizza, così, il servizio "nuovi giunti" istituito e disciplinato fino ad ora solamente da circolari ministeriali.

³⁴ Uso terapeutico e riabilitativo del lavoro in malattie mentali o in stati di invalidità.

1.8 LA LEGGE 231/99 IN TEMA DI INCOMPATIBILITÀ

Il nuovo testo stabilisce l'incompatibilità tra detenzione e AIDS, o comunque una grave deficienza immunitaria, conferma il principio generale del divieto di detenzione in carcere, prevedendo il ricorso agli arresti domiciliari, il trasferimento in luoghi di cura, la concessione dell'affidamento in prova e della detenzione domiciliare. Il Decreto d'attuazione stabilisce i criteri clinici dell'incompatibilità necessari per chiedere l'accesso alle misure alternative indispensabili per una cura efficace ma comunque lascia al magistrato la discrezionalità sulla concessione di tali provvedimenti, anche se il rifiuto dovrebbe essere motivato unicamente dalla pericolosità sociale del detenuto. La legge lascia ampia discrezionalità al magistrato nel determinare la pericolosità sociale, motivo sufficiente per negare la scarcerazione e per disporre il ricovero nei Centri Clinici Penitenziari. Il mantenimento del soggetto in carcere dovrebbe diventare una misura di *extrema ratio*, essendo previsto solo alla presenza di gravi delitti compiuti dopo l'applicazione delle misure non detentive.

La legge 231/99 modifica e regola i casi di inidoneità alla misura detentiva, difatti al comma 4 bis dispone il divieto di custodia cautelare in carcere "...quando l'imputato è persona affetta da AIDS conclamata da grave deficienza immunitaria accertate [...] ovvero da altra malattia particolarmente grave, per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione e comunque tali da non consentire adeguate cure in caso di detenzione in carcere".

Se sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza e se la custodia cautelare non è possibile presso idonee strutture penitenziarie senza pregiudizio per la salute dell'imputato o quella degli altri detenuti, si prevede la possibilità degli arresti domiciliari presso un luogo di cura, di assistenza o di accoglienza. È stabilito inoltre che, per i soggetti affetti da AIDS conclamata da grave deficienza immunitaria, gli arresti domiciliari possano essere disposti presso le unità operative di malattie infettive (ospedaliere, universitarie o di altri enti), presso una residenza collettiva o una casa alloggio.

La custodia in carcere, dunque, si presenta quale misura specifica da disporre solo in caso il soggetto sia imputato (o sottoposto ad altra misura cautelare) per uno dei delitti previsti dall'art. 380. L'art. 276 c.p.p. dà facoltà al giudice di disporre la misura in carcere, quando il soggetto, che si trovi nelle condizioni di cui al comma 4 bis dell'art.

275, trasgredisce le prescrizioni inerenti alla diversa misura cautelare disposta in precedenza. Ma neanche in questi due casi le esigenze di cura sono trascurate. Infatti il giudice deve disporre che l'imputato sia condotto in un istituto dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessarie.

La legge 231/99 considera inutile la permanenza in carcere se esiste uno stato di salute del soggetto molto grave, stabilendo, per tutti i tipi di patologie, l'incompatibilità assoluta. Il differimento obbligatorio è stabilito a favore di persona affetta da AIDS conclamata, da grave deficienza immunitaria, o da altra malattia particolarmente grave tale per cui le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione, cioè "quando la persona si trova in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative". La norma, dunque, in coerenza con le determinazioni della Corte, abiura l'automatismo e si rifà alla valutazione individualizzata auspicata dalla Consulta. A differenza del passato si fa riferimento alle certificazioni dei medici ospedalieri.

Il Decreto 231/99 dispone l'estensione delle misure (affidamento in prova e detenzione domiciliare), a favore dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, "che hanno in corso o intendono intraprendere un programma di cura e assistenza" presso le unità operative. In tal modo i soggetti individuati possono godere di un trattamento diversificato che consente il decorso della malattia in condizioni ambientali adeguate e, soprattutto, vicino alla famiglia. Restano comunque esclusi altri soggetti sieropositivi per i quali si prospetta il ricovero routinario in luogo esterno (ex art. 11 Ordinamento Penitenziario). In termini numerici però questi ultimi rappresentano la maggioranza tra gli affetti da HIV.

La revoca della misura è sottoposta alle analoghe limitazioni, previste in tema di gravi delitti e trasgressioni ma è ugualmente disposta la detenzione presso un istituto carcerario dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessarie. Tali disposizioni sono applicate anche alle persone internate. Per la richiesta della misura alternativa si fa espresso riferimento alla certificazione del servizio sanitario penitenziario.

Da dati raccolti questa legge sembra, in gran parte inapplicata anche perché i Centri Clinici sono utilizzati come ragione per rifiutare misure alternative a coloro che si trovano in condizioni sanitarie gravi. Da sottolineare che l'art. 6 della legge n. 231/99 stabilisce che detenuti con altre patologie (non AIDS) possano richiedere la scarcerazione e l'ammissione a misure alternative quando "sono affetti da malattia grave, per la quale non vi siano più terapie

disponibili, che possano essere effettuate in carcere”. Ma in alcuni pronunciamenti di magistrati questa condizione è stata posta come aggiuntiva, anche per persone affette da AIDS, con il risultato che ne è stata disposta la custodia nei Centri Clinici.

1.9 COSTITUZIONE “UNITÀ OPERATIVA” DI SANITÀ PENITENZIARIA

Con la circolare n. 3543/5993 del 23 febbraio 2001 l’Ufficio del capo del Dipartimento sancisce la costituzione di una “unità operativa” di sanità penitenziaria presso i Provveditorati Regionali dell’Amministrazione Penitenziaria. Il provvedimento nasce dall’esigenza di creare un nucleo per il coordinamento degli aspetti sanitari dell’attività svolta dagli istituti penitenziari nell’ambito regionale, in quanto il decreto legislativo 444/92 ha omesso l’area sanitaria nei Provveditorati e ha frazionato i diversi aspetti della materia tra le altre aree operative di quelle strutture. Ai Provveditorati è stata attribuita una specifica competenza in tema di rapporti con le regioni e con il Sistema Sanitario. È nata l’esigenza di garantire una gestione unitaria del servizio per garantire una risposta congrua, in termini di qualità e appropriatezza, alle numerose richieste del settore. In base alla normativa del riordino della sanità penitenziaria un solo medico per un massimo di 6 ore alla settimana come consulente del Provveditore non può che garantire un intervento disarmonico e frammentario.

Risulta necessario avvalersi di una unità organizzativa, che si interfacci direttamente con il Provveditore, che, oltre a rispondere alla criticità, organizzi gli interventi diretti ad attuare le trasformazioni necessarie.

Questa dovrà essere composta, utilizzando comunque risorse di personale disponibili:

- un direttore di istituto penitenziario che già si occupi, possibilmente, dello specifico settore sanitario, con funzione di coordinatore del servizio;
- due medici incaricati, responsabili degli aspetti medici che avvanzeranno proposte al coordinatore per migliorare strutture e servizi;
- un operatore sanitario dell’area delle scienze infermieristiche, con funzione di promozione e di iniziativa su materie attinenti la qualità dei servizi infermieristici negli istituti;
- un operatore amministrativo contabile e un operatore amministrativo.

Il provveditore potrà avvalersi della consulenza di altri professionisti se si ravvisa la necessità nei settori di alta specificità medica o comunque in particolari materie attinenti al servizio.

Compito dell'unità operativa è di occuparsi dell'andamento dell'attività sanitaria svolta dagli istituti del distretto mediante un'azione di coordinamento, di pianificazione, di attuazione dei programmi d'intervento stabiliti e di verifica delle attività.

Particolare attenzione è rivolta ai progetti già avviati:

– attivazione delle sezioni di primo livello e di livello intermedio per detenuti affetti da infezione HIV e da AIDS.

– Psichiatria.

– Istituzione e potenziamento di reparti per disabili.

– Programmi riguardanti i centri clinici dell'amministrazione.

– Collaborazione con l'autorità competente per la realizzazione delle unità di degenza per detenuti o internati presso ospedali esterni.

Compito fondamentale è coordinare ed indirizzare gli interventi delle direzioni presso le A.S.L. in uno spirito di fattiva collaborazione.

Rientrano nelle competenze dell'unità operativa anche le problematiche legate alla carenza di infermieri professionali, la gestione dei rapporti con la Regione in ordine alla razionalizzazione degli interventi in particolare in materia di psichiatria, le proposte di assegnazione dei detenuti inviati da altri provveditori per il ricovero nei centri clinici dopo averne verificato la diagnosi, la collaborazione, nel settore della sicurezza nei luoghi di lavoro, con l'area tecnica e quanto attenga alla sanità.

Si nota come questa modalità non sia ancora operativa ma solo in alcune Regioni si sia iniziata la sperimentazione³⁵.

1.10 I DETENUTI STRANIERI E IL DIRITTO ALLA SALUTE IN CARCERE

La popolazione immigrata detenuta nell'ultimo decennio è aumentata in modo sostanziale. È importante rilevare che molti di questi soggetti solo il loro ingresso in carcere vengono a contatto per la prima volta nella loro vita con un sistema sanitario organizzato³⁶.

Si sottolinea che il decreto 230/99 e il Regolamento di attuazione disciplinano l'erogazione delle prestazioni sanitarie per gli stranieri

³⁵ Circolare riportata integralmente in *“Le due città”*, rivista dell'Amministrazione Penitenziaria, marzo 2001

³⁶ Per la disamina di questa tematica si è seguito il *“Progetto obiettivo”*, il cui testo integrale è riportato in appendice.

regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale e per i “clandestini”. In particolare, anche in assenza del permesso di soggiorno sono assicurate non solo prestazioni sanitarie d’urgenza ma anche:

- cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali e continuative;
- interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad esse correlate.

La 230/99 rivolge particolare attenzione alle problematiche di:

- tutela della gravidanza e della maternità;
- tutela della salute del minore;
- vaccinazioni;
- interventi di profilassi internazionale;
- profilassi e cura delle malattie infettive;
- tutte le cure previste dal Testo Unico di disciplina degli stupefacenti (DPR 309/90) e sue successive modifiche (e quindi tutto ciò che concerne i Servizi per le Tossicodipendenze e gli interventi curativi e riabilitativi).

Al fine di programmare e realizzare un intervento mirato è necessario:

- conoscere i reali bisogni di carattere sanitario della popolazione immigrata detenuta;
- rendere fruibili le risorse sanitarie esistenti;
- adottare i programmi di prevenzione esistenti per le malattie trasmissibili in carcere tenendo conto della specificità della popolazione immigrata detenuta.

Diventa di fondamentale importanza considerare:

- la quasi totale assenza di conoscenze sullo stato di salute degli immigrati detenuti, salvo per alcune patologie (tubercolosi, lue, HIV), oggetto di una pur parziale sorveglianza da parte del Ministero della giustizia;
- la carenza, anche nella letteratura internazionale, di esperienze specifiche di prevenzione o studio che possano costituire modelli di riferimento;
- la carenza, nella maggior parte degli istituti penitenziari, di protocolli organizzativi volti ad una gestione sanitaria mirata della popolazione immigrata detenuta;
- l’assenza di formazione specifica del personale sanitario, di custodia, di supporto (educatori, assistenti sociali, psicologi) negli istituti penitenziari;
- la non comprensione della lingua italiana di molti detenuti alloro primo ingresso in carcere;
- la non conoscenza delle lingue straniere da parte del personale;

- la non conoscenza dell'immigrato delle norme³⁷ e dei regolamenti che disciplinano le attività sanitarie negli istituti penitenziari;
- l'assenza di informazioni relative alle opportunità offerte dalla legislazione sanitaria italiana alle persone detenute malate di uscire dal carcere (affidamento in prova per i tossicodipendenti ai servizi sociali, ai SERT, alle comunità terapeutiche, gli arresti domiciliari in caso di AIDS o di altre gravi patologie);
- la scarsità e la non uniformità sul territorio nazionale di aiuti esterni su cui contare una volta usciti dall'istituzione;
- la frammentarietà e la disomogeneità degli interventi (opuscoli informativi multi lingue, sportelli d'ascolto ecc.) spesso di iniziativa regionale, a volte addirittura locale;
- l'assenza di mediatori culturali.

Ma "garantire" astrattamente sul piano legislativo un diritto non significa renderlo accessibile a chi ne deve godere e, nella fattispecie, dichiarare che anche gli stranieri "clandestini" hanno diritto alle cure (d'urgenza, essenziali e preventive), non vuol dire rendere queste "cure" accessibili e fruibili per loro alla stregua dei cittadini Italiani.

Questo fa sì che, ancora oggi e in maniera assolutamente paradossale, il carcere sia per moltissimi stranieri clandestini, il primo luogo in Italia dove possono sottoporsi a cure mediche e a visite preventive. Purtroppo, questo stesso meccanismo è tale che usciti dal carcere difficilmente potranno proseguire il trattamento o la cura intrapresa.

Il carcere, d'altra parte, come ben documentato nel "Documento Base" presentato al Convegno di studio: "Il Servizio sanitario per il diritto alla salute dei detenuti e degli internati" (Roma, aprile '99), "ha manifestato nel complesso, al di là dell'impegno dei singoli operatori, una difficoltà strutturale a garantire una globalità e una unitarietà delle prestazioni preventive, curative e riabilitative. (...) Si tratta, in generale, di servizi che si attivano a "domanda individuale", con difficoltà oggettive a svolgere la funzione di presa in carico del bisogno globale di salute". A questo si aggiunge il fatto che, sempre secondo quanto indicato nello stesso documento, "la finalità di fondo del servizio sanitario penitenziario è rappresentata, in prevalenza, dalla copertura del rischio per garantire le responsabilità dell'Amministrazione". Il carcere, dunque, da una parte rappresenta, molto spesso, una prima occasione di "cura" per chi, come gli stranieri irregolari, non ne ha avute all'esterno. Allo stesso tempo,

³⁷ Si discuterà nei prossimi capitoli di come si diffondano, nell'ambiente carcerario, le regole e le normative relative alla salute e ai diritti del detenuto.

però, neppure il carcere garantisce una “presa in carico” sanitaria delle persone che sono detenute, ma si limita ad affrontare e a tentare di risolvere quelle situazioni emergenti o “a rischio” per la salute di tutti (es.: malattie infettive).

L’assoluta carenza di collegamento tra carcere e territorio (che riguarda anche le strutture pubbliche sociali e sanitarie) rende quasi impossibile il passaggio di documentazione tra interno ed esterno. Nello stesso tempo, iniziare cure e terapie all’interno del carcere, senza sapere se queste terapie potranno essere poi continuate al momento dell’uscita (es.: epatite, infezione da HIV) fa sì che tali terapie non possano di fatto essere prescritte neppure se ci sarebbero le indicazioni per farlo.

Le strutture territoriali chiedono un tale grado di attivazione da parte dei singoli soggetti da renderle, di fatto, non usufruibili da parte di coloro che, stranieri e malati, non sono in grado di “muoversi” in maniera autonoma nel complesso sistema territoriale. Neppure coloro che sono affetti da malattie documentate o diagnosticate in carcere possono sempre godere di una maggiore presa in carico da parte delle strutture territoriali: tossicodipendenza, infezione da HIV, malattie psichiatriche. L’uscita dal carcere non prevede la consegna di alcuna documentazione sanitaria e spesso le strutture territoriali richiedono la residenza o comunque un domicilio effettivo per attuare la presa in carico³⁸.

Di fatto, dunque, neppure il carcere garantisce un’uguale fruibilità di cure e di accesso ai servizi sanitari per le persone straniere, mantenendo anche al suo interno un sistema che “blocca” chi si trova in una situazione di maggior disagio, limitandone ulteriormente le possibilità di risorse personali.

³⁸ Verrà chiarito in seguito come viene affrontato tale fenomeno nella provincia di Rimini.

CAPITOLO II - A COSA SERVE IL CARCERE?

INTRODUZIONE

In rapporto al diritto penale, il carcere svolge nella nostra società una funzione che appare *naturalmente* irrinunciabile e insostituibile. Non si vede come possa esistere un dispositivo diverso ma in grado, comunque, di rispondere alla necessità e alla certezza della pena, tanto che nell'opinione comune carcere e pena finiscono per diventare molto spesso sinonimi [Melossi, Pavarini 1977:19].

L'«evidenza» [Foucault 1976: 252], di cui gode il carcere, quest'istituzione insieme così ovvia eppure così concretamente lontana dalla nostra esperienza diretta, fa sì che esso appaia come «naturale» [ibidem: 253], «come sempre esistito, oggetto dato in rerum natura» [Melossi, Pavarini 1977: 20], come se non avesse storia ma fosse co-essenziale a ogni comunità umana. Diversi studi sono stati fatti sull'origine del carcere, il suo sviluppo, il suo ruolo: se pensato in questi termini *storici*, diviene già possibile scuoterlo dalle sue fondamenta e aprire una prima frattura nella «concezione sacrale del carcere» [ivi].

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

2.1 IL CARCERE: DA LUOGO DI ATTESA PRIMA DELLA PENA A LUOGO DI PENA

Il carcere come luogo di pena viene visto come un dato naturale: chi commette un reato deve scontare la pena passando un certo periodo della sua vita rinchiuso dentro uno spazio istituzionale definito “carcere”. Eppure questo, come strumento di esecuzione della pena, è una creazione relativamente recente.

Nel medioevo la prigione era solo un luogo dove veniva custodito l'imputato in attesa del processo³⁹. In un sistema di produzione pre-capitalistico il carcere come pena non esiste; questa affermazione è storicamente verificabile con l'avvertenza che ad essere ignorato non è tanto il carcere come istituzione, quanto la pena dell'internamento come privazione della libertà. Per la società feudale si può correttamente parlare di carcere preventivo e di carcere per debiti, ma non si può altrettanto correttamente affermare che la semplice privazione della libertà, protratta per un periodo determinato di tempo e non accompagnata da alcuna sofferenza ulteriore, fosse conosciuta e quindi prevista come pena autonoma e ordinaria. La pena vera e propria consisteva in qualche cosa di essenzialmente diverso dalla sola privazione della libertà; la pena era rappresentata da una somma di denaro, da una sofferenza fisica, dall'esilio, dalla gogna, dalla morte. È solo a partire dal seicento che queste punizioni cominciano ad essere sostituite dal carcere che lentamente si affermerà come l'unica pena. Tra la fine del settecento e i primi dell'ottocento, sotto la spinta del pensiero illuminista, si compiono i primi passi verso l'umanizzazione della pena e nell'esecuzione penale emerge il ruolo della detenzione in sostituzione delle pene corporali.

Con l'avvio del processo di accumulazione capitalistico, e quindi con una nuova visione della vita basata sulla laboriosità, l'accettazione dell'ordine e la morigeratezza dei costumi, si è potuto assistere ad un'evoluzione del concetto di pena, che ha interessato in modo particolare tutti quegli individui appartenenti alla classe dei “non occupati”: vagabondi, mendicanti e prostitute.

Verso questi soggetti, all'inizio del XVI secolo si era sviluppata una legislazione fortemente repressiva caratterizzata da durissime pene corporali; solo trent'anni dopo in Inghilterra nasce la prima *house of correction* con lo scopo di detenere tutta questa massa di “poveri” e rieducarli attraverso la disciplina e il lavoro. L'esempio inglese sarà

³⁹ Melossi, Pavarini [1976] op. cit.

adottato anche in altre parti d'Europa portando alla comparsa di esperienze simili come l'*hopital* in Francia o le *rasp-huis* in Belgio.

Compare dunque un nuovo elemento che va ad arricchire il concetto di pena: la rieducazione. La componente punitiva, tuttavia, anche nelle esperienze delle *house of correction* resta pur sempre la caratteristica principale della pena: lo dimostrano le pessime condizioni di vita all'interno di questi istituti e i principi su cui si basavano la disciplina e il lavoro.

Nel XVIII secolo, la figura del "povero" da soggetto non rispondente ai valori del tempo, diventa individuo socialmente pericoloso con la conseguente scomparsa della componente rieducativa all'interno del concetto di pena. Il carcere abbandona la logica del lavoro e della disciplina come strumento di rieducazione e si concentra su attività di carattere afflittivo, attraverso la segregazione cellulare e la reintroduzione delle pene corporali.

A partire dal XIX secolo, in Europa le prigioni diventano la norma: costante di questi istituti è l'impronta rieducativa fondata sulla solitudine, sull'isolamento, sul lavoro forzato, sull'umiliazione e sull'indottrinamento religioso.

Originariamente mero strumento di custodia dell'imputato, il carcere ha visto modificata nel tempo la sua funzione. E così si passa dal Panopticon di Bentham⁴⁰, fondato sulla sorveglianza totale, che ha come scopo quello di controllare a vista l'essere umano in ogni sua mossa, alle più moderne architetture carcerarie che riproducono un "brano della città"⁴¹ che hanno lo scopo di ripetere parte della struttura urbana.

Numerose sono le posizioni a proposito della funzione della pena carceraria, spesso fra loro discordanti. Innanzitutto la comprensione

⁴⁰ Il *Panopticon* è la struttura carceraria ideata da Jeremy Bentham. La struttura del *Panopticon* si può così riassumere: una costruzione ad anello, suddivisa in celle, con al centro una torre composta da finestre che si aprono sulla facciata interna dell'anello. Ogni singola cella ha due finestre: una verso l'interno e l'altra verso l'esterno. In questo modo, il sorvegliante nella torre centrale, può osservare ogni minimo movimento del detenuto senza essere visto.

⁴¹ Secondo gli architetti che hanno progettato il carcere di Sollicciano (casa circondariale di Firenze), uno dei carceri più interessanti dal punto di vista architettonico, l'assetto dell'istituto avrebbe dovuto rappresentare un "brano della città", una continuazione naturale del tessuto urbano dove il detenuto si sarebbe dovuto trovare a suo agio. Questo progetto è senz'altro interessante anche per il contesto in cui si è sviluppato, visto che l'arco di tempo tra la progettazione e la realizzazione ha coinciso con la riforma penitenziaria del 1975, con la quale si è proceduto al riassetto, alla luce dei principi costituzionali, di tutta la materia penitenziaria.

del significato della pena comporta un'analisi che si colloca a due livelli distinti di riflessione. Ad un primo livello la pena si presenta come coercizione applicata e sofferenza inflitta al colpevole del reato; ad un secondo livello, invece, la pena assume il significato a seconda della funzione che le si attribuisce.

In base al primo livello la pena è intesa come sanzione criminale irrogata dall'autorità giudiziaria mediante un regolare processo, essa presenta il carattere della afflittività: il castigo inflitto a colui che ha violato la legge [Baldassarelli 1990: 409]. In base al secondo livello la pena assume un diverso significato a seconda degli effetti che essa produce ed in vista dei quali essa è adottata dallo Stato.

Le teorie sulla funzione della pena tradizionalmente vengono distinte in assolute e relative. Sono dette assolute quelle dottrine retributivistiche, secondo le quali si punisce *quia peccatum est*, e cioè perché è stato commesso un delitto; sono invece teorie relative tutte le dottrine utilitaristiche per le quali si punisce *ne peccetur*, vale a dire, per impedire che nel futuro si commettano altri delitti. Secondo le prime la pena trova la ragione in se stessa; per le altre è un mezzo per conseguire uno scopo estrinseco, e precisamente il bene della società⁴².

Dall'analisi della letteratura sull'argomento si ravvisano tre principali correnti di pensiero, le quali sottolineano come determinanti rispettivamente le funzioni retributiva, preventiva, rieducativa.

Il principio su cui si fondava l'idea della retribuzione è che fosse giusto, legittimo e doveroso retribuire il male con il male: la pena è il corrispettivo del male commesso. La pena era considerata come fine a se stessa, e in ciò consisteva la caratteristica della sua assolutezza: la sua giustificazione non risiedeva in uno scopo che essa avrebbe dovuto raggiungere, bensì nella realizzazione dell'idea di giustizia.

Le dottrine assolute o retribuzionistiche vengono divise a seconda del valore morale o giuridico assegnato alla retribuzione penale [Ferrajoli 2002: 240]. Per la retribuzione morale la pena è una esigenza etica profonda ed insopprimibile della coscienza umana: poiché il delitto costituisce una violazione dell'ordine etico, la coscienza morale ne esige la punizione. Per la retribuzione giuridica, invece, la pena trova il proprio fondamento non al di fuori ma all'interno dell'ordinamento giuridico. Sostenitore della concezione retributiva della pena, il filosofo Hegel [1979: 92] affermava che "il delitto è ribellione all'autorità dello Stato, è la negazione del diritto,

⁴² Si veda Fiandaca G., Musco S. (2001), *Diritto Penale*, Parte Generale, IV Edizione, Zanichelli, Bologna.

la pena è a sua volta la negazione del delitto e quindi la riaffermazione del diritto”.

Le dottrine relative o utilitaristiche sono invece distinte tra dottrine della prevenzione speciale, per le quali la pena ha la funzione di eliminare o ridurre il pericolo che il soggetto, cui viene applicata, ricada in futuro nel reato; e le dottrine della prevenzione generale nell’ambito delle quali la sanzione criminale ha la funzione di “prevenire” i delitti mediante l’efficacia intimidatoria che le è inerente. Consistendo in una sofferenza la pena è destinata a distogliere i soggetti dal commettere azioni criminose: il carcere deve mostrare ai detenuti i loro errori al fine di scoraggiare le recidive.

La terza teoria, infine, attribuisce alla pena la funzione di provvedere al ravvedimento del reo “reinserendolo” nella società in modo da favorire il progresso civile. Al fine di prevenire la ricaduta del condannato, occorre correggerlo, migliorarlo, educarlo, ma anche ridargli fiducia nella società che si mostra con lui clemente. Il carcere è visto come un luogo in cui trasmettere agli autori di reati un nuovo quadro di valori.

Le obiezioni di natura filosofica al principio della pena come rieducazione del colpevole sono comuni a varie scuole filosofiche e penalistiche. In primo luogo, sono contro la rieducazione le teorie assolute, che vedono nella pena la sola espressione del principio di giustizia; le teorie che, pur seguaci della pena, vedono in essa solo la prevenzione generale dei reati; e sono contro la rieducazione le teorie della prevenzione speciale, che isolano nel momento della sola intimidazione individuale o nel momento della neutralizzazione del delinquente, o addirittura in quello della sua eliminazione.

Da necessario strumento di controllo e di recupero di soggetti pericolosi, il carcere è divenuto sempre di più la pena per eccellenza in cui il condannato viene abbandonato a se stesso, senza che nulla possa modificare il suo stato. Ci si chiede quali siano le sue reali finalità penali, quali effetti fisici e psichici produca sui detenuti, quale sia il suo rapporto con una società in rapido cambiamento.

2.2. LA PENA DEL CARCERE IN ITALIA

L'avvento dello Stato di diritto apre la strada al concetto di internamento istituzionalizzato, perseguendo la certezza del diritto e della pena. La sanzione penale diventa una sofferenza legale che comporta la sottrazione della libertà, per un periodo proporzionato alla gravità del delitto commesso e alla persona ritenuta colpevole.

In Italia la filosofia del carcere è stata caratterizzata da una logica "custodialistica". Nel 1890 entra in vigore il Codice Zanardelli del Regno d'Italia che abolisce la pena di morte. A un anno di distanza, nel 1891 viene approvato il "Regolamento generale degli stabilimenti carcerari e dei riformatori governativi", primo fondamentale documento delle istituzioni penitenziarie dell'Italia post-unitaria. L'approvazione del regolamento del 1891 è il frutto del positivismo criminologico che aveva individuato nel trattamento differenziato, scientifico ed individualizzato, il nuovo cardine della politica penitenziaria e che poneva in primo piano la realtà umana e sociale del condannato.

Con l'avvento del fascismo si ha una netta involuzione sul piano del trattamento carcerario [Fassone 1980: 53]: il diritto di punire viene considerato come un diritto di conservazione e di difesa proprio dello Stato, avente lo scopo di assicurare e garantire le condizioni indispensabili della vita in comune [ibidem: 60]. Il delinquente altro non è che un "peccatore criminalizzato" [Gallo 1983: 99], nei cui confronti la pena deve operare come strumento di espiazione e di rimorso. Viene reintrodotta la pena di morte per cui la repressione, oltre ad avere un carattere sovrastrutturale, era un'esigenza di politica economico sociale, così che divenne repressione di massa.

Nel 1931 viene approvato il "Nuovo Regolamento per gli Istituti di prevenzione e pena" che recepiva l'attenzione positivista e attribuiva carattere emendativo della pena mantenendone, nel contempo, il carattere afflittivo ed intimidatorio. Il regime disciplinare inaugurato dal regolamento del '31 considera il lavoro, l'istruzione e la religione gli unici mezzi attraverso i quali rieducare e risanare i condannati. Il carcere si configura come un luogo isolato dalla società, in esso i reclusi erano posti in un contesto di totale emarginazione e separazione che andava ben oltre le esigenze di sicurezza.

Il Nuovo Regolamento elencava dettagliatamente tutto ciò che era vietato e ne prevedeva la relativa punizione; ad esempio, erano vietati e puniti: i reclami collettivi, il contegno irrispettoso, l'uso di parole blasfeme, i giochi, il possesso delle carte da gioco, i canti, il riposo in branda durante il giorno non giustificato da malattie o altro, il rifiuto di presenziare alle funzioni religiose, il possesso di un ago,

di un mozzicone di matita, la lettura o il possesso di testi o periodici di contenuto politico oppure con immagini di nudi o seminudi; era consentito di scrivere non più di due lettere alla settimana e non alla stessa persona. Mentre era obbligatorio: indossare divise del carcere, a strisce per i condannati definitivi; farsi trovare in piedi vicino alla branda chiusa e sistemata tutte le volte che le guardie entravano in cella per la conta o altro; c'era la censura sui giornali con il taglio degli articoli che la direzione non riteneva adatti al carcerato. Il colloquio con i parenti era previsto con l'ascolto da parte delle guardie e con due reti metalliche distanziate frapposte tra il detenuto e chi lo andava a trovare.

Le punizioni andavano dall'ammonizione del direttore alle celle d'isolamento, ed erano previste sanzioni come il divieto di fumare, di scrivere, di lavarsi, di radersi per alcuni giorni; vi era poi l'interruzione dei colloqui, la sottrazione del pagliericcio, fino al letto di contenzione che era previsto non solo nei manicomi e la camicia di forza.

La situazione di disagio degli istituti penitenziari è destinata a peggiorare nell'immediato dopoguerra per effetto degli elevati indici di sovraffollamento, dovuti sia alla recrudescenza delle manifestazioni della criminalità comune, che all'applicazione della legislazione speciale contro fascisti e collaborazionisti [Valia 1999: 49].

È solo con l'entrata in vigore della Costituzione che l'idea della rieducazione diventa principio costituzionale: l'esecuzione della pena detentiva deve essere organizzata in modo tale da non rappresentare, nelle sue modalità, un più grande castigo di quello che già si realizza per effetto della privazione della libertà e da consentire tutti quei trattamenti che appaiono più idonei al recupero sociale del condannato.

Il nostro sistema processuale deve adeguarsi all'esigenza che le pene detentive non siano scontate per intero nella forma del carcere, all'interno del quale raramente si può avere un trattamento rieducativo, dato il carattere criminogeno delle carceri: sarebbe bene pensare al superamento dell'equazione pena-carcere.

L'idea rieducativa dovrà guidare il giudice e prima ancora il legislatore nelle scelte di altre sanzioni penali che meglio di quelle detentive possono in certi casi realizzare le finalità scritte nella Costituzione.

2.3 PRINCIPI COSTITUZIONALI IN MATERIA DI PENA

La Costituzione Italiana detta in materia di pene alcuni principi fondamentali.

Il principio di legalità sancito dall'art. 25, ovvero il divieto di irrogare una sanzione penale diversa da quella espressamente prevista dalla legge per un determinato reato e in un'entità diversa rispetto ai minimi e ai massimi edittali. L'articolo 25 della Costituzione, affermando in maniera esplicita la riserva di legge in materia penale, sancisce il principio costituzionale di legalità: del reato, perché non si può essere puniti se non per un fatto previsto dalla legge come reato; della pena, perché questa deve essere inflitta in forza di legge e quindi deve essere certa, nella specie e nella quantità secondo il tenore edittale, prima della commissione del reato; della misura di sicurezza, che si applica in aggiunta o in alternativa alla pena in senso stretto sulla base dell'accertamento della pericolosità sociale dell'autore del fatto, soltanto nei casi previsti dalla legge [Ramacci 1992: 22]. Tuttavia l'esigenza dell'individualizzazione della sanzione penale in fase giudiziaria e successivamente, in fase di esecuzione, fa sì che un ampio spazio venga dato alla discrezionalità giurisdizionale (art. 133 c.p.). Il carattere di legalità comporta che la pena inflitta dall'autorità giudiziaria non possa essere revocata se non nei casi stabiliti dalla legge, e cioè in virtù di una norma legislativa o dall'esercizio di una prerogativa sovrana (amnistia, indulto, grazia).

Il principio di irretroattività previsto dal secondo comma dell'art. 25, per cui non si può applicare una pena che, in relazione ad un fatto, non era prevista nel momento in cui il fatto è stato commesso, salvo il temperamento della legge più favorevole. Hobbes affermava che "se la pena suppone un fatto giudicato come una trasgressione della legge... il danno inflitto per un'azione fatta prima che esistesse una legge che vietasse, non è una pena ma un atto di ostilità, poiché prima della legge non v'è trasgressione alla legge" [Hobbes 1976: 257].

La pena è personalissima, essa colpisce soltanto l'autore del reato e non i suoi parenti e figli. Secondo Ferrando Mantovani l'art. 27 Cost., col sancire che la "responsabilità penale è personale", ha statuito non solo la "personalità dell'illecito penale", ma anche la "personalità della sanzione penale" [Mantovani 1992: 755]. Questo principio enuncia innanzitutto il divieto di responsabilità penale per fatto altrui, il che equivale all'affermazione che ciascuno può essere punito soltanto per un fatto proprio previsto dalla legge come reato. Il carattere personale della pena ha portato all'abolizione di alcune sanzioni che si ripercuotevano direttamente sui congiunti del reo,

come la confisca del patrimonio. A differenza di quanto avveniva nel passato, la pena si estingue con la morte del reo.

Lo stesso articolo 27 della Costituzione, al terzo comma, fissa il principio di umanizzazione della pena: “Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità”. La Costituzione con questo articolo ha inteso bandire ogni trattamento disumano e crudele che non sia inscindibilmente connesso alla restrizione della libertà personale [ibidem: 753]. Come corollario del principio di umanizzazione, nello stesso art. 27 della Costituzione è espressamente escluso il ricorso alla pena di morte.

Altro principio costituzionalizzato, è quello della necessità della pena: questa è considerata un elemento garantista del nostro sistema giuridico e perciò stesso non sostituibile. L’abolizione, perciò, dovrebbe considerarsi incostituzionale. Pertanto, finché la Costituzione fonda il nostro diritto penale sul principio di responsabilità individuale, è possibile parlare di sanzioni alternative non alla pena in generale, ma soltanto alla pena detentiva.

La pena è proporzionata al reato. Il principio di proporzionalità della pena è stabilito dagli articoli 3 e 27, primo e terzo comma, della Costituzione che impongono rispettivamente il trattamento differenziato delle singole situazioni diverse e l’ineludibile giustizia della pena, intrinseca al carattere personale della responsabilità e presupposto dell’azione rieducatrice della pena [ivi]. Gli elementi-base per la predeterminazione della pena sono la gravità del fatto, ossia: sotto il profilo oggettivo, il rango dei beni secondo la gerarchia desumibile dalla Costituzione e dall’attuale realtà socio-culturale e il grado e la quantità dell’offesa; e sotto il profilo soggettivo il grado di colpevolezza.

L’articolo 27 della Costituzione enunciando “Le pene (...) devono tendere alla rieducazione del condannato” sancisce il principio del finalismo rieducativo della pena. Circa il concetto di rieducazione, esso non può essere identificato con il pentimento interiore, l’emenda morale, spirituale, astrattamente possibile con qualsiasi pena ed in qualsiasi condizione carceraria. Ma viene inteso come concetto di relazione, rapportabile alla vita sociale e che presuppone un ritorno del soggetto nella comunità. Secondo Antolisei [1985: 701] rieducare il condannato significa riattivare il rispetto dei valori fondamentali della vita sociale; rieducazione non può essere intesa se non come sinonimo di “recupero sociale”, di “reinserimento sociale”, di “risocializzazione”. Il principio costituzionale in esame è sicuramente innovativo rispetto al precedente modo di concepire la pena e per comprenderne appieno il significato non possiamo che partire da un punto obbligato: i lavori della Costituente che hanno

condotto alla formulazione dell'art. 27, terzo comma, della Costituzione.

2.4 IL CARCERE NELLA PENALITÀ MODERNA

Se si guarda il carcere secondo un punto di vista storico, esso si mostra come frutto di una determinata prospettiva e intersecato ad altri processi storici. Il carcere così come lo pensiamo oggi non è sempre esistito. Da semplice luogo di posteggio e custodia del detenuto in attesa del giudizio e della sentenza penale, nell'età moderna la prigione o carcere diventa esso stesso il principale agente di esecuzione della pena⁴³. La pervasività che acquista il carcere come risposta prevalente al crimine è riferibile a una serie di fattori.

Si assiste, a partire dall'età illuminista, a una progressiva volontà di umanizzazione della punizione penale e dei supplizi che le erano connessi, la cui pratica inizia a essere percepita come «improvvisamente intollerabile» [Foucault 1976: 79] nella sua dimensione di eccessiva e sproporzionata afflittività corporea. Quest'ultima inizia ad essere sostituita dalla condanna alla «perdita di un bene o di un diritto» e la prigione acquista la caratteristica essenziale e astratta di «pura privazione della libertà» [ibidem: 18]. Essa permette la codificazione di un castigo egalitario e quantificabile attraverso una corrispondente «privazione del tempo» [Melossi, Pavarini 1977: 23], che viene preso e gestito dall'istituzione totale. Questo tempo, contenitore quantitativo della pena detentiva, corrispettivo del contenitore fisico e spaziale delle mura, non rimane vuoto ma viene riempito di significati positivi, per essere utilizzato in vista della rieducazione e correzione del condannato e in vista della difesa della società. Rimane comunque inerente alla carcerazione, come sua conseguenza inevitabile, un «supplemento di punizione che concerne proprio il corpo in se stesso» [Foucault 1976: 18].

Inoltre, si può storicamente rilevare «una connessione tra sorgere del modo capitalistico di produzione e origine dell'istituzione carceraria moderna», che ha già le sue prime origini nelle *workhouses* dell'Inghilterra elisabettiana: «in un sistema di produzione pre-capitalistico il carcere come pena non esiste; non è tanto il carcere ad

⁴³ Castellana G., *La funzione rieducativa della pena e il detenuto straniero. Aspetti sociologici e costituzionalistici*, in *L'altro diritto. Centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità* (www.altrodiritto.unifi.it).

essere ignorato dalla realtà feudale, quanto la pena dell'internamento come privazione della libertà» [Melossi, Pavarini 1977: 21]. La cella è il dispositivo che sancisce questa privazione, occupandola con la dimensione espiativa e correzionale, declinabile attraverso due modalità tipiche della reclusione detentiva: l'isolamento cellulare, secondo il modello di reclusione monastica, e il lavoro in comune, secondo il modello della disciplina di fabbrica⁴⁴.

Nel suo collegarsi a dinamiche sociali e ideologiche più globali, si comprende come non sia possibile interpretare il carcere solo come istituzione isolata e separata, ma come esso abbia, anche nella sua stessa separatezza, «una funzione sociale complessa» [Foucault 1976: 26], in relazione alle dimensioni storiche in cui è inserito.

⁴⁴ Queste due modalità sono state storicamente rappresentate dai sistemi carcerari americani di Filadelfia e Auburn, dal cui confronto nacque un ampio dibattito; cfr. M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, p. 259 e ss.; P.F.Peloso, T.Bandini, *Follia e reato nella storia della psichiatria. Osservazioni storiche sul rapporto tra assistenza psichiatrica e carcere*, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, anno I, n. 2 – 2007.

2.5 LE TEORIE DELLA PENA

Il problema della pena pone forti problemi nell'ambito della filosofia del diritto penale, nella ricerca di una giustificazione in grado di legittimare l'operazione punitiva. Il diritto penale si gioca, infatti, tra il versante della violenza fatta subire all'uomo, e l'opposta «funzione della tutela della persona umana» e dei suoi diritti. All'interrogativo basilare «circa la possibilità e la liceità del fatto che alcuni esseri umani possano esercitare il potere di giudicare ed eventualmente condannare altri esseri umani» [Cattaneo 1998: 3-5], si è risposto tramite diverse dottrine che si concentrano nell'attribuzione alla pratica punitiva di funzioni considerate di volta in volta legittime.

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

Il problema della giustificazione della pena risulta quindi più complesso di ciò che si tende a omogeneizzare nella generale categoria di punizione, comportando «l'insufficienza di ciascuna teoria nella sua pretesa di esclusività» [Cattaneo 1998: 57] nonostante le distinzioni e differenziazioni, ognuno di questi principi si mostra all'opera, di volta in volta in diversa misura, nei meccanismi penali e, contemporaneamente, nessuno di essi è capace di risolvere definitivamente lo scomodo problema dell'azione punitiva.

2.5.1 La teoria retributiva

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

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

La pena retributiva può venire a sua volta distinta in due sottocategorie. Secondo la prospettiva della retribuzione *morale*, «poiché il delitto costituisce una violazione dell'ordine etico, la coscienza morale ne esige la punizione». La teoria della retribuzione *giuridica*, invece, afferma in prima istanza «che il delitto è ribellione del singolo alla volontà della legge e, come tale, esige una riparazione che valga a riaffermare l'autorità dello stato. Questa riparazione è la pena» [Cattaneo 1998: 58-59].

Entrambe queste due concezioni, non fornendo alcuno scopo estrinseco, non possono che ridursi al concetto stesso di pena, connotandosi così attraverso un'esigenza principalmente *afflittiva* verso il condannato, che risulta a sua volta una speculare soddisfazione per la vittima offesa. Nella sottolineatura della caratteristica retributiva della pena, assolta attraverso «l'inflizione di un male a un nostro simile» [ibidem: 91], l'unico e sufficiente scopo che si pretende di raggiungere è la «realizzazione dell'idea della giustizia» stessa; un'idea secondo cui «è giusto, legittimo o doveroso rendere male per male» [ibidem: 58]. Il fatto che la prigione abbia «sempre comportato, in una certa misura, la sofferenza fisica [...] indica un postulato che non è mai stato chiaramente abbandonato: è giusto che un condannato soffra fisicamente più degli altri uomini» [Foucault 1976: 19], elemento che non può che creare forti contrasti con l'astrazione della pena intesa come pura privazione della libertà. L'interpretazione della pena come retribuzione ha, al di là del suo carattere assoluto basato solo sul crimine commesso, un immediato effetto, quello di *distribuzione* della pena: l'esclusione di fattori ulteriori nella valutazione della pena comporta la possibilità di individuare una responsabilità che sia *personale* del delitto e, di conseguenza, la possibilità della *misura* della pena, ovvero la determinazione della qualità e quantità di essa, per quanto poi tale proporzione non sia, in realtà, di così agevole determinazione concreta⁴⁵.

⁴⁵ Cfr. L. Eusebi, *La "nuova retribuzione"*, cit. in M. A. Cattaneo, *Pena diritto e dignità umana*, p. 103: «reato e pena sono realtà eterogenee; ogni teoria che intenda collegare proporzionalmente tali entità deve inevitabilmente ricorrere ad un elemento *esterno* – perciò, dal punto di vista intrinseco della retribuzione, *arbitrario* – su cui fondare il rapporto».

2.5.2 La teoria preventiva

Diversamente dall'interpretazione retributiva, secondo la concezione preventiva, la pena trova il suo scopo e la sua funzione all'esterno di essa, negli effetti che ne devono conseguire. La pena consiste in questo caso nel *prevenire* la commissione dei delitti. Non guarda a un male passato da ricambiare con la stessa moneta, rischiando di confondersi pericolosamente con una vendetta legalizzata, ma mira ad un bene futuro. Nel contesto punitivo, il termine prevenzione deve essere inteso in senso stretto, non come dispositivo di prevenzione sociale in senso positivo e promozionale, ma nel senso di *intimidazione* o *deterrente*, al fine di distogliere, attraverso il timore, dalla commissione dei delitti. È possibile distinguere tra prevenzione generale e prevenzione particolare o speciale: quest'ultima si applica ad un individuo reo specifico, mentre la prima a tutta la società senza distinzioni.

La prevenzione penale di tipo generale ha lo scopo di distogliere, attraverso l'esecuzione o la minaccia della pena e l'impressione di timore che questa suscita, gli *altri* membri della società dalla commissione dei delitti.

La pena inflitta al delinquente serve così da *esempio* ai suoi spettatori, oppure, quando si tratta solo della minaccia della pena contenuta nella legge ancor prima della commissione del reato, tale rappresentazione di *minaccia legale* comporta una sorta di «coazione psicologica» [Cattaneo 1998:129] nell'animo dei consociati. Questa concezione, teorizzata storicamente nel periodo illuminista, fa capo a una prospettiva *utilitaristica* di difesa della società, in cui il colpevole finisce per essere trattato come «mezzo per un fine [...] che è a lui estraneo ed è proprio della società inteso come ente collettivo» [ibidem: 110]. Nell'esigenza di una pena utile e moderata, in contrasto all'elemento di vendetta che sembra caratterizzare il principio retributivo, ci si richiama come ragione giustificante all'umanità del reo stesso; ma tale «umanità» rischia, in realtà, di essere solo «il rispettoso nome» dato al calcolo degli «effetti di ritorno del castigo sull'istanza che punisce e sul potere che pretende di esercitare» [Foucault 1976: 100]. In questa prospettiva, punire diventa «un'arte degli effetti», rispetto a cui «bisogna punire esattamente abbastanza per impedire» [ibidem: 102], avendo come bersaglio soprattutto quelli che ancora sono solo «i possibili colpevoli» [ibidem: 118].

Al contrario, nella prevenzione speciale o particolare, lo scopo di intimidazione è rivolto nei confronti del singolo reo. In tale concezione, si mostra la tendenza all'«*individualizzazione* della pena», calibrandola «nel modo più adatto al comportamento e alla personalità del colpevole» [Cattaneo 1998: 152]. Il rivolgersi al

singolo comporta, inoltre, l'emergere di una funzione di «recupero sociale del condannato» [ibidem: 162], a cui è necessario reinsegnare la vita sociale, obiettivo che si connette alla teoria dell'emendamento o rieducazione. Se la prevenzione generale era in funzione prima di tutto della società e non del colpevole stesso, con il principio dell'«educazione del detenuto» si vuole assolvere «una precauzione indispensabile nell'interesse della società e nello stesso tempo un obbligo nei confronti del detenuto» [Foucault 1976:297].

2.5.3 La teoria rieducativa

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

rigenerazione morale, che rappresenta quindi un bene per la sua stessa persona [Cattaneo 1998: 162-163].

Diversamente dalla concezione retributiva, qui la pena risulta il mezzo e la rieducazione il fine, che permettono di conseguire contemporaneamente il bene del singolo reo e della società. Si differenzia invece dalla teoria della prevenzione, poiché non tenta di agire solo sul piano giuridico e sull'astensione esteriore dai delitti, ma vuole operare «sul piano morale, penetrare nell'interiorità del colpevole, esigendo una sua profonda conversione morale» [ibidem: 170].

In questo modo, si viene ad attribuire al diritto anche «una funzione pedagogica», la quale porta con sé una serie di problemi. Si viene, infatti, ad «attribuire allo stato un compito di valutazione del comportamento morale dell'individuo, che implica una sua interferenza nell'ambito della coscienza» [ibidem: 171-172]. Questo aspetto di *paternalismo* porta a considerare il colpevole come «un immaturo o un minore e perciò bisognoso di rieducazione, finché non vengano eliminati i motivi interiori del suo comportamento ingiusto» [ibidem: 163]. In quest'ultimo senso, tale teoria manca di considerare le eventuali condizioni sociali che possono portare al crimine, riducendolo solo a una questione interiore. Inoltre, la dottrina dell'*emenda* porta in sé una contraddizione relativa all'idea stessa di educazione, che come tale esige autonomia e adesione

dell'educando, mentre nel contesto penale si pone il problema di un'«educazione coattiva», di come sia possibile far «diventare libertà la necessità e la coercizione» [ibidem: 172-174].

Se da una parte la teoria dell'emenda si giustifica attraverso un'esigenza di «umanizzazione della esecuzione penale», in modo che «non sia attuata con metodi ripugnanti il senso di umanità, e soprattutto che la sofferenza causata dalla pena si limiti alla privazione del godimento di un diritto quale la libertà, e ad essa non si aggiungano altre sofferenze» [ibidem 176-177]; dall'altra parte, essa trova un forte limite nella sua dimensione moralizzatrice, con le difficoltà che essa porta con sé.

Nell'articolo 27 della Costituzione Italiana viene sancito il principio dell'«umanità» delle pene che «devono tendere alla rieducazione del condannato». È necessario però precisare che qui la rieducazione non può essere identificata col «pentimento interiore, l'emenda morale e spirituale [...] Ma viene inteso come concetto di relazione, rapportabile alla vita sociale e che presuppone un ritorno del soggetto nella comunità. [...] Rieducare il condannato significa riattivare il rispetto dei valori fondamentali della vita sociale; rieducazione non può essere intesa se non come sinonimo di *recupero sociale*, di *reinserimento sociale*, di *risocializzazione*» [Antolisei 1985: 170].

2.5.4 La teoria della prevenzione indiretta

Oltre alle dottrine classiche della pena, è importante fornire una considerazione di quella prospettiva che si collega alla nascita della sociologia criminale e alle teorie della devianza e della difesa sociale. È possibile denominare tale teoria come *prevenzione indiretta*, specificando però che non è legata a una dottrina particolare della pena, ma che tende piuttosto a un'«idea di superamento della pena» [Cattaneo 1998: 185], perseguendo la prevenzione dei crimini attraverso mezzi non penali, secondo il principio che «è meglio prevenire i delitti che punirli» [Beccaria 1764: 181]. Secondo l'ottica del diritto preventivo, «la pena diviene un *accessorio*», per essere sostituita da «strumenti di “terapia sociale”», che intendono ricercare le «cause sociali dei delitti», non con un intento repressivo, ma in vista di una «promozione della prevenzione della delinquenza» [Cattaneo 1998: 181-186].

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

curare» e la *delinquenza* come «una malattia da cui la società deve difendersi» [ibidem 1998: 186].

Connotandosi come extra-penale, tale concezione comporta il grosso rischio di confondere potere punitivo e «potere normalizzatore», attraverso la «produzione» della categoria dell'*uomo delinquente*. Venendo percepito come sempre più stretto il ruolo penale del «condannare per condannare», incalzato da un crescente «appetito di medicina», il potere di punire tende a configurarsi nella sua funzione come «non essenzialmente diverso da quello di guarire o di educare» [Foucault 1976: 333-336].

2.6 LO SCOMODO DIRITTO DI PUNIRE E L'INSOLUBILITÀ DEL PROBLEMA

Per quanto la punizione assolva indubbiamente a delle funzioni più o meno giustificate all'interno della società e in vista della tutela di diritti individuali, «il problema penale» sembra rimanere inevitabilmente «non suscettibile di soluzioni pienamente soddisfacenti» [Cattaneo 1998: 3].

L'elemento di potere e assoggettamento che è insito alla violenza - presente anche solo nella fondamentale privazione della libertà - con cui si attua la sanzione penale, rende difficoltoso giungere a una pacificata legittimità, che viene invece sempre scossa dalle frizioni provocate dai vuoti che qualsiasi pretesa funzione sembra non riuscire a colmare. Di conseguenza, si tende a riferirsi al diritto penale come «l'estremo rimedio», «l'ultima ratio» [ibidem: 4], una «dolorosa necessità» [ibidem: 369], per un motivo che tocca la stessa radice della giustizia penale: «per il fatto che, al limite, l'uomo non può rivendicare la facoltà di giudicare un altro uomo in tutti gli aspetti che concernono un'azione da questi compiuta» [Foucault 1976: 280].

Nonostante le progressive operazioni di *umanizzazione* della pena, in direzione di una giustizia che sia sempre più *pudica* e *incorporea*, «per la vergogna che prova a punire coloro che condanna» [ibidem: 280], rimane quella radice di «violenza, che è impossibile cancellare completamente dalla punizione» [ibidem: 61]. Da qui la tendenza della giustizia criminale a giustificarsi attraverso un «incessante riferirsi a qualcosa di diverso» [ibidem: 25], dalla difesa sociale all'intento terapeutico. La giustizia penale, ancor prima del reo che punisce, non ha mai fin dall'inizio la coscienza del tutto a posto.

Nonostante l'ineliminabilità di questo nucleo paradossale che caratterizza la giustizia penale e i dispositivi che, come il carcere, essa adotta per raggiungere i propri obiettivi, altrettanto ineliminabile appare «l'esigenza di non rinunciare all'umanizzazione, attraverso l'effettiva tutela dei diritti riconosciuti ai reclusi» [Buffa 2006: 11], nella continua tensione che nella filosofia della pena si instaura tra «essere e dover essere, un continuo sforzo di conciliazione fra la dolorosa necessità di punire e la preoccupazione di tutelare, nel punire, il valore dell'umanità» [Cattaneo 1998: 18].

2.7 IL CARCERE FA MALE

Partiamo dall'affermazione che la salute di ogni individuo sia strettamente legata al suo benessere psicologico, all'ambiente in cui si trova, alla maniera in cui vive il suo corpo – e che questi fattori siano interdipendenti fra loro. Riprendiamo l'Organizzazione Mondiale della Sanità quando indica tra i “determinanti sociali della salute” le differenze sociali, lo stress, l'esclusione sociale, il lavoro (e per contro, la disoccupazione); il supporto sociale, la dipendenza da droghe, l'alimentazione. Apriamo una breve parentesi medica per capire come questi fattori agiscono sulla salute, e vedremo poi come si declinano nel mondo del carcere.

Nel nostro discorso cerchiamo di trovare un filo comune fra i determinanti sociali: possiamo individuare nello stress il tramite fra l'ambiente, le sensazioni di chi lo abita e il manifestarsi di alcune malattie. L'ipotesi è che le condizioni dell'ambiente e le sensazioni del detenuto si intreccino con l'ansia, la paura, la frustrazione, le impossibilità fisiche; e lo stress che ne deriva incida così sul suo corpo e quindi sullo stato generale di salute nelle carceri.

Con il termine stress intendiamo, prima del suo significato di uso comune, qualcosa di specifico cioè un “disagio emozionale cronico che predispone all'insorgenza di vari tipi di malattia”⁴⁶. Il termine è preso in prestito dalla fisica, dove indica la forza deformante esercitata su un oggetto. Tutti abbiamo esperienza dell'azione deformante dello stress sulle nostre emozioni, vedremo ora come agisce a livello organico.

Lo stress è un meccanismo che gli esseri viventi hanno sviluppato per meglio adattarsi all'ambiente. La complicazione interviene perché nell'uomo le reazioni al variare dell'ambiente sono filtrate

⁴⁶ Flora Ippoliti, “Stress in carcere e sistema immunitario”, in Carcere, emozioni, trasgressioni, a cura di Emilia Costa, CIC Edizioni Internazionali, Roma 2001

dall'apparato concettuale e cognitivo, il che ci rende più capaci di adattamento, ma allo stesso tempo maggiormente in balia delle nostre risposte emotive cioè soggetti a sviluppare malattie su base emozionale. Quello che succede è che la reazione del nostro corpo si innesca anche per stimoli psicosociali, o simbolici, e si mantiene attiva per lunghi periodi. Quindi, il filtro "culturale" attraverso il quale viviamo gli eventi fa dell'uomo l'animale forse più adattabile alle situazioni, al variare dell'ambiente; ma ci rende anche più vulnerabili.

Negli anni Ottanta, Paolo Pancheri è stato fra i primi a dimostrare la correlazione tra contesto esterno e comportamenti soggettivi, tra l'ambito del corpo e quello mentale. Secondo le sue ricerche, "modificazioni dell'ambiente possono modificare permanentemente lo schema di reazione allo stress nell'adulto, sia dal punto di vista comportamentale che dal punto di vista fisiologico (endocrino e immunitario)" [Pancheri 1980: 40].

Dall'interazione di stimoli, reazioni, stress in un ambiente di disagio come il carcere si hanno soprattutto effetti nocivi e patogeni.

Possiamo ritrovare questa consapevolezza in molti articoli scritti dal carcere. Qui si parla del "carcere duro", ma vedremo che è un discorso che possiamo ampliare alle "normali" condizioni di reclusione. Stimolare e "disturbare" continuamente la personalità di un individuo significa impedirgli di avere un comportamento equilibrato e a livello mentale significa anche inibire i processi del pensiero, dell'ideazione e della creatività.

L'ansia e la paura determinate da una simile minaccia provocano un costante deterioramento del sistema nervoso, dimostrandosi fortemente deterrenti ma anche agenti patogeni dell'organismo umano. In queste carceri, dove l'isolamento non è più una minaccia ma la norma, la paura e l'ansia provocate da uno stato di insicurezza totale per la propria integrità psicofisica sono elementi concreti che agiscono (...) come scientifici mezzi di distruzione⁴⁷. E dalla rubrica "Sani dentro" del giornale Ristretti orizzonti, deve essere insomma chiaro che, assai spesso, il carcere, lontano dall'essere una medicina o un luogo di cura, costituisce piuttosto la malattia.

Ormai da diversi anni stiamo assistendo al progressivo aumento della presenza nelle strutture detentive della cosiddetta "detenzione sociale" (le percentuali parlano di circa un 80% del numero complessivo dei detenuti) ovvero di persone che vivono in uno stato di svantaggio, disagio o marginalità per le quali più che una risposta penale o carceraria sarebbero opportune politiche di prevenzione e sociali appropriate. Per lo più fanno parte di questa fascia marginale i

⁴⁷ AA. VV. (1983), "Articolo 90 la paura", in Assemblea n.3.

tossicodipendenti e gli immigrati le cui condizioni economiche sono di estrema povertà, con uno sfondo di precarietà familiare e di carenze educative.

Sono sempre più numerosi i casi di detenuti portatori di disagio psichico, che avrebbero bisogno di interventi più terapeutici che repressivi. In ragione di questo scenario c'è chi sostiene che il carcere sia, per certi versi, l'unica risposta alla condizione sociale di emarginazione, e che il processo di criminalizzazione oggi più che mai abbia radici sociali, tanto da colpire le persone non per la gravità dei reati e per il disvalore delle condotte, ma per il modo di essere di chi, non integrato, costituisce quella diversità fastidiosa.

Il carcere è oggi diventato un contenitore di disagi dove, sempre di più, vengono a scaricarsi sofferenze di ogni genere, di persone che perdono, spesso e prima di tutto, il benessere psicofisico. A questo il sistema penale, a volte in maniera colpevole, non è preparato.

CAPITOLO 3 - LA SALUTE "DETENUTA"

3.1 IL CARCERE: FABBRICA SANA DI MALATTIA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie e di infermità" [Baccaro 2003: 19]. Questa semplice definizione appare rimandare non solo a tutta la complessità e problematicità del concetto di salute, ma anche alla contraddittorietà e conflittualità dei processi all'interno dei quali si può raggiungere una effettiva realizzazione della stessa. Tra la definizione della salute come semplice assenza di alterazioni della normalità fisiologica e funzionale del corpo umano e conseguente assenza di sintomi, e quella di salute come pienezza di uno stato di benessere che si concretizza in armonia tra bisogni e desideri soggettivi e opportunità di realizzazione socialmente praticabili, in un quadro di armonia tra soggetto e ambiente naturale e sociale si apre uno spazio enorme. In esso le propensioni e le percezioni soggettive continuamente si confrontano e configgono con le condizioni socialmente date e, ancor di più, con le definizioni sociali di salute (possibile, consentita, giusta, ottimale..), che di volta in volta vengono a strutturarsi, nonché con le conseguenti aspettative sociali verso le aspettative del soggetto. La definizione di malattia è esattamente speculare a questa immagine, compresa tra i due opposti. Da un lato, essa può essere percepita come malessere profondo, che sale dall'animo per fissarsi nel corpo; all'estremo opposto essa può venire socialmente riconosciuta solo quando il soggetto non è più in grado di soddisfare le aspettative sociali di adeguatezza, di produttività, di benessere. Anche da questo punto di vista, nello spazio disegnato tra i due estremi, il soggetto si trova continuamente a configgere tra il pieno riconoscimento del proprio disagio e il suo adattamento alle definizioni di normalità e alle rassicurazioni che gli provengono dall'adeguatezza sociale che gli viene riconosciuta. Ma se questa tensione, più o meno latente, fa in qualche modo parte della "normalità" dell'adattamento soggettivo al modello sociale di salute, la situazione diventa particolarmente problematica quando nello spazio tra i due opposti si insinuano paradossi e ambiguità. È quanto avviene nella situazione detentiva. In carcere il rapporto tra salute e malattia risulta essere costruito e ambivalente, nel modo in cui risulta essere costruito il ruolo sociale del soggetto punito e

recluso. Egli deve essere da un lato sano, perché altrimenti non potrebbe essere giudicato responsabile, quindi colpevole, e perciò meritevole del castigo afflitto; dall'altro egli appare sufficientemente malato, anomalo, così da trovare una spiegazione alla sua diversità e il suo errore da giustificare la cura della pena, con funzione rieducativa. D'altra parte il soggetto deve essere sufficientemente sano, per poter sopportare e comprendere la sofferenza inflittagli, ma d'altra parte a sufficienza malato e anormale, per poter adeguatamente fruire della valenza educativa e riabilitatrice della pena. In questa paradossale distanza viene a sua volta a collocarsi un'altra ambiguità: il soggetto recluso appare certamente un soggetto alterato e corrotto, in virtù dello status sociale attribuitogli per il solo fatto di essere "finito dentro"; ma al tempo stesso dovrebbe risultare rieducato e risanato dal trattamento cui il carcere lo sottopone.

Così se, da un lato, la pena è dolce e serve per guarire, o meglio, a produrre una "guarigione istituzionale", dall'altro essa si rivolge a soggetti inevitabilmente malati, dove la malattia non è solo rivelata dal comportamento antisociale, ma connessa all'applicazione della carcerazione medesima. Si potrebbe obiettare che in realtà le due immagini del detenuto (sano/malato) sono riconducibili a due diversi approcci teorici, rispettivamente il classico e il positivo [Berzano, Prina 1995], culturalmente contrapposti e distanziati nel tempo, per cui le paradossali sovrapposizioni cui si è accennato non dovrebbero trovare fondamento né spazio. Ma sta di fatto che, al di là della teorica ovvietà di questa distinzione, i due approcci, per come sono recepiti, vengono concretamente a contaminarsi e a sovrapporsi negli atteggiamenti conoscitivi e nelle modalità di percezione del ruolo e dell'immagine del detenuto, materializzando così i termini di una sostanziale ambiguità cognitiva, di una profonda ambivalenza culturale.

Come si colloca, in questa dimensione di ambiguità, la definizione di salute riferibile al detenuto, all'interno dello spazio che separa le due definizioni? Quale salute si rieduca? Appare evidente come l'ambiguità rilevata non possa che tendere ad appiattire il concetto di salute riferibile al detenuto ai livelli minimi e perciò ad una salute intesa: come semplice assenza di malattia conclamata, di patologie gravi, clinicamente rilevabili e, insieme, di comportamenti antisociali; 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 garantito, inevitabilmente orientato, nel generale stato di prevenzione, a

ristabilire una salute strettamente fisica e a sostenere la capacità di tolleranza e di adattamento al disagio mentale ed esistenziale indotto dalla reclusione.

All'altro estremo, quello della salute come benessere profondo e complessivo, esso rischia a sua volta di appiattirsi al livello del semplice reinserimento sociale, della semplice normalità ristabilita, del benessere psichico e fisico complessivo, inteso come semplice "rientro nei ranghi", coincidente con la semplice e rassegnata accettazione alla scarsità di risorse cui il ruolo di ex detenuto non può che orientarsi. Il che presuppone livelli di equilibrio, di autocontrollo, di interiorizzazione di significati normativi, etici, esistenziali di dimensione utopistica, per chi ha attraversato le varie tappe della carriera deviante. E' evidente l'ambiguità che continua ad agire anche a questo livello. Ma è anche intuibile come tali ambiguità e limitazioni si colleghino alla sfera di ambivalenza che associa normalità e malattia sul terreno fondante della pena, così come nella percezione culturale della stessa e dell'ambiente carcerario cui dà luogo.

In sintesi, la salute a cui si rieduca, tanto all'interno dell'istituzione quanto, in prospettiva, dopo l'uscita della stessa, è quella minima concepibile, come proiezione dell'ambiguo rapporto tra normalità e malattia, che sottende la concezione della pena.

Non è difficile rintracciare il tessuto di riferimenti normativi che sottendono tale esito. L'appiattimento dell'idea di salute come semplice assenza di conclamate alterazioni fisiopsichiche appare la proiezione di una rete di definizioni di normalità (la normalità giuridica, sociale, economica, mentale, etico-morale, istituzionale...), al centro delle quali il ruolo del detenuto si pone come potenziale o reale autore di trasgressione e oggetto di contrarie aspettative.

La normalità sanitaria si pone al centro di un complesso di definizioni, dove ogni minima pretesa ulteriore rischierebbe di scontrarsi con le aspettative che a quelle normatività conseguono e con le definizioni negative che la loro violazione ha già prodotto.

Ma proprio quella semplice definizione minimale di salute potrebbe risultare tanto restrittiva da non rappresentare una garanzia sufficiente per condizioni di salute effettive, dall'altro potrebbe dar luogo a frustrazioni tali da produrre forme patologiche reali, di matrice più o meno psicosomatica.

Gonin [1994] nella sua disamina, frutto della sua diretta esperienza, degli effetti della reclusione sui corpi carcerati, ci descrive una serie di patologie e di sindromi: deterioramento dell'apparato sensoriale (perdita dell'olfatto, indebolimento della vista, deterioramento dell'udito), vertigini, assenza di energie, costante sensazione di freddo. Tre sono le forme patologiche prevalenti. La dentaria, dovuta

al tipo di alimentazione e all'abitudine a risolvere i problemi dentari con il metodo dell'estrazione, più sbrigativo ed accessibile rispetto ai tempi e ai 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 ciò 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'aids, i disturbi e le alterazioni della sessualità, con forme di impotenza, onanismo ossessivo e omosessualità indotta dal regime di privazione. La sostanza di questo paradosso era già evidente alle origini in cui affonda le sue radici il penitenziario moderno. Già Tocqueville visitando il carcere di Philadelphia e il sistema quacchero del *solitary confinement* rilevava gli effetti della pretesa di conversione e di risanamento spirituale e morale indotto dall'isolamento e dalla costante, ossessiva lettura della bibbia: la malattia, la follia, la morte precoce, il suicidio. Oggi, ovviamente, il discorso appare assai più complesso e mediato, ma non è difficile trovare nel rapporto tra normatività che costruisce l'identità negativa del deviante recluso, corrispondente pretesa di perfezione e corruzione del corpo recluso, a causa delle varie forme di patologia, un collegamento profondo, all'interno del quale la malattia del recluso appare quasi un dato inevitabile e socialmente accettato; ma anche l'effetto dei processi di legittimazione-costruzione sociale cui la pena dà luogo e dell'alienazione del sé che la stessa produce. Ci sono alcuni paradossi intermedi che appaiono rivelare la profonda sostanza di questa connessione. La reazione alla recidiva, alla quale si associa regolarmente un incremento di pena: se il carcere serve a rieducare, è evidente che, quando il problema si riproduce, nonostante la ripetuta applicazione dell' "intervento terapeutico", lo stesso non può che giudicarsi inefficace. Applicarlo in misura ancora maggiore, nonostante questa dimostrazione, non può che significare due cose in alternativa: che si continua ad applicare lo stesso rimedio, perché astrattamente ritenuto il migliore, nonostante la dimostrazione del contrario, oppure, più verosimilmente, che la funzione rieducativa passa definitivamente in secondo piano a fronte della necessità di punire più severamente chi ha dimostrato di non sapere trarre frutto dalla lezione impartita e della opportunità di riabilitazione astrattamente offertegli.

Il divieto di applicare l'affidamento in prova per casi di tossicodipendenza per più di due volte, in caso di recidiva, appare rispondere alla stessa logica: "finché sei buono, o non eccedi ti curo, poi ti meriti solo di essere punito". Lo stesso dicasi per la normativa in tema di incompatibilità tra detenzione e condizioni di salute, con particolare riferimento agli ammalati di AIDS. La diatriba sviluppatasi tra fissazione di un limite certo e oggettivo di incompatibilità e affidamento della materia alla discrezionalità del giudice ben descrive il conflitto tra le esigenze di tutela sanitaria del soggetto ed esigenze insieme punitive e di soddisfazione della presunta diffusa domanda di sicurezza attribuite alla pena detentiva. Anzi, in questo caso, questo secondo ordine di significati è tale da travalicare addirittura il limite minimo accettabile della definizione di salute, arrivando ad ipotizzare che persino un malato in fase avanzatissima, se non terminale, possa continuare ad essere sottoposto alla pena [Pastore 1996].

Queste osservazioni rimandano inevitabilmente alle radici profonde del perché della presenza del carcere nelle nostre società. Quando l'apparato delle legittimazioni simboliche dell'istituzione si dissolve, per lasciare a nudo la presenza dell'istituzione, nella sua durezza e irreversibile essenzialità, l'attenzione dell'analista sociale non può non spostarsi sulle ragioni più radicate che legano il carcere all'organizzazione delle società occidentali: così è per l'evidente infondatezza fattuale dei tre principi teorici tradizionali di legittimazione della pena (retribuzione, rieducazione, prevenzione).

Di fronte all'evidente fallimento delle ragioni teoriche che stanno a fondamento della pena, rendendola socialmente accettata nel senso comune, ci si deve chiedere quali sono le ragioni profonde che mantengono l'istituzione carceraria saldamente ancorata alla nostra organizzazione sociale. La cosa appare con altrettanta evidenza anche nella gestione della malattia in carcere.

Se il mantenere i reclusi ad un livello accettabile di salute, attraverso un servizio sanitario dotato di una certa efficienza, fa parte del volto umano e civile della pena, così da renderla legittimabile agli occhi dell'opinione pubblica, quando emerge l'insieme ingovernabile delle patologie indotte dallo stato di detenzione, o ad esser connesse, se non altro nel loro aggravarsi, o addirittura gravi motivi di salute cedono esplicitamente di fronte ad esigenze di punitività o di sicurezza, sono le ragioni di fondo della pena ad essere messe a nudo, senza altre coperture di legittimazione.

È da qui che riemerge l'idea della pena come *pharmakon*, come antidoto rituale e sacrificale rispetto ai mali interni che la società non riesce altrimenti a curare [Girard 1987, Resta 1992]; oppure della pena come pretesto per sfogare una diffusa aggressività sociale

inconfessabile contro chi ha avuto l'ardire di compiere ciò che tutti desidererebbero fare, con il duplice risultato insieme di praticare e giustificare, rimuovendolo, ciò che parte della propensione diffusa alla violenza [Alexander F. Straub H. 1976]; la pena come mezzo di controllo di intere aree di popolazione precarizzate dalla prima società capitalista e di assuefazione disciplinare dei corpi [Foucault 1978]; come strumento diversivo rispetto alla dannosità della criminalità dei potenti, di incapacitazione dei soggetti improduttivi e di rassicurazione e identificazione simbolica per la società dei "normali" [Mathiesen 1996]; come controllo e incanalamento del diffuso bisogno di vendetta [Ferrajoli 1989], come strumento di regolamentazione del mercato del lavoro [Ruche e Kirchheimer 1978], come strumento sostanziale di comunicazione culturale e di costruzione di identità collettiva [Gardaland 1999], come semplice forma amministrativa di controllo fisico delle nuove forme di marginalità e delle eccedenze della recente struttura del mercato del lavoro [Wacquant 2000; 2002; De Giorgi 2002].

Se tutto questo patrimonio analitico delle radici e del fondamento sociale della pena del carcere ha qualche plausibilità, allora c'è più di una ragione per ritenere che la malattia del corpo recluso, in tutta ambivalenza che ne caratterizza la gestione, tra tutela di un diritto sostanziale e accettazione di qualsiasi effetto di alterazione, come inevitabile, altro non sia che l'effetto finale, e insieme, la metafora di una profonda malattia che riguarda il corpo sociale, complessivamente inteso, che lo stesso non è in grado di curare, ma forse neppure di percepire.

3.2 IL BISOGNO DI SALUTE IN CARCERE

Una ricerca effettuata da Gonin⁴⁸ commissionatagli dal Consiglio di ricerca del Ministero della Giustizia francese, riguardante un'analisi delle relazioni esistenti, in termini di causa ed effetto, fra le condizioni di vita in carcere e il manifestarsi o l'aggravarsi delle patologie più frequenti, riscontrate nel contesto penitenziario", è stata effettuata somministrando ai detenuti un questionario per registrare le impressioni del loro stato. Nello specifico riguardava le modificazioni della sensibilità, della percezione di se stessi e del mondo, problemi e malesseri relativi ad una intimità turbata. I

⁴⁸ Gonin D., *Il corpo incarcerato*, Gruppo Abele, Torino, 1994. L'autore, in qualità di medico penitenziario, ha condotto nelle carceri francesi una ricerca sugli effetti della vita detentiva sullo stato di salute dei reclusi

risultati sono stati messi a confronto con un gruppo sociologicamente affine ai reclusi ma in stato di libertà.

I sintomi riscontrati nella popolazione dei detenuti sono:

- circa un quarto già dai primi giorni di detenzione soffre di vertigini;
- l'olfatto è inizialmente ottenebrato, poi annullato nel 31 % dei casi;
- entro i primi quattro mesi un terzo soffre di peggioramento della vista;
- il 60% soffre entro i primi mesi di disturbi all'udito, per stati morbosi di iperacutezza;
- fin dai primi giorni il 60% lamenta "perdita d'energia";
- il 28% patisce sensazioni di freddo, anche nei mesi estivi.

Nello stato di detenzione tre patologie sono sovra-rappresentate: la dentaria, la dermatologica, la digestiva. Al momento dell'ingresso la patologia digestiva segue immediatamente quella dermatologica, a pari grado con la otorinolaringologica e polmonare; dopo sei mesi le affezioni della pelle diminuiscono di numero, le turbe dell'apparato digerente si associano a disturbi delle vie respiratorie (28%) ponendosi al secondo posto dopo le patologie dentarie.

Da sottolineare che le patologie dell'apparato cardiovascolare colpiscono soggetti di età relativamente più bassa rispetto alla società esterna (40-50 anni). Frequenti sono anche le malattie osteoarticolari e le bronco-pneumopatie croniche ostruttive (la maggioranza dei detenuti consuma in media dalle 20 alle 40 sigarette al giorno). Di difficile gestione sono pure le malattie del ricambio e metaboliche, come il diabete mellito di tipo I e II che comportano l'osservazione di un determinato regime di vita (dieta, movimento, autogestione dei farmaci).

Predominano, fra le patologie infettive, le epatiti virali non A e l'infezione da HIV, in diversi stadi. Altre malattie sono la scabbia, la dermatofitosi, la pediculosi, l'epatite A e la tubercolosi. Le sintomatologie associate di frequenza ad eziologia infettiva sono febbre e diarrea.

L'AMAPI allerta circa la grande diffusione di detenuti affetti da epatite e da tubercolosi.

Di contro la somministrazione dei farmaci di routine avviene entro poche ore o al massimo un giorno dopo la richiesta. Secondo un'indagine di Antigone gli psicofarmaci sono la categoria maggiormente somministrata, seguiti da antidolorifici, antinfiammatori, anti-ipertensivi e antibiotici. Questa graduatoria rimane quasi simile in tutti gli istituti, ciò che differisce è la quantità: la somministrazione di psicofarmaci, anti-infiammatori e

antidolorifici varia da percentuali del 70 -80% fino al 20 - 30% sul totale dei medicinali distribuiti.

Negli articoli pubblicati sul sito ufficiale di Antigone si riflette spesso sull'uso massiccio di psicofarmaci, inteso sia come risposta ad un disagio psichico diffuso nel carcere, sia come una strategia di controllo e un modo per mantenere l'ordine interno, soprattutto nelle sezioni di tossicodipendenti”.

3.2 PATOLOGIE DELLA RECLUSIONE

Nel doversi rapportare ad una “istituzione totale”, per usare la nota definizione di Goffman, il soggetto deve abbandonare il suo modo di essere, le sue cose, il suo modo di pensare e di fare, cioè il modo di rappresentarsi a se stesso e agli altri, Dovrà ridefinirsi, non solo rispetto se stesso ma anche verso i nuovi compagni. La cornice normativa della rappresentazione è data dalle regole dell'istituto e dal sistema simbolico vigente. Il detenuto è spogliato del suo passato, gli è dato un presente obbligato, il futuro è la sua rieducazione o viceversa?

Avviene quindi questa spoliatura del soggetto all'ingresso in carcere, cioè sono recisi i contatti con il ruolo sociale che deteneva “prima”; viene privato degli effetti personali, cioè gli sono presi gli oggetti che lo potrebbero identificare (la perquisizione è una prassi normale di controllo e di disidentificazione); di uno spazio personale; della capacità di decidere autonomamente, in quanto altri decidono per lui; e impara a fare la “domandina”, intesa nel suo “alto valore pedagogico e trattamentale”!. Si realizza in questo modo la totale dipendenza del soggetto - oggetto nei confronti dell'istituzione. Questa dipendenza psicologica e fisica si ripercuote nell'equilibrio della persona creando scompensi anche di grave entità.

Di seguito si riportano i dati di una ricerca⁴⁹ condotta sulle patologie immediatamente visibili raccolte durante interviste con detenuti in unità speciali. Le patologie più frequentemente riscontrate sono:

- claustrofobia: l'isolamento in uno spazio chiuso e invariato provoca sensazioni di compressione spaziale, simili al panico claustrofobico. Se il regime permane inalterato si causerebbe al soggetto grave psicosi e senso di irrealtà. I ricercatori sono portati a pensare ad un “contagio psicotico” della popolazione detenuta in sezioni speciali, vista la sensibilità dei detenuti alle condizioni psicologiche dei compagni.

⁴⁹ In “ *Indagine Antigone sulla sanità in carcere*”, 2001

- irritabilità permanente: manifestazione di profondi sentimenti di rabbia, senza possibilità di scaricarla. Molti detenuti si sentono “violati” in ogni istante delle loro giornate. Nel tempo questi disturbi evolveranno in patologie psicosomatiche.
- depressione: mancando un obiettivo esterno, la rabbia viene rivolta contro se stessi e vissuta come depressione, la quale, se non più sopportata, si trasformerà in un motore di autodistruzione, con il passaggio all’atto in auto mutilazione e suicidio.
- sintomi allucinatori: alcuni detenuti riferiscono di vedere su muri completamente bianchi macchie nere o strisce.
- abbandono difensivo: è un ritiro proiettivo di se da un ambiente ostile. Lo scopo sembra essere di desensibilizzarsi al fine di diminuire le sensazioni di sofferenza.
- ottundimento delle capacità intellettive, apatia: molti intervistati riferiscono di essere incapaci di concentrarsi. È da sottolineare come la diminuzione dell’abilità di focalizzare l’attenzione sia un chiaro segno di disinteresse sia per il mondo interiore che esterno, che, d’altra parte, è sempre uguale a se stesso ed immutabile!
- disturbi psicosomatici: perdita di appetito, di peso, malessere generalizzato e aspecifico, esasperazione dei problemi medici preesistenti, disturbi visivi, tachicardia.

Si ritiene però che il carcere ordinario produca gli stessi segni di sofferenza, anzi sembra quasi che il regime ordinario aumenti i livelli di stress dei detenuti in quanto richiede loro un incessante autocontrollo, “basandosi sull’autogestione della pena e sull’osservazione del comportamento, non che sulla verifica continua del processo rieducativo [...] I detenuti possono sopravvivere soltanto riducendo la distanza tra le proprie aspettative e la realtà della loro esistenza. Lo stress è insomma provocato, in larga misura, dall’indeterminatezza del regime, dalla frustrazione, dal gioco al ribasso delle proprie aspettative, che il regime impone incessantemente [Gallo e Ruggiero 1989: 88-91].

Si possono aggiungere come effetti della detenzione anche:

- disturbi della personalità, con danno delle capacità individuali di pensiero e di azione autonoma; disculturazione: perdita dei valori e degli stili di vita che il soggetto possedeva prima dell’ingresso in carcere;
- estraniamento: incapacità di adeguarsi ai mutamenti della vita sociale, una volta libero.

Da sottolineare che in Italia è stata condotta una sola indagine ad opera dell’Ufficio studi e ricerche del DAP, i risultati non sembrano ne invalidare ne confortare quanto già detto, tanto che si concludeva”

Anche se la detenzione raramente riesce a rieducare il condannato, nella tragica realtà dei nostri istituti penitenziari, è inaccettabile sia sul piano dei diritti dell'uomo, che anche su quello meramente utilitaristico dell'interesse della società, che essa possa contribuire a deteriorare alcuni detenuti, colpendo in modo differenziale e discriminante proprio i soggetti meno difesi nella massa" [ibidem].

3.4 PSICOSI CARCERARIE E SINDROMI PENITENZIARIE

L'area psichiatrica rappresenta la vera emergenza degli istituti penitenziari italiani, in quanto sono il principale contenitore del dilagante disagio mentale e la cartina tornasole di una marginalità sociale costituita da tossicodipendenti, prostitute, nomadi, vagabondi alcolisti, barboni ed extracomunitari. Il carcere è una comunità chiusa che attraverso la segregazione esprime simbolicamente e fisicamente la funzione di controllo sociale sulle condotte devianti sia di tipo sociale che devianza psicopatologica. Si ritrovano soggetti affetti da parafilie di vario genere come transessuali, travestiti, omosessuali, pedofili che, spesso, non vengono seguiti dai servizi psichiatrici e dall'assistenza sociale territoriale.

Il carcere diventa così l'ambiente rivelatore del disagio e spesso il primo momento "ufficiale" di incontro di questi soggetti con le istituzioni. Si è quindi trasformato in una struttura preferenziale di raccolta e reclusione delle persone con problemi psicopatologici, una istituzione portatrice di un'ambiguità dialettica, della contraddizione tra assistenza e repressione. Il fenomeno della "porta girevole" (revolving - door syndrome), tipico nei servizi territoriali psichiatrici, si ritrova fra carcere e territorio, "in uno scambio continuo, perverso e inarrestabile di pazienti (trasgressori - colpevoli), per i quali il contenimento diventa spesso, e soltanto, un mezzo di segregazione e di ulteriore emarginazione [Piro e Valitutti 2000: 157-166].

I disturbi psicopatologici alla base dei comportamenti considerati socialmente pericolosi sono soprattutto disturbi di personalità, presenti in carcere in modo significativo, con manifestazioni di impulsività ed aggressività. Questa condotta, di incontrollabile esplosione emotiva, è acuita dalla carcerazione, rendendo molto problematica la possibilità di instaurare rapporti interpersonali.

L'imprevedibilità delle reazioni emotive dei soggetti fa sì che possano degenerare con caratteristiche manipolative e distruttive, soprattutto quando l'aggressività è usata per controllare l'ambiente circostante. Questi comportamenti possono legarsi a strutture di personalità asociali o psicopatiche, con caratteristiche di incapacità di comprendere le emozioni che la loro distruttività provoca negli altri e

di incuranza delle conseguenze delle loro azioni, La droga e l'alcool posso essere dei fattori aggravanti dei disturbi di personalità mediante l'azione biochimica di disinibizione sui centri nervosi superiori [ibidem].

I pazienti con disturbi di personalità difficilmente trovano un ruolo sociale che sarebbe essenziale per iniziare a costruirsi una propria identità. Essi traggono benefici dai legami sociali e dal sostegno e continuano a perdersi se sballottati fra carcere e territorio senza un punto di riferimento.

In carcere esiste la compresenza di molti fattori determinanti uno stato di sofferenza psichica: angoscia, ansia, impotenza, promiscuità, rapporti sociali imposti, espropriazione di ogni riservatezza e di intimità. Si vive sempre una patologia fatta di solitudine, di emarginazione, di sradicamento, di perdita d'identità. Ma anche problematiche legate a pregresse situazioni di disagio familiare e sociale, ove sono venuti meno modelli di identificazione strutturati, quali la famiglia, o dove all'interno di essa hanno subito delle esperienze a carattere traumatico dove la violenza è comune denominatore. Per tali individui il carcere sembra rappresentare la tappa obbligata di un percorso di marginalità destinato a consolidare la propria identità negativa.

E' certo è che: *“Il carcere è un momento di vertigine. Tutto si proietta lontano: le persone, i volti, le aspirazioni, i sentimenti, le abitudini, che prima rappresentavano la vita, schizzano all'improvviso da un passato che appare subito remoto, lontanissimo, quasi estraneo”* [Ceraudo 1997].

Con l'ingresso in carcere, infatti, il soggetto perde il ruolo sociale che prima aveva, viene privato dei suoi effetti personali, di uno spazio personale, della capacità di decidere autonomamente; perde il contatto quotidiano con la famiglia e con gli amici ed inizia a pensare a cosa accade loro mentre lui è lì.

Il detenuto vive rapporti sociali imposti, è espropriato da ogni riservatezza ed intimità e diventa dipendente dall'Istituzione; sperimenta la frustrazione, soprattutto delle aspettative e l'impotenza, si rifugia nel desiderio le sue richieste vengano prese in considerazione. Possono quindi manifestarsi ansia da separazione, ansia reattiva da perdita e da crisi di identità.

All'inizio della carcerazione i disturbi d'ansia possono manifestarsi come crisi d'ansia generalizzata, se il disadattamento persiste dopo il periodo iniziale di detenzione possono sopraggiungere attacchi di panico e claustrofobia.

Da un punto di vista sintomatologico la “Sindrome da ingresso in carcere” presenta: disturbi dispeptici (inappetenza, senso di peso gastrico, rallentamento della digestione ecc.), morboso disgusto per

tutti i cibi con conseguente impossibilità di alimentarsi (Sindrome di Gull), violenti e persistenti spasmi esofagei che non permettono la prosecuzione del cibo lungo il canale digerente.

Possono poi essere presenti manifestazioni respiratorie con sensazioni gravi di soffocamento, angoscia respiratoria, fame d'aria, e manifestazioni cardiovascolari con tachicardia, vertigini, svenimenti; inoltre, si possono riscontrare anche sintomi psichici come lo stupore isterico, agitazione psicomotoria, crisi confusionali, anedonia, rannicchiamento fetale, furore pantoclastico, disorientamento spazio-temporale.

La maggior parte degli atti autolesionistici avviene nei primi giorni, e l'elemento confusivo che emerge in alcuni soggetti scardina gli elementi razionali, infatti, mutilazioni anche gravissime e tentativi di suicidio avvengono a prescindere dalla pena inflitta o presumibile. E' per questa ragione che nel 1987 con circolare n° 3233/5689 è stato istituito il servizio psicologico "nuovi giunti": un esperto (psicologo o criminologo) svolge un colloquio anamnestico con il neodetenuto cercando di individuare momenti o fasi critiche della vita, precedenti suicidari o probabili patologie psichiche.

La capacità di stare in carcere non è semplice. Goffman (1961) distingue quattro forme di adattamento. Generalmente si assiste ad una progressione consequenziale e la maggior parte dei detenuti tende a non assumere un tipo di comportamento ben definito, oscillando da una forma di adattamento all'altra.

- Adattamento intransigente: il detenuto entra volontariamente in urto con l'istituzione rifiutando qualsiasi forma di collaborazione. Si considera in guerra con essa, partecipa e promuove scioperi, sommosse ed evasioni. Secondo Goffman, si assisterebbe a questo tipo di comportamento in particolar modo durante la fase iniziale e sarebbe una reazione temporanea al primo periodo di reclusione.
- Adattamento regressivo: il detenuto concentra la propria attenzione solo su se stesso. Si ritira in un mondo personale, indirizzando le proprie facoltà esclusivamente nel soddisfacimento dei bisogni fisici. Si disinteressa della propria situazione giuridica, ignora i legami col mondo esterno, è profondamente indifferente a quanto avviene intorno a lui. Tende a rifiutare tutte le forme di socialità rinchiudendosi in se stesso e isolandosi quasi completamente dalla vita di relazione dell'Istituto. Il ritiro dalla situazione è di solito causato dalla constatazione della propria impotenza a lottare contro il Sistema.
- Adattamento ideologico: il detenuto accetta o finge di accettare senza riserve la condanna inflittagli, comportandosi da "detenuto modello". Oltre alla condanna accetta o finge di accettare la

disciplina carceraria adeguandovisi. E' in prima linea durante le cerimonie carcerarie, collabora con l'equipe, nei riguardi dei compagni assume l'aspetto dell'uomo rassegnato e tende ad essere di esempio morale.

- Adattamento entusiastico: il detenuto accetta completamente la realtà carceraria come unica possibile, costruisce la propria esistenza sulla base della prassi istituzionale, ignorando quasi completamente la vita esterna percepita come pericolosa e quindi temuta.

L'ambiente delle istituzioni carcerarie può favorire la "soluzione", in chiave di disagio psichico, ad una condizione di vita particolarmente difficile.

Sono state riscontrate, infatti, alcune forme morbose psicopatologiche caratterizzate dal legame esistente fra la loro insorgenza e lo stato di detenzione, esistono cioè vere e proprie forme psicopatologiche, con sintomi caratteristici, che insorgono in individui in detenzione e che non si osservano in altri ambienti; esse vanno dalla comune e breve reazione ansioso-depressiva sino alla "Sindrome ganseriana"⁵⁰.

L'organismo dell'uomo detenuto reagisce con maggiore ricettività agli agenti patogeni, si abbassano le difese immunitarie e lo stress da carcerazione abbassa le difese psichiche.

Assistiamo all'insorgenza di modificazioni sensoriali: le dimensioni della cella trasformano lo sguardo da "lungo" a "corto" alterando la vista; l'olfatto si anestetizza perché l'odore del carcere è pesante, stagnante, penetrante, uniforme; l'udito si acutizza, ma si connette all'emozione della paura (il rumore delle sbarre, dei cancelli, delle chiavi, delle grida, dei richiami e dei lamenti) e paradossalmente sopraggiunge la sordità come difesa; la privazione del contatto con vari tipi di materiali (vetro, metallo, lacci) riduce la gamma tattile.

In carcere la giornata è fortemente ritualizzata, sempre spaventosamente uguale.

⁵⁰ Si tratta di reazioni relativamente rare, basate su di una motivazione inconscia del soggetto ad evitare la responsabilità, sforzandosi di apparire infermo di mente. Tra i sintomi psicopatologici più caratteristici è da annotare il fatto che i soggetti non sono capaci di rispondere alle domande più semplici che vengono loro rivolte, sebbene attraverso le risposte appare evidente che essi hanno colto il significato della domanda; nelle loro risposte tradiscono una sconcertante mancanza di conoscenze che essi hanno posseduto e che ancora, senza ombra di dubbio, possiedono. Essi in sostanza parlano fuori tema, contro senso, a vanvera. Trascurano la risposta corretta e ne danno un'altra vicina, ma inesatta. Nel contesto della sindrome ganseriana si impone la diagnosi differenziale con la simulazione, rimanendo forti dubbi circa l'essere una simulazione cosciente o incosciente

Con il passare del tempo in carcere si subiscono gravi alterazioni anche del linguaggio, del movimento, della sessualità. Inoltre, l'isolamento, cioè la carenza di interazione fra interno ed esterno e la privazione di stimoli, facilitano il deterioramento mentale.

Clemmer [1940] la descrive come un processo di "erosione dell'individualità" a vantaggio di un progressivo adattamento alla comunità carceraria.

Per prisonizzazione si intende, infatti, l'assunzione, in grado minore o maggiore, delle abitudini, degli usi, dei costumi dell'esperienza carceraria sull'individuo, attraverso un processo di assimilazione da parte del detenuto dell'insieme di norme e valori che governano ogni aspetto della vita interna dell'istituzione.

Il soggetto deve abbandonare il suo modo di essere, le sue cose, il suo modo di pensare e di fare, cioè il modo di rappresentarsi a se stesso e agli altri e dovrà ridefinirsi, non solo rispetto se stesso, ma anche verso i nuovi compagni, lasciando spazio a quella che viene definita "dis-cultura", ossia la perdita dei valori che il soggetto aveva prima dell'internamento. Accanto allo sviluppo di alcuni nuovi modi di mangiare, vestire, lavorare, dormire, parlare, si assiste alla divulgazione e all'assunzione di ideologie di tipo malavitoso e criminale.

Le esigenze di ordine e di controllo inducono anche l'istituzione penitenziaria a ricercare l'uniformità degli atteggiamenti e dei comportamenti dei detenuti tendendo ad eliminarne le differenze individuali ed inducendo abitudini comuni. I bisogni, i desideri e le esigenze personali del detenuto sono, così, annullati e sostituiti da altri etero indotti e più coerenti con le finalità dell'istituzione.

In questo sistema, in cui tutto è automatizzato, sono pochi i detenuti che reagiscono, che riescono a resistere e a vincere l'ambiente; molti, invece, sono quelli che lo subiscono.

Se una prisonizzazione completa avviene o meno dipende dalla personalità dell'individuo stesso e del mantenimento delle relazioni interpersonali con le persone esterne che aveva prima dell'incarcerazione. In quest'ottica i colloqui rivestono un ruolo di grande importanza perché costituiscono gli unici momenti in cui i detenuti riescono a riportare in vita i propri legami sociali e il proprio passato.

Esistono numerosi articoli nei quali i medici operanti nelle carceri manifestano le ripercussioni negative dell'ambiente carcerario sui reclusi. Ma è molto raro trovare inchieste scientifiche e articolate sulla sofferenza, anche fisica, nella detenzione; su quelle *pene accessorie che non vengono scritte nella sentenza, ma di fatto fanno parte della condanna*. Possiamo ipotizzare che questa

“disattenzione” sia stata favorita dalla comune opinione sulla “dolcezza delle pene”, che mal si concilia con la realtà del carcere che invece è ancora sofferenza, malattia fisica e psichica?

Quello che è stato maggiormente studiato è, invece, l’alterazione dello stato psichico dei detenuti. In che maniera? È esemplare al riguardo ciò che troviamo nell’autorevole *Trattato di criminologia, medicina criminologia e psichiatria forense*,⁵¹ che si occupa delle “sindromi reattive alla carcerazione”. È subito riconosciuto che “la permanenza per lungo tempo e contro volontà in istituzioni chiuse come carceri, ospedali psichiatrici, campi di prigionia dà luogo a reazioni psicopatologiche varie”. Si parla di *prisonizzazione*, in criminologia, per indicare quelle funzioni sociali a cui il detenuto deve rinunciare nella detenzione, fra le quali sono citate autonomia, scelte sessuali, identità e sicurezza; alle quali seguirebbe il processo di adattamento all’ambiente carcerario, che prevede *deculturalizzazione* (perdita di schemi di comportamento adeguati alla cultura dominante), *alienazione* (accomodazione patologica ad un ambiente che destruttura la personalità), infine *acculturazione* (acquisizione di ruoli, comportamenti, valori della cultura carceraria).

La psichiatria forense parla quindi delle “reazioni psicopatologiche”, cioè quelle “reazioni psichiche legate ad un fatto scatenante” che, è interessante osservare, sono comuni tanto alla permanenza prolungata in istituzioni chiuse, quanto all’isolamento totale o parziale, e allo shock legato alle catastrofi (terremoti, inondazioni!). Per ogni comportamento pare trovarsi la sindrome corrispondente. Tra queste vediamo: sindrome da prisonizzazione, in continuità con quanto scritto sopra si osserva un “accrescimento della inadeguatezza sociale”; sindrome persecutoria, ovvero “tendenza paranoidea e continua sospettosità reciproca”; sindrome da isolamento e privazione sensoriale, che nelle sue forme lievi presenta “attività per non annoiarsi” alle quali il detenuto si dedica; ma possono seguire “irrequietezza, irritabilità, ostilità”, fino ad accompagnarsi a privazione sensoriale, attività allucinatoria e intensi disturbi somatici; stati di regressione, quindi perdita di autonomia, ansia davanti alle novità, può crescere fino all’ “infantilizzazione e puerilismo”; sindrome da inazione e sindrome da congelamento, che corrisponderebbe ad un impoverimento della vita emozionale, alla perdita di energia e iniziativa, alle difficoltà di concentrazione; e

⁵¹ Franco Ferracuti (a cura di), *Trattato di criminologia, medicina criminologia e psichiatria forense*, Giunti, 1990. Facciamo qui riferimento al cap. 12.14, “Sindromi reattive alla carcerazione”, di M.N. Sanna

infine “immobilità, inerzia, non fare”; sindrome motoria, al contrario il soggetto “passa all’azione”, alla furia; si manifestano perfino attacchi epilettici e crisi isteriche; sindrome da intervallo, nella quale la detenzione è vissuta come sollievo da una vita difficile; irradicamento, cioè “tendenza a rimanere il più possibile nell’istituzione, percepita come un luogo accogliente e sicuro”; vertigine dell’uscita, “stato d’ansia psichico e motorio alcune settimane prima dell’uscita”, e nei casi clinici più gravi “i soggetti possono commettere atti allo scopo di non uscire.

Queste pagine non arrivano a parlare di conseguenze fisiche, a parte qualche accenno a “disturbi somatici”, ma certo è importante che riconoscano e descrivano l’esistenza di patologie psichiche specifiche nella popolazione carceraria. Non convince però la maniera stessa di prenderle in analisi: ci pare che chiamarle tutte ‘sindromi’ abbia due conseguenze immediatamente visibili. La prima, che è sottintesa l’anomalia di quella che è una (normale) reazione del soggetto all’ambiente. Malato sarebbe solo il carcerato, e non il carcere stesso? L’intervento medico quindi deve, o può, lenire i sintomi senza guardare alla causa dell’affezione? La seconda conseguenza può riguardare l’approccio alla cura da parte del personale; perché è da manuale che alla tale sindrome, individuata da tali sintomi, corrisponda una e una soltanto procedura di intervento perciò codificata, standard, e applicabile indifferentemente a un paziente e all’altro – con scarsa attenzione alla soggettività.

3.4 AREA DELLE MALATTIE INFETTIVE - IMMUNOLOGICHE

Le malattie infettive sono un problema importante in tutte le comunità chiuse, soprattutto nelle comunità penitenziarie in cui si verificano situazioni abitative, alimentari e comportamentali che ne facilitano la diffusione e l'acquisizione. È rilevante segnalare che l'eterogeneità della provenienza della popolazione detenuta costituisce un rischio rilevante per l'importazione e la successiva diffusione di patologie non presenti o non più attuali e comuni nel nostro Paese.

L'analisi delle patologie infettive più frequentemente segnalate in carcere indicano che:

- la prevalenza massima di infezioni è determinata dalle epatiti virali non A e dall'infezione da HIV in diversi stadi di evoluzione; sono prevalentemente acquisite al di fuori del carcere, anche se casi di trasmissione potrebbero verificarsi durante la detenzione attraverso rapporti sessuali, procedure di tatuaggio, scambio di siringhe e oggetti taglienti, etc.
- le malattie più frequenti in carcere sono la scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi, l'epatite A e la tubercolosi; sono prevalentemente acquisite in carcere per trasmissione persona-persona a seguito dell'ingresso nel sistema di un soggetto infetto/infestato (con o senza segni e sintomi di infezione al momento dell'ingresso).
- le sintomatologie associate ad eziologie infettive sono febbre e diarrea. Possono essere prevalentemente correlate nel primo caso alla circolazione all'interno della comunità carceraria di influenza ed altre infezioni respiratorie acute a carattere epidemico, e nel secondo a problemi legati all'igiene dell'alimentazione, inclusa la conservazione di cibi all'interno delle celle.

Analizziamo in particolare:

- infezione da virus dell'epatite;
- infezione da HIV;
- infezione da bacillo di Koch (tubercolosi);

L'infezione da virus dell'epatite è la forma infettiva più frequente. Colpisce con maggior frequenza i soggetti tossicodipendenti nei quali è spesso associata all'infezione da HIV. I canali di trasmissione possono essere diversi a seconda dell'agente patogeno, ma, in generale, l'epatite virale predilige le vie ematiche sia per via parenterale (inoculazione di sangue e suoi derivati, uso di aghi, siringhe, strumenti chirurgici, trapianto di organi infetti) che attraverso la lesione non visibile della cute o della mucosa oro-

faringea, uso di articoli da toilette, contatto sessuale, graffi, morsi, trasmissione fetale.

Ai fini della prevenzione e cura è necessario distinguere gli individui:

- affetti da epatopatia cronica, che presentano una alterazione dei parametri di funzionalità epatica e che necessitano di uno specifico trattamento farmacologico;
- portatori sani del virus dell'epatite, i quali non presentano epatopatia in atto ma rappresentano il principale serbatoio di diffusione del virus e in grado di subire una riattivazione dell'infezione in seguito ad un calo delle difese immunitarie;
- affetti da varie forme di danno epatico e di evoluzione cirrotica, quale fase precancerosa. Salvo trapianto, la terapia di contrasto di questa forma irreversibile di patologia consiste nella preventiva vaccinazione (non obbligatoria) e nella cura farmacologica a base di interferone, con gravi effetti collaterali.

Attualmente tra gli esami di screening infettivologico, all'atto di ingresso, non è, purtroppo, compresa la ricerca obbligatoria dei diversi agenti virali. La difficoltà di diagnosi risiede anche nelle caratteristiche subdole della patologia ed un sospetto di infezione sussiste solo per quelle categorie di soggetti come i tossicodipendenti che costituiscono il maggior gruppo a rischio. Ma in definitiva i comportamenti tra i detenuti (l'uso in comune di oggetti personale) e il cronico sovraffollamento rendono difficile l'opera di prevenzione.

Infezione da HIV. L'infezione da HIV è la malattia più allarmante. L'agente eziologico responsabile della patologia è un virus il cui decorso infettivo può avere diverse manifestazioni cliniche. Inoltre, in molti soggetti l'infezione da HIV può provocare la produzione di anticorpi senza alcuna manifestazione di sintomi clinicamente rilevanti.

Parimenti, in assenza di test, la presenza dell'AIDS può essere testimoniata dall'esistenza di patologie (epatiti, TBC, dermatiti etc.) che generalmente accompagnano il decorso della malattia.

La quasi totalità dei casi di AIDS viene ricondotta ad una serie di gruppi cosiddetti a rischio: gli omosessuali, i tossicodipendenti per via endovenosa, gli emofilici o politrasfusi ed i soggetti aventi rapporti sessuali con gli appartenenti ad uno dei predette categorie (l'ambiente carcerario ne offre una significativa rappresentanza).

Tutti i soggetti sieropositivi, indipendentemente dalla manifestazione clinica della patologia, possono trasmettere il virus: tale fattore rappresenta il motivo principale di allarme nell'attività di prevenzione del contagio che si può definire, per le caratteristiche ambientali, problema specifico del carcere. Il dilagare dell'infezione ha, in pratica, trovato l'istituzione impreparata, a contrastare la

diffusione per fattori propri ambientali e strutturali “predisponenti”: sovraffollamento, mancanza di prevenzione, promiscuità, circolazione della droga, comportamenti sessuali a rischio, tatuaggi, uso in comune di articoli personali.

Un detenuto affetto da AIDS, o quantomeno da una forma minore, comporta numerosi problemi di gestione per l'Amministrazione penitenziaria, sia a livello di prevenzione che di cura. Il soggetto deve essere periodicamente sottoposto a complessi accertamenti: per monitorare l'evoluzione della patologia e gli specifici interventi sanitari e farmacologici; per evidenziare le frequenti infezioni (toxoplasmosi, candida, etc.) e malattie (epatiti, TBC, sviluppo di neoplasie tipo sarcoma di Kaposi) alle quali gli affetti di HIV, in quanto immuno-deficienti, sono esposti.

L'Amministrazione ha, per tempo, dichiarato la sua impotenza a gestire la patologia. Concorde anche la Commissione Nazionale della lotta contro l'AIDS nell'affermare che “il permanere in ambito carcerario comporta per il malato di AIDS, il rischio di una riduzione del tempo di sopravvivenza, e per gli operatori rischi di contagio delle patologie ad alta trasmissibilità”. L'opera di prevenzione è fondamentale come lotta a questa patologia ma si dovrebbe conoscere l'esatta dimensione del fenomeno, ma in base alla legge n. 135 del 5.6.1990, nessuno può essere sottoposto al test in questione senza il suo consenso, “se non per necessità cliniche nel suo interesse”. Il risultato è che la maggior parte della popolazione detenuta si rifiuta di sottoporsi allo screening infettivologico e solo la sua condizione personale (tossicodipendente, prostituta, omosessuale) può indurre, nel personale medico, il sospetto della presenza della malattia.

Infezione da bacillo di Koch (tubercolosi). È ormai certa la ricomparsa di casi di tubercolosi nella popolazione detenuta³⁹. La tubercolosi è una malattia infettiva, infiammatoria e cronica, in genere localizzata ai polmoni ma che può colpire qualsiasi organo (è comune, infatti, l'infezione dei reni che spesso si estende alla vescica e ai genitali).

L'agente patogeno responsabile è il bacillo tubercolare che si trasmette per inalazione di aria inquinata da micro - goccioline di secreti infetti, ma non è escluso che possa trasmettersi per contatto con urina infetta. La resistenza individuale alla tubercolosi dipende dallo stato di salute e dalle condizioni generali di vita: un cattivo stato fisico, un ambiente affollato ed insalubre, la malnutrizione ed altre condizioni sfavorevoli possono diminuire le difese corporee e favorire l'insorgenza della malattia.

Come per le altre patologie diffuse, il problema principale nel carcere è costituito dalla condizione di promiscuità e dalla mancanza

di interventi organici in via preventiva attraverso la programmazione di esami radiologici e clinici. In teoria il malato dovrebbe rimanere in isolamento o comunque beneficiare di una condizione ambientale migliore. Esiste anche in questo caso la difficoltà di attuare uno screening infettivologico verso soggetti (ad es. extracomunitari) restii a sottoporsi ai relativi test.

3.5 “DELLA DIPENDENZA” IN CARCERE

I tossicodipendenti rappresentano nel carcere una larga fetta della popolazione complessiva, nel rapporto di Antigone al 31 dicembre 1999 erano 15.097, il 29,26% sul totale della popolazione detenuta, cui si sommano i 2.392 tossicodipendenti in “affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari”.

Negli istituti questa numerosa presenza comporta problematiche a vari livelli: gestionali, in quanto il soggetto è prevalentemente organizzato intorno all’opzione tossicomane; preventivi poiché portatore delle più svariate patologie di tipo infettivo che abbiamo appena analizzato: Aids, tubercolosi, epatiti, etc; inoltre il tossicodipendente è un soggetto che abbisogna non solo di cure organiche ma anche di supporti psicologici se non talvolta psichiatrici. Nella quotidianità la tossicodipendenza richiede un’assistenza completa a partire da quella farmacologica (somministrazione di metadone) per arrivare ad una presa in carico *in toto* del soggetto, nella quale gli aspetti di tipo psicologico e sociale siano presenti in maniera determinante e qualificante.

Il problema tossicodipendenza in carcere, purtroppo, rischia di prolungarsi fin tanto che non si attui una vera politica sanitaria che ottenga come primo risultato la scomparsa della droga negli stessi istituti.

Accanto alla tossicodipendenza va annoverata la categoria dei “farmacodipendenti”, fortemente rappresentata. Gli antidolorifici, gli ansiolitici e gli antidepressivi accentuano questo problema con conseguenze incalcolabili in quanto sono capaci di agire a livello cerebrale e di modulare, così, la risposta comportamentale, specie se, come spesso succede, il detenuto, crea miscugli terrificanti con farmaci, stupefacenti e alcool. Inoltre, si assiste all’abuso di farmaci impiegati diversamente dall’indicazione terapeutica (o in assenza, quando si tratta ad es. di agire non sulla malattia ma su di una modificazione dell’umore, dello stato del soggetto). I prodotti incriminati sono costituiti da: ipnotici (barbiturici), tranquillanti

(benzodiazepine), sedativi maggiori (neurolettici). I disturbi, simili a quelli correlati all'uso di stupefacenti, sono costituiti da:

- depressione, spesso di rilevante interesse clinico;
- disordini mentali;
- stati nutrizionali carenti;
- disturbi della sfera affettiva;
- difficoltà alla relazione interpersonale.

La soluzione alla farmacodipendenza è primaria nella battaglia contro le forme di dipendenza nel carcere. Difatti questi soggetti assumono spesso farmaci, in dosi e combinazioni tali da provocare una risposta chimica simile a quella prodotta da una sostanza stupefacente. In secondo luogo, il problema farmacologico è legato alle varie sindromi di detenzione di cui abbiamo già discusso e alla mancanza di risposte adeguate ai bisogni effettivi dell'individuo. Il carcere dunque oltre ai malati mentali, alle devianze sessuali, sforna anche delle persone caratterialmente deboli e farmacodipendenti.

3.6 IL DIRITTO ALLA SALUTE E AIDS

Il dilagare del fenomeno AIDS negli istituti penitenziari ha fatto emergere due esigenze fondamentali di tutela: il diritto alla salute del detenuto da una parte e il rispetto delle esigenze cautelari, di difesa e prevenzione sociale dall'altra. Si sottolinea come per salute intendiamo non solo la condizione della persona affetta da AIDS ma anche la tutela degli altri detenuti che devono convivere forzatamente con questa patologia. L'O.M.S. e il Consiglio d'Europa hanno emanato raccomandazioni e direttive per la tutela dei diritti individuali stabilendo principi generali per l'esecuzione della pena con l'intento di armonizzare le politiche d'intervento dei singoli stati, ma, di fatto, è lasciata alla discrezionalità dei legislatori nazionali la possibilità di recepirle e applicarle al rapporto punitivo di tipo carcerario.

Con la Raccomandazione n. 1080, relativa ad una "politica sanitaria coordinata per prevenire la diffusione dell'AIDS nelle prigioni", i governi erano invitati anche a adottare politiche di riduzione del danno, autorizzando la distribuzione di preservativi e, in casi estremi, di siringhe ai detenuti tossicodipendenti.

Nella stessa direzione era anche la Raccomandazione R (89) 14 del 24 ottobre 1989.

Il Consiglio d'Europa nella Raccomandazione R (93) 6 del 18 ottobre 1993 per il trattamento dell'infezione da HIV in ambiente

penitenziario formula principi generali e disposizioni particolari, orientandosi ad una gestione “liberale” del problema.

Importante è segnalare che in Europa non esiste alcun sistema penitenziario che adotti politiche di riduzione del danno, a parte qualche isolata sperimentazione. In Italia il Ministero di Giustizia ammette con gran difficoltà anche l’esistenza di rischi specifici carcerari nella diffusione della patologia in questione. Nessuna circolare accenna alla possibilità di adottare misure di riduzione del danno, come pure non vi è fatto cenno alcuno nel “Progetto Ssn – carcere”, elaborato per consentire alle aziende sanitarie di gestire il passaggio di competenze sanitarie previsto dal D.lgs. 230/199934. Esistono delle “Linee guida sulla riduzione del danno” promulgate dal Ministero della sanità (in appendice) come risposta all’emanazione delle direttive dell’OMS note come “Principio d’equivalenza della cure”.

Per quanto riguarda nello specifico la tutela della salute nei casi di AIDS le normative internazionali hanno sottolineato la necessità di garantire dei diritti che, potenzialmente, le strutture penitenziarie possono ledere⁵²:

- il diritto a godere di un’assistenza sanitaria di livello paritario a quello di tutti i cittadini,
- il diritto a non correre pericoli maggiori di contrarre malattie contagiose per il fatto di vivere in un “ambiente ad alto rischio”,
- il diritto a ricevere informazioni e strumenti di prevenzione contro la diffusione del contagio,
- il diritto alla riservatezza,
- il diritto ad un rapporto fiduciario col personale sanitario,
- il diritto a non essere discriminati nell’ambito delle attività organizzate all’interno del carcere,
- il diritto ad avere una sessualità non coatta nei limiti consentiti dalle esigenze di sicurezza carceraria,
- il diritto ad un sostegno psicologico nei casi di sieropositività.

Uno studio promosso dall’OMS sulla condizione dei sieropositivi, condotto in istituti penitenziari di vari paesi, ha identificato dei caratteri costanti: lo stato di salute dei detenuti è inferiore rispetto a quello della popolazione esterna, la qualità dell’alimentazione è inferiore alla media esterna, il livello economico e sociale del

⁵² Cfr. Magliona B., Sarzotti C., a cura di, La prigionia malata. Letture in tema di AIDS, carcere e salute, L’Harmattan, Torino, 1996, pp.115-154

detenuto è inferiore alla media generale, i livelli di stress sono molto elevati e favoriscono l'immunodepressione⁵³.

Da sottolineare che per l'Aids sono stati utilizzati istituti previsti dagli ordinamenti penali e penitenziari dei vari paesi e solo l'Italia, con la legge n. 222/93, stabilisce l'incompatibilità tra detenzione e malattia Aids e con la legge 231/99.

Alcuni autori hanno tracciato un quadro dal 1990 alla fine del 1999 delle presenze di detenuti sieropositivi⁵⁴, notano che è in continua diminuzione dal 1992 ad oggi, mentre il rapporto fra tossicodipendenti e popolazione carceraria si aggira sempre intorno al 30%⁵⁵. Gli stessi autori sono molto critici nel considerare i dati sopra descritti in quanto precisano che il dato relativo al numero di presenze di sieropositivi si riferisce al flusso di detenuti in ingresso che si sottopongono al test sierologico e non all'intera popolazione detenuta. Avvertono inoltre che, malgrado i sieropositivi in carcere non sono aumentati rispetto al numero dei detenuti tossicodipendenti, il legame tra tossicodipendenza e HIV è strettissimo, ma evidenziano la percentuale altissima di detenuti tossicodipendenti sieropositivi.

Gli autori riportano dati AMAPI⁵⁶ che stimano circa 6.500 casi di HIV positivi ristretti. La distribuzione percentuale dei casi di AIDS fra gli immigrati è in continuo aumento dal 1998 ad oggi rappresentando circa il 10% del totale delle denunce⁵⁷.

Esiste un "rapporto diretto tra carcere e sieropositività, nel senso dell'esistenza di modalità con cui l'istituzione favorisce la diffusione del virus: sono i casi in cui il carcere diventa un ambiente ad alto rischio, in cui si verifica un effetto-ponte tra soggetti a rischio ed altri abitualmente non considerati tali, che finiranno per contrarre l'infezione in carcere"⁵⁸.

Fattori specifici di rischio individuati:

- a. rapporti omosessuali occasionali o coatti

Da ricerche vittimologiche si deducono rapporti di omosessualità non quantificabili e non identificabili, visto il pesante condizionamento che circonda questa categoria di soggetti. Ma sembra sovrastimata se correlata alla diffusione di malattie veneree e uretriti rilevabili.

- b. scambio di siringhe tra detenuti.

⁵³ Ricerca riportata in Demori A, Roncali D., Tavani M., *Compatibilità carceraria*, op. cit., p. 37

⁵⁴ Si veda Demori A, Roncali D., Tavani M., *Compatibilità carceraria*, op. cit., p. 26

⁵⁵ *ibidem*, pp. 21-39

⁵⁶ Associazione Medici Amministrazione Penitenziaria Italiana

⁵⁷ Demori A, Roncali D., Tavani M., *Compatibilità carceraria*, op. cit.

⁵⁸ *ibidem*, p. 31

I dati della letteratura criminologica sulla problematica della diffusione di droga in carcere⁵⁹ si orientano in modo opposto: a fronte di chi considera il fenomeno non rilevante, supportato dalla grande richiesta di ansiolitici da parte dei detenuti, altri considerano il carcere il luogo per iniziarsi all'uso della droga. I dati di una ricerca condotta nelle carceri dell'Italia settentrionale confermano che il 40% dei detenuti ha fatto uso di eroina in carcere e il 7% ammette che fosse la prima volta⁶⁰. Sovraffollamento e promiscuità carceraria, condizioni igieniche scadenti sembrano essere il fattore di rischio più importante riconosciuto da tutti.

Come dire che il fatto stesso di essere in carcere ovvero di subire le condizioni di vita carcerarie non favorisce la promozione della salute né individuale né della collettività.

⁵⁹ Per approfondimenti si veda anche Gobbi M., Verdolini V. (2007), *Una tacita presenza: la droga in carcere*, in Cipolla C. (a cura di) *Il consumo di sostanze psicoattive oggi*, "Salute e Società", a. VI, suppl. n. 1, FrancoAngeli, Milano.

⁶⁰ Dati riportati all'*European Network for HIV prevention in prison*, nel 1999, *III Seminario Europeo su AIDS ed epatiti*, finanziato dall'Unione Europea, tenutosi a Milano, in Demori A, Roncali D., Tavani M., *Compatibilità carceraria, op. cit.*, p. 32

CAPITOLO 4 - IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

INTRODUZIONE

A metà degli anni Settanta il carcere era ancora disciplinato dal Regolamento penitenziario fascista, emanato dal Ministro di Giustizia Rocco nel 1931, il quale non prevedeva alcuna misura alternativa, mentre il codice penale prevedeva la liberazione condizionale che, al più, si poteva considerare come un intervento straordinario dall'alto, simile alla grazia.

Nel periodo 1968-1975 esplosero diverse rivolte dei detenuti che chiedevano a gran voce una riforma penitenziaria. Lo Stato rispose con la repressione, con i trasferimenti, gli internamenti nei manicomi criminali o addirittura con il ricorso all'esercito.

Oltre alle lotte interne al carcere, non bisogna dimenticare il fenomeno terroristico che caratterizzava il contesto sociale italiano in quegli anni. Tale fenomeno ha contribuito ad incrementare la popolazione carceraria, comportando una sostanziale differenziazione della sua composizione: non vi erano più solo delinquenti comuni, fanno la loro apparizione i prigionieri politici.

Il carcere diveniva, sempre di più, terreno fertile per le lotte contro il sistema istituzionalizzato. Si diffondeva l'attività di proselitismo all'interno delle mura degli istituti di reclusione, dove le rivendicazioni legittime dei detenuti per il riconoscimento di maggiori diritti e di una maggiore umanizzazione della pena, si confondevano con la lotta politica contro l'intero sistema⁶¹.

Nel frattempo, il Parlamento continuava a discutere sui progetti di riforma ma emergevano contrasti e divergenze sia tra le diverse forze politiche, sia all'interno di ognuna di esse. Le problematiche del carcere divennero sempre di più un'emergenza: da un lato, aumentavano le rivolte e le rivendicazioni dei detenuti, dall'altro si faceva più concreta l'esigenza della lotta contro i terroristi che sembravano trovare nel carcere un utile terreno di propaganda.

Alla riforma si giunse con la legge 26 luglio 1975, n. 354 "Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure

⁶¹ Cfr dal sito consultato in data 02/09/2011
<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/misure/calderon/cap1.htm>

privative e limitative della libertà”, il cosiddetto “Ordinamento penitenziario”.

La riforma del 1975 ha introdotto una serie di principi fondamentali di estrema importanza nel sistema penitenziario italiano. Uno dei pilastri portanti della nuova normativa è stata l'introduzione del trattamento penitenziario ispirato ai principi di umanità e dignità della persona⁶², proprio in attuazione della funzione rieducativa enunciata all'art. 27, terzo comma, della Costituzione⁶³. Tale trattamento secondo l'articolo 13 O.P. deve essere individualizzato, ovvero rispondere ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto⁶⁴. Il personale che opera all'interno degli istituti di pena,

⁶² L. 26 luglio 1975, n. 354 Art.1. (*Trattamento e rieducazione*).

1. Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona.
2. 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.
3. Negli istituti devono essere mantenuti l'ordine e la disciplina. Non possono essere adottate restrizioni non giustificabili con le esigenze predette o, nei confronti degli imputati, non indispensabili a fini giudiziari.
4. I detenuti e gli internati sono chiamati o indicati con il loro nome.
5. Il trattamento degli imputati deve essere rigorosamente informato al principio che essi non sono considerati colpevoli sino alla condanna definitiva.
6. Nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi. Il trattamento è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti.

⁶³ Articolo 27 Costituzione. La responsabilità penale è personale. L'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva. Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato. Non è ammessa la pena di morte, se non nei casi previsti dalle leggi militari di guerra.

⁶⁴ L. 26 luglio 1975, n. 354, art. 13, (*Individualizzazione del trattamento*).

1. Il trattamento penitenziario deve rispondere ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto.
2. Nei confronti dei condannati e degli internati è predisposta l'osservazione scientifica della personalità per rilevare le carenze fisiopsichiche e le altre cause del disadattamento sociale. L'osservazione è compiuta all'inizio dell'esecuzione e proseguita nel corso di essa.

deve ispirarsi, nel comportamento, ai principi di dignità e umanità della persona e rispondere alla finalità del reinserimento sociale dei soggetti sottoposti a trattamento rieducativo. Il trattamento individualizzato, che deve essere formulato attraverso l'osservazione scientifica della personalità, diventa lo strumento attraverso il quale ricondurre il reo nel contesto sociale dal quale si è distaccato. Il principio dell'individuazione della pena, non solo doveva adeguare la pena al fatto commesso dal soggetto nell'ottica della proporzionalità della reazione all'azione svolta, ma soprattutto doveva consentire l'applicazione delle misure alternative, che possono essere considerate l'estrinsecazione più ampia del trattamento risocializzante⁶⁵.

I diritti e le facoltà riconosciuti dalla riforma dell'ordinamento penitenziario ai detenuti e internati, unitamente alla possibilità per gli stessi di esercitarli anche se eventualmente si trovino in posizione di

-
3. Per ciascun condannato e internato, in base ai risultati dell'osservazione, sono formulate indicazioni in merito al trattamento rieducativo da effettuare ed è compilato il relativo programma, che è integrato o modificato secondo le esigenze che si prospettano nel corso dell'esecuzione.
 4. Le indicazioni generali e particolari del trattamento sono inserite, unitamente ai dati giudiziari, biografici e sanitari, nella cartella personale, nella quale sono successivamente annotati gli sviluppi del trattamento praticato e i suoi risultati.
 5. Deve essere favorita la collaborazione dei condannati e degli internati alle attività di osservazione e di trattamento.

⁶⁵ In tal senso G. DI GENNAIO, R. BREDA, G. LA GRECA, *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Giuffrè, Milano, 1997, pag. 5 e ss. - Volendo parlare di trattamento rieducativo, in ogni caso, occorre predisporre un'indagine sulle condizioni del soggetto che si vuole rieducare, finalizzata all'individuazione del trattamento più idoneo al caso. Non si tratta di un'osservazione tipica di un rapporto sussistente tra un paziente ed un medico, essa è finalizzata ad individuare un trattamento da fornire ad un soggetto specifico avviando alla massificazione della popolazione penitenziaria. In tal senso A. BERNASCONI, *Commento all'art. 13 O.P.*, in *Ordinamento penitenziario, Commento articolo per articolo*, a cura di V. Grevi, G. Giostra, F. Della Casa, Cedam, Padova, 2000, pag. 136 e ss. - Tra l'osservazione scientifica della personalità ed il trattamento penitenziario individualizzato, intercorre lo stesso rapporto che è riscontrabile tra la diagnosi effettuata in vista della terapia da prescrivere e da effettuare. Così che, proprio come durante lo svolgimento di una terapia è necessario verificare a mano a mano i risultati ottenuti. In tal senso M. CANEPA, S. MERLO, *Manuale di diritto penitenziario*, Giuffrè, Milano, 2002, pag. 109.

interdizione legale ⁶⁶, rappresentano un'altra rilevante novità introdotta dalla legge n. 354 del 1975, mediante la quale viene data attuazione al disposto costituzionale degli articoli 24 e 3 Cost. Per la prima volta, dunque, anche chi è privato della libertà personale ha la concreta possibilità di tutelare i propri diritti⁶⁷. Tra le altre novità introdotte dalla riforma in esame, si ricordano, l'apertura del carcere alla comunità esterna e la previsione di tutta una serie di benefici a favore dei detenuti. L'art. 17 O.P. prevede la possibilità a favore di soggetti esterni all'istituto di pena di partecipare all'azione rieducativa⁶⁸ e i benefici hanno la finalità di reinserire, gradualmente, il reo nel tessuto sociale.

Ulteriore pregio della riforma del 1975 è l'introduzione, nel sistema penitenziario, di un doppio grado di giurisdizione⁶⁹, affidando la fase esecutiva della pena ad un apposito apparato giurisdizionale, affiancando all'allora giudice di sorveglianza - dopo la riforma del

⁶⁶ L. 26 luglio 1975, n. 354, art. 4 (*Esercizio dei diritti dei detenuti e degli internati*). I detenuti e gli internati esercitano personalmente i diritti loro derivanti dalla presente legge anche se si trovano in stato di interdizione legale.

⁶⁷ Una moderna gestione penitenziaria si esprime attraverso un concreto riconoscimento della facoltà di esercitare i propri diritti. L'ordinamento penitenziario, infatti, predispone idonei strumenti di tutela, onde evitare che le enunciazioni di diritto, rimangano tali e non trovino alcuna applicazione tangibile. Occorre quindi, innanzi tutto, individuare questi diritti, anche alla luce delle disposizioni costituzionali, ed evidenziare la possibilità concessa ai detenuti ed internati di esercitare personalmente i diritti previsti dalle leggi ordinarie. In tal senso, M. CANEPA, S. MERLO, *Manuale di diritto penitenziario*, Giuffrè, Milano, 2002, pag. 133 e ss.; DI RONZA, *Manuale di diritto dell'esecuzione*, Padova, 1995, pag. 22.

⁶⁸ L. 26 luglio 1975, n. 354, art. 17 (*Partecipazione della comunità esterna all'azione rieducativa*).

1. La finalità del reinserimento sociale dei condannati e degli internati deve essere perseguita anche sollecitando ed organizzando la partecipazione di privati e di istituzioni o associazioni pubbliche o private all'azione rieducativa.
2. Sono ammessi a frequentare gli istituti penitenziari con l'autorizzazione e secondo le direttive del magistrato di sorveglianza, su parere favorevole del direttore, tutti coloro che avendo concreto interesse per l'opera di risocializzazione dei detenuti dimostrino di potere utilmente promuovere lo sviluppo dei contatti tra la comunità carceraria e la società libera.
3. Le persone indicate nel comma precedente operano sotto il controllo del direttore.

⁶⁹ Si veda Capo II, Titolo II della legge 354/75.

1986, magistrato di sorveglianza - le sezioni di sorveglianza, competenti sulle questioni relative al trattamento penitenziario e ai diritti dei detenuti.

I principi contenuti nella legge di riforma hanno creato nei detenuti legittime aspettative, subito deluse dalla carenza di personale e di strutture che hanno, di fatto, limitato la portata applicativa delle innovazioni.

La prospettiva rieducativa scelta dal nuovo ordinamento penitenziario, si adattava ad un tipo di autore del reato disadattato e poco integrato nel tessuto sociale, invece, si è dimostrata inadeguata nei confronti di quei soggetti culturalmente preparati che hanno guidato e sostenuto il fenomeno terroristico sviluppatosi durante gli anni della riforma dell'O.P. I protagonisti del terrorismo - ai quali non erano mancate opportunità di adeguato inserimento nel contesto sociale - avevano elaborato un sistema di valori alternativo e antagonista a quello statale, incompatibile con la metodologia rieducativa pensata dal legislatore. In un tale contesto, pur nell'ottica di una maggiore umanizzazione del sistema carcerario, il mantenimento di ordine e sicurezza erano esigenze non solo imprescindibili ma anche irrinunciabili. Ciò non è privo di riscontro nel dato normativo, laddove la legge 354/75, art. 1 terzo comma afferma che negli istituti devono essere mantenuti l'ordine e la disciplina. L'articolo 90 dell'ordinamento penitenziario ne è un'altra dimostrazione, prevedendo la possibilità attribuita al Ministro "di sospendere le ordinarie regole di trattamento, quando ricorrono gravi ed eccezionali motivi di ordine e sicurezza".

Con la riforma del 1975, l'Amministrazione penitenziaria acquisisce lo strumento normativo indispensabile per adeguarsi ai precetti costituzionali dell'umanizzazione delle pene e del trattamento rieducativo dei condannati (art. 27 comma 3°).

Ogni Stato ha una scelta importante da compiere riguardo all'Amministrazione Penitenziaria: o emarginare totalmente i detenuti all'interno delle strutture carcerarie, facendo di esse delle mere strutture di difesa della "parte sana" della società, o stabilire dei ponti che prevedono l'apertura del carcere verso la società attraverso l'istituzionalizzazione di una vasta serie di legami e di rapporti strutturali e funzionali con il territorio.

Se viene seguita la linea repressiva il carcere dovrà essere dotato di un apparato medico, semplicemente in grado di curare *intra moenia* quei corpi che ne hanno maggiori necessità, finendo per medicalizzare i bisogni. Se, invece, viene seguita la linea del reinserimento sociale, allora la medicina penitenziaria e la psichiatria in particolare, diventano un sostegno di fondamentale importanza.

Se si sceglie, come il nostro Stato ha fatto, la strada della risocializzazione del detenuto, è necessario tenere presente che il carcere ha la capacità di sconvolgere tutto: i rapporti con la famiglia vengono lentamente interrotti, fino ad essere completamente recisi, si riducono le possibilità di trovare un lavoro, le speranze di seguire una strada migliore. È quindi facile immaginare come la personalità di molti detenuti possa risultare sconvolta.

Il carcere pervertisce, aliena, disgrega, è un momento di vertigine dove tutto si proietta lontano. Non esistono spazi per la dimensione umana, fisica e affettiva. Paura di aggressioni, incertezze del proprio futuro, stati depressivi e di rovina, sindromi psicosomatiche, manifestazioni disforiche, crisi di ansia possono rendere la sopravvivenza in carcere ancora più difficile.

Alle forme di patologia fisica si aggiungono forme di sofferenza psichica, di disturbi della personalità e, in rari casi, forme di patologia mentale a carattere reattivo psicogeno, determinate dalle condizioni di vita proprie di ogni carcere.

4.1 IL SERVIZIO SANITARIO NELL'ORDINAMENTO PENITENZIARIO E L'ARTICOLO 11

La previsione di un servizio sanitario all'interno degli istituti penitenziari deriva direttamente dalle Regole minime dell'O.N.U. per il trattamento dei detenuti, approvate il 30 agosto 1955 e ribadite dal Consiglio d'Europa il 19 gennaio 1973.

L'ordinamento penitenziario contempla alcune disposizioni stabilite con la finalità di salvaguardare il diritto alla salute che, nel nostro ordinamento è tutelato, in via generale e primaria, dall'art. 32 della Costituzione che implica il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la sua tutela ed è garantito ad ogni persona, e, in via indiretta e con specifico riferimento all'esecuzione penale, dall'art. 27 co. 3 della Costituzione, che vieta l'adozione di pratiche contrarie al senso di umanità nel corso dell'esecuzione delle pene.

Nell'ambito delle norme dell'ordinamento penitenziario poste a tutela della salute dei detenuti possono distinguersi due settori principali:

- a) **norme di prevenzione**, stabilite a salvaguardia della salute della generalità dei reclusi: si collocano in tale settore le prescrizioni dettate in materia di vestiario, alimentazione, igiene personale, edilizia penitenziaria, permanenza all'aperto, attività sportive e ricreative, obbligo di visita in

ogni istituto, almeno due volte l'anno, da parte del medico provinciale;

b) **norme che disciplinano le cure e gli interventi di assistenza** che si rende necessario attuare, nel contesto penitenziario, nei confronti dei singoli detenuti affetti da patologie: la principale norma di riferimento è l'art. 11 O.P., che disciplina l'organizzazione del servizio sanitario negli istituti.

La materia sanitaria è, peraltro, ampiamente integrata da numerose disposizioni regolamentari, alcune delle quali specificano ulteriormente l'indirizzo, fissato dalla legge, che concepisce il servizio sanitario come una funzione a cui le risorse esterne collaborano continuamente: in particolare l'art. 17⁷⁰ del Regolamento. L'art. 11 O.P.⁷¹ definisce i principi generali relativi ai servizi sanitari negli istituti penitenziari. Esso prevede anzitutto che ogni istituto penitenziario sia *“dotato di servizio medico e di servizio farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati”* e che esso disponga dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria. Il comma 1 dell'art. 17 Reg. exec. afferma che *“I detenuti e gli internati usufruiscono dell'assistenza sanitaria secondo le disposizioni delle vigenti normative”* e il comma 3 della stessa disposizione aggiunge: *“L'assistenza sanitaria viene prestata all'interno degli istituti penitenziari, salvo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 11 della legge”*.

Un utilizzo razionale delle risorse finanziarie e materiali destinate alle prestazioni sanitarie offerte ai detenuti non sempre, però, consente di garantire ogni tipo di prestazione in tutti gli istituti penitenziari. Pertanto, ferma restando l'obbligatoria istituzione di un servizio medico e farmaceutico in ogni istituto penitenziario, così come la disponibilità dell'opera di almeno uno specialista, il comma 4 dell'art. 17 Reg. exec. dispone: *“Sulla base delle indicazioni desunte dalla rilevazione e dall'analisi delle esigenze sanitarie della popolazione penitenziaria, sono organizzati, con opportune dislocazioni nel territorio nazionale, reparti clinici e chirurgici”*. L'assistenza sanitaria erogata all'interno degli istituti penitenziari, intesa come tutela preventiva della salute dei detenuti, è disciplinata dal comma 9 dell'art. 17 Reg. exec.: *“In ogni istituto devono essere svolte con continuità attività di medicina preventiva che rilevino, segnalino ed intervengano in merito alle situazioni che possono favorire lo sviluppo di forme patologiche, comprese quelle*

⁷⁰ Si veda appendice legislativa

⁷¹ Si veda appendice legislativa

collegabili alle prolungate situazioni di inerzia o di riduzione del movimento e dell'attività fisica".

Sono garantite le prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario nazionale, in quanto l'art. 18 Reg. esec. vieta che venga richiesta alle persone detenute o internate alcuna forma di partecipazione alla spesa per le prestazioni stesse⁷².

Il comma 2 dell'art. 32 Cost. enuncia il principio secondo cui qualunque forma di trattamento sanitario non può prescindere dal consenso del soggetto che ne è il diretto destinatario. Risulta così affermata la necessità di garantire l'autodeterminazione della persona circa la disponibilità della propria salute e della propria integrità fisica⁷³. L'esplicazione di tale sfera ha una componente passiva ed una attiva. All'interno della prima è configurabile il diritto ad essere ammalato, cioè il diritto a rifiutare i trattamenti sanitari, anche se diretti a vantaggio della propria salute. Relativamente alla seconda è invece configurabile il diritto alla libera scelta del medico, oltre che al tipo di terapia e del luogo in cui essa deve svolgersi.

Nell'ordinamento penitenziario la componente passiva della sfera di autodeterminazione del detenuto, ossia il diritto a non subire trattamenti sanitari contro la propria volontà, risulta limitata in relazione ai casi in cui la legge penitenziaria prevede che il detenuto sia sottoposto a visita medica obbligatoria indipendentemente da una sua richiesta. Infatti, in ossequio alla riserva di legge prevista dal comma 2 dell'art. 32 Cost. per i trattamenti sanitari obbligatori, l'art. 11 O.P. commi 5 e 6 e l'art. 23 commi 1 e 2 Reg. esec. prevedono una triplice tipologia di controlli medici, effettuabili indipendentemente dalla richiesta dell'interessato:

- a) la visita medica generale all'atto dell'ingresso in istituto;
- b) l'assistenza prestata con periodici e frequenti riscontri;
- c) il controllo periodico dei detenuti adibiti a mansioni lavorative.

Tali previsioni sono funzionali alla tempestiva adozione dei necessari provvedimenti sia in relazione alle esigenze di diagnosi e cura

⁷² Viene prevista inoltre l'iscrizione obbligatoria al SSN limitatamente al periodo detentivo, anche degli stranieri che "hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia". Non si pongono problemi di ticket dato è prevista l'esclusione di tutti i reclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni erogate dal SSN. Il riconoscimento dell'esenzione risolve anche quei problemi legati all'accertamento dello stato d'indigenza favorendo un eguale accesso alle prestazioni sanitarie senza dover ricorrere all'attestazione dell'esenzione per patologia d'organo.

⁷³ A Pennisi, *op. cit.*, pp. 96 ss.

riguardanti il singolo caso nonché alla individuazione di eventuali situazioni rilevanti ai fini della concessione del differimento dell'esecuzione della pena, sia in relazione alle esigenze riguardanti l'intera comunità carceraria: isolamento, igiene personale ed ambientale. La finalità delle visite mediche obbligatorie può quindi ritenersi conforme alla ratio dell'art. 32 Cost. poiché essa, pur essendo descritta genericamente (*“accertare eventuali malattie fisiche o psichiche”*) appare incentrata sulla tutela non dell'interessato ma degli altri detenuti. Le malattie fisiche che le visite obbligatorie hanno lo scopo di accertare sono anzitutto quelle infettive e contagiose, la cui diffusione sia collegata a comportamenti della persona. Che sia questa la ragione legittimante le visite mediche di cui all'art. 11 O.P. si evince agevolmente anche dalla disposizione che prescrive l'isolamento per i detenuti e gli internati sospetti o riconosciuti affetti da malattie contagiose. Sempre al fine di evitare la diffusione di malattie contagiose l'art. 33 O.P. prevede la misura dell'isolamento continuo prescritta dal medico per ragioni sanitarie e destinata a venir meno con la cessazione dello stato contagioso: si attegga a misura igienico-sanitaria necessaria nell'interesse della popolazione carceraria, è eseguita in appositi locali dell'infermeria o in un reparto clinico e durante il suo svolgimento è riservata speciale cura dal personale all'infermo, anche per sostenerlo moralmente. Sempre ai fini della tutela degli altri detenuti si giustifica l'obbligatorietà della visita in relazione all'accertamento di malattie psichiche, considerato che in alcuni casi da tali malattie può derivare il rischio di comportamenti aggressivi del detenuto. La sussistenza di un rapporto funzionale tra l'accertamento sanitario e l'adozione di misure idonee a preservare la collettività penitenziaria trova riscontro nel comma 7 dell'art. 11 O.P.: *“nel caso di sospetto di malattia psichica sono adottati senza indugio i provvedimenti del caso col rispetto delle norme concernenti l'assistenza psichiatrica e la sanità mentale”*. In relazione alle visite mediche nel corso della permanenza in istituto manca la previsione di precise cadenze temporali da imprimere ad esse, in quanto il legislatore si limita ad affermare che tale assistenza sanitaria viene prestata *“con periodici e frequenti riscontri”*.

Tutto ciò non significa, comunque, mancanza di attenzione o sottovalutazione, da parte dell'ordinamento, della posizione del singolo: la visita medica obbligatoria d'ingresso, da effettuare non oltre il giorno successivo all'ingresso in istituto, è infatti concepita in un'ottica di garanzia, in quanto è rivolta, da un lato, a riscontrare che il soggetto non abbia subito lesioni o maltrattamenti nella fase della cattura e delle attività di polizia, dall'altro, a rilevare cause influenti ai fini del rinvio dell'esecuzione della pena.

La previsione della visita medica generale all'atto di ingresso in carcere, che viene effettuata *“allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche”*, è funzionale all'efficacia di ogni eventuale successivo intervento di carattere sanitario nei confronti del detenuto. Dopo tale visita e prima dell'assegnazione al reparto, la prassi prevede lo svolgimento di un colloquio a carattere psicologico volto a stabilire il livello di rischio che il soggetto compia atti di auto o etero violenza. La visita medica è estrinsecazione del dovere di assicurare un trattamento sanitario adeguato alle condizioni individuali. All'esito della visita medica e in caso di riscontro di patologia, i provvedimenti adottabili potranno consistere, in proporzione alla gravità della malattia e al livello di organizzazione del servizio sanitario dell'istituto, nel ricovero del detenuto in infermeria, in un centro clinico dell'amministrazione penitenziaria, o, infine, in un luogo di cura esterno.

Per quanto concerne la componente attiva della sfera di autodeterminazione dovrebbe manifestarsi con la libertà di scegliere il medico, il tipo e il luogo di cura. La Corte costituzionale ha affermato il principio generale del bilanciamento dell'interesse tutelato dal diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento. In considerazione di ciò, l'ordinamento penitenziario riconosce il diritto del detenuto ad autodeterminarsi circa la propria salute, ma, dovendo contemperare le modalità di esercizio di tale diritto con basilari esigenze organizzative e finanziarie attinenti all'esecuzione della pena, vi pone dei limiti significativi. Il comma 11 dell'art. 11 O.P. contempla la possibilità per detenuti e internati di farsi visitare, a proprie spese, da un sanitario di fiducia. La scelta di porre le spese a carico del detenuto è giustificata dal fatto che egli, scegliendo di essere assistito dal proprio medico di fiducia, rinuncia parzialmente a quanto il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto ad offrirgli gratuitamente. Il comma 7 dell'art. 17 D.P.R. 230/2000 stabilisce inoltre che *“Con le medesime forme previste per la visita a proprie spese possono essere autorizzati trattamenti medici, chirurgici e terapeutici, da effettuarsi a spese degli interessati da parte di sanitari e tecnici di fiducia nelle infermerie o nei reparti clinici e chirurgici degli istituti”*. L'autorizzazione è fornita, per gli imputati fino alla pronuncia della sentenza di primo grado, dal magistrato che procede; per gli imputati dopo la pronuncia della sentenza di primo grado, per i condannati e per gli internati, dal direttore; se la richiesta proviene da imputato che si trovi agli arresti domiciliari, la competenza a decidere spetta al giudice di merito che ne ha l'istituzionale controllo per ciò che

concerne il regime cautelare. L'autorizzazione prevista per gli imputati fino alla sentenza di primo grado ha una giustificazione nella prevalente tutela di esigenze processuali: non è richiesto al riguardo alcun parere del direttore e il potere del magistrato di negare l'autorizzazione deve intendersi rigorosamente riferito alla salvaguardia delle esigenze cautelari legate allo svolgimento del processo penale; ogni altra ragione, ad esempio di carattere disciplinare o relativa al comportamento non meritorio del detenuto, non potrebbe essere legittimamente addotta. Ancora più limitato deve ritenersi il potere autorizzatorio riconosciuto dall'art. 17 comma 6 Reg. esec. al direttore dell'istituto per le richieste avanzate dalle suddette categorie di detenuti, che è stato introdotto dal regolamento esecutivo in assenza di una specifica previsione della legge penitenziaria. Affinché la disposizione regolamentare non contrasti con la disciplina della legge, che sembra non contemplare altre ragioni ostative alle prestazioni mediche private, oltre a quelle di natura processuale valutabili dal giudice, deve essere interpretata nel senso che l'autorizzazione del direttore esprima non una discrezionalità riguardo all'accoglimento della richiesta di prestazioni mediche fiduciarie, ma attenga solo alle modalità di tali prestazioni, al fine di evitare abusi e situazioni contrastanti con l'ordine dell'istituto. Il provvedimento con il quale viene concessa o negata l'autorizzazione a sottoporsi alla visita medica di un sanitario di fiducia non è passibile di alcuna impugnazione: si tratta infatti di un provvedimento di natura amministrativa, non incidente sulla libertà personale del detenuto. La possibilità, concessa al detenuto, di scelta del medico, deriva evidentemente dal riconoscimento del valore costituzionale della salute come fondamentale diritto dell'individuo, e si colloca nell'ottica di un servizio sanitario volto alla tutela della salute di tutti i cittadini, indipendentemente dalle condizioni individuali o sociali di ciascuno. L'art. 19 Reg. esec., inoltre, si fa carico di specificare che ai detenuti e agli internati che hanno diritto di usufruire di prestazioni sanitarie a carico degli enti preposti all'assistenza sanitaria, le dette prestazioni sono fornite direttamente dall'amministrazione penitenziaria in condizioni di assoluta parità con gli altri detenuti e internati (comma 1). Tali enti provvedono direttamente all'assistenza prevista dalle leggi vigenti nei confronti dei familiari dei detenuti e degli internati lavoratori (comma 3).

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

esterni si ricorre quindi nelle ipotesi in cui le cure o gli accertamenti non possano essere garantiti dai servizi sanitari all'interno degli istituti: tale impossibilità costituisce un parametro fondamentale. Il provvedimento con il quale viene disposto tale ricovero esterno è adottato, fino alla pronuncia della sentenza di primo grado, dal giudice per le indagini preliminari; per gli imputati dopo la pronuncia della sentenza di primo grado e per i condannati e gli internati, dal magistrato di sorveglianza (art. 240 disp. att. c.p.p.). Nei casi di assoluta urgenza, tuttavia, qualora non sia possibile ottenere l'immediata decisione della competente autorità giudiziaria, il direttore dell'istituto provvede direttamente al trasferimento, dandone contemporanea comunicazione alla predetta autorità (art. 17 comma 8 Reg. esec.).

La competenza del magistrato di sorveglianza sussiste solo nel caso di imputato in regime di custodia cautelare in carcere; diversamente, qualora l'imputato si trovi agli arresti domiciliari, la competenza a disporre il trasferimento in un ospedale esterno spetta, ai sensi dell'art. 279 c.p.p., al giudice che procede. Tuttavia, qualora l'accertamento delle condizioni psichiche di un imputato detenuto richieda il trasferimento in O.P.G., la competenza a provvedere spetta sempre all'autorità procedente, ai sensi dell'art. 99 Reg. esec. che disciplina specificamente la materia, non trovando applicazione, in tale ipotesi, la normativa generale dell'art. 11 comma 2 O.P. Il provvedimento che nega il ricovero del detenuto in una struttura sanitaria esterna all'istituto non è impugnabile; la giurisprudenza è costante nel ritenere che tale atto abbia contenuto amministrativo e che non incida sulla libertà personale del soggetto, ma solo sulle modalità di detenzione: egli, anche se trasferito in ospedale, rimane *in vinculis*. Il ricovero in luoghi esterni di cura si svolge con le modalità previste dal comma 3 dell'art. 11 O.P.: vale, come principio generale, l'obbligo di piantonamento del detenuto, con la facoltà conferita al magistrato di disporre l'esonero dallo stesso sul presupposto che non vi sia pericolo di fuga, oppure qualora la costante custodia non risulti necessaria per la tutela della incolumità personale del detenuto. Un'eccezione a tale regime riguarda il semilibero ricoverato in luogo esterno di cura: l'art. 92 comma 7 Reg. esec. prevede espressamente che non ne sia disposto il piantonamento. La modifica del provvedimento di ricovero all'esterno, finalizzata a garantire le esigenze di sicurezza che siano sopravvenute, consente una certa flessibilità delle modalità attuative della misura: il piantonamento potrà essere in tali evenienze ripristinato; la competenza per la modifica e per la revoca non spetta al giudice che ha deciso il ricovero, ma a quello che abbia la

disponibilità del processo nel momento in cui si renda necessario provvedere altrimenti.

L'art. 11 O.P. prevede che ogni istituto penitenziario disponga dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria. Esso stabilisce inoltre che, nel caso di sospetto di malattia psichica, debbano essere adottati senza indugio i provvedimenti necessari, col rispetto delle norme concernenti l'assistenza psichiatrica e la sanità mentale.

Sullo sfondo devono essere tenute presenti le norme in tema di accertamenti sulla capacità dell'imputato di partecipare coscientemente al procedimento (artt. 70-73c.p.p.), la possibilità di disporre la custodia cautelare in luogo di cura (art. 286 c.p.p.), i provvedimenti di ricovero adottabili in caso di sopravvivenza di un'infermità psichica prima o durante l'esecuzione di una pena restrittiva della libertà personale (artt. 148 c.p. e 678 c.p.p.), le disposizioni in ordine all'applicazione provvisoria, sospensione o trasformazione delle misure di sicurezza (artt. 206 e 212 c.p., artt. 678-680 c.p.p.), l'ergoterapia prevista dall'art. 20 O.P. comma 5 per i sottoposti alle misure di sicurezza della casa di cura e di custodia e dell'ospedale psichiatrico giudiziario. L'art. 20 Reg. esec. detta particolari disposizioni per gli infermi e seminfermi di mente: la loro corrispondenza può essere sottoposta a visto di controllo anche per esigenze connesse al trattamento terapeutico; se idonei, possono essere ammessi al lavoro o, altrimenti, ad attività ergoterapiche; alla stessa condizione possono far parte delle rappresentanze e, viceversa, sono suscettibili di esserne esclusi a causa della mancanza di adeguate condizioni psichiche; in presenza di una "sufficiente capacità naturale che consenta loro coscienza dell'infrazione commessa" possono essere sottoposti a sanzioni disciplinari.

Gli imputati, i condannati e gli internati possono essere assegnati all'ospedale psichiatrico giudiziario o alla casa di cura e custodia. Gli imputati e i condannati ai quali, nel corso della misura detentiva, sopravvenga un'infermità psichica che non comporti, rispettivamente, l'applicazione della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero nel medesimo o in casa di cura o custodia, sono assegnati ad un istituto o sezione speciale per infermi e minorati psichici. L'accertamento delle condizioni psichiche degli imputati, dei condannati e degli internati è espletato nell'istituto in cui si trova il soggetto o, in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto della stessa categoria. In presenza di particolari motivi, le autorità competenti possono disporre che l'accertamento sia svolto in altri luoghi per un periodo di osservazione non superiore ai trenta giorni. All'esito dell'accertamento, se non vengono adottati i provvedimenti ai fini dei quali è stata disposta la diagnosi, l'autorità giudiziaria

competente dispone il rientro nell'istituto di provenienza. Possono inoltre essere stipulate convenzioni tra Amministrazione penitenziaria e servizi territoriali extraospedalieri, previa intesa con la Regione competente e secondo gli indirizzi del Ministero della sanità, al fine di consentire il ricovero di soggetti destinati ad ospedali psichiatrici giudiziari.

4.2 LE FIGURE PROFESSIONALI MEDICHE DEL SERVIZIO SANITARIO PENITENZIARIO

L'organizzazione sanitaria per l'erogazione delle prestazioni a favore del cittadino è stata disegnata dalla Legge 833/78 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, al fine di dare effettiva esecuzione al diritto alla salute e di garantire che lo stesso sia assicurato secondo standards uniformi per tutto il territorio nazionale. Si afferma espressamente nell'art. 1 di tale legge: "Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi".

Quest'ultima finalità è tecnicamente perseguita mediante l'adozione di un Piano Sanitario Nazionale, che fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere garantite a tutti i cittadini. La Legge 833/78 ha conferito organicità al precedente quadro normativo della sanità italiana la quale versava in uno stato disarticolato e frammentario, caratterizzato da una miriade di organismi, enti previdenziali e di tipo mutualistico che si differenziavano per la qualità degli utenti e delle prestazioni erogate, e da una disparità qualitativa e quantitativa di strutture distribuite nel territorio in modo iniquo, abolendo il sistema mutualistico e trasferendo le competenze all'ASL. Allorché entrò in vigore tale legge, ci si chiese se il Servizio Sanitario Nazionale dovesse farsi carico anche dell'assistenza sanitaria delle persone private della libertà personale o se nei confronti di tali persone dovesse continuare ad operare l'art. 11 dell'ordinamento penitenziario, norma che aveva già istituito presso ogni istituto penitenziario un proprio servizio medico e farmaceutico. Prevalse la tesi dell'autonomia del Servizio sanitario penitenziario, che consentiva di salvaguardare le peculiari caratteristiche della medicina penitenziaria, volta anche a contribuire all'opera di

trattamento in collaborazione con le altre autorità e figure professionali a ciò preposte.

L'innovazione del Servizio Sanitario penitenziario è iniziata nel 1992, con il raggruppamento delle attività dell'istituto penitenziario in aree individuate in base ai diversi fini istituzionali. Tra queste, vi è l'area sanitaria, individuata e organizzata al fine di fornire un servizio in grado di garantire a detenuti ed internati il diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione, adeguando il sistema penitenziario alle esigenze di salute psicofisica della popolazione detenuta. L'assistenza sanitaria per i detenuti e gli internati è assicurata in ogni struttura detentiva con la presenza di personale medico e paramedico.

Il principio su cui fa perno il sistema medico penitenziario è quello della sinergia e complementarietà con le strutture sanitarie e ospedaliere esterne. Tale linea di tendenza si è sempre più accentuata nel corso del tempo, con il risultato che la medicina penitenziaria ha progressivamente perso le peculiari caratteristiche di specialità, strettamente correlate con le esigenze dei detenuti da soddisfare in un'ottica trattamentale, estranea alla medicina generale, e con le finalità di tutela della sicurezza e dell'ordine interni agli istituti di pena.

Considerando la diversa capienza degli istituti penitenziari, l'Amministrazione ha organizzato tre differenti livelli di assistenza sanitaria in modo per quanto possibile uniforme sul territorio nazionale:

- strutture sanitarie di primo livello negli istituti in cui sono presenti fino a 225 detenuti, in cui la presenza di personale sanitario è assicurata per buona parte della giornata;
- strutture sanitarie di secondo livello negli istituti in cui sono presenti oltre 225 detenuti, con un servizio sanitario continuativo per 24 ore al giorno e strumenti diagnostici di base;
- strutture sanitarie di terzo livello negli istituti penitenziari di grandi dimensioni, munite di centri clinici in grado di affrontare necessità mediche di particolare rilievo e in alcuni casi anche chirurgiche.

Gli istituti dotati di strutture di primo livello sono diretti da un direttore che presiede anche l'area sanitaria e da un medico responsabile di tale area, che è composta da medici, infermieri, farmacia e specialisti in quattro branche; gli istituti con strutture di secondo livello sono invece così organizzati: sono presenti un direttore e un responsabile dell'area sanitaria composta da medici, infermieri, farmacia e specialisti in sei branche.

Queste strutture sanitarie corrispondono ai Presidi sanitari.

All'area sanitaria appartengono le seguenti figure professionali: medici incaricati, medici di guardia, medici specialisti, infermieri

professionali e generici, ausiliari socio sanitari, farmacisti, personale tecnico. Numerosi sono i compiti istituzionali del medico negli istituti penitenziari: la garanzia dell'igiene, il controllo dell'alimentazione, l'organizzazione del servizio farmaceutico e dell'infermeria, la redazione dei certificati; partecipa al consiglio di disciplina, alla commissione per la predisposizione e la modificazione del regolamento interno e al gruppo di osservazione e trattamento. L'attività del medico in ambito penitenziario non si esaurisce nell'applicazione tecnica dell'arte medica, ma richiede un'approfondita conoscenza degli aspetti psicodinamici dei soggetti detenuti e quindi diventano basilari le acquisizioni nel campo psicologico e criminologico. L'evoluzione che ha subito il ruolo della medicina penitenziaria negli ultimi decenni viene descritta facendo riferimento al passaggio da una medicina tipicamente eziologica ad una più attenta ai bisogni dell'individuo detenuto.

La prima figura che viene in rilievo è quella del medico di ruolo, istituito con Regio Decreto 25 marzo 1923, n. 876. Vincitori di concorsi pubblici, tali medici rappresentano una piccola minoranza, che viene di solito destinata alla direzione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari o a mansioni extracarcerarie.

La figura del medico incaricato è stata invece introdotta dalla legge 740/70 (Ordinamento delle categorie del personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'amministrazione penitenziaria), nel tentativo di definire lo status giuridico dei medici, aggregati e provvisori, presenti sino ad allora negli istituti. Sia il medico di ruolo che il medico incaricato possono svolgere le mansioni di Responsabile Sanitario. I medici incaricati coordinano l'attività sanitaria dell'istituto penitenziario, effettuano visite mediche ai detenuti, richiedono le visite specialistiche, dirigono il personale infermieristico e coordinano l'attività di tutti gli specialisti, sul modello dell'assistenza medica generica di base approntato dal Servizio Sanitario Nazionale per l'esterno. Lo status di tali medici si caratterizza per l'assenza di incompatibilità con altri eventuali impieghi quali libero professionista o dipendente presso altre pubbliche amministrazioni. Il medico incaricato viene assunto mediante concorso, procedura che si rivela inefficace rispetto alle esigenze dell'Amministrazione, a causa dei lunghi periodi di tempo che intercorrono tra il bando di concorso e l'effettiva entrata in servizio.

Al fine di porre rimedio a tale inconveniente è stata istituita la figura del medico incaricato provvisorio, il quale può essere assunto a titolo provvisorio, pur rivestendo le stesse mansioni e ricevendo il medesimo trattamento economico dell'incaricato ordinario.

Anche la figura del medico incaricato cd. “a parcella” nasce da esigenze di organico: egli è equiparato, dal punto di vista funzionale, al medico incaricato, è considerato libero professionista e retribuito a ore.

Una delle figure più importanti del servizio sanitario d'istituto è rappresentata dal medico di guardia, così denominato in quanto presta la sua opera nelle ore di guardia, diurna o notturna, ed è generalmente abilitato alle urgenze ed al pronto soccorso. In realtà i medici di guardia spesso integrano l'opera del medico incaricato e lo sostituiscono nelle sue mansioni. Dal punto di vista retributivo essi non godono dell'indennità penitenziaria anche se l'esposizione al rischio è pari a quella dei colleghi. Non godono, inoltre, di alcuna tutela per malattie ed infortuni, non maturano alcuna anzianità di servizio e per lavorare devono sottoscrivere un'assicurazione obbligatoria. La figura del medico di guardia è nata per assicurare la presenza continua di un medico negli istituti di grande capienza; tuttavia in seguito si è reso necessario garantire questa presenza anche negli altri istituti ed è così stata autorizzata l'assunzione di medici per un numero di ore proporzionato alle esigenze delle diverse strutture.

L'altra fondamentale figura professionale che si riscontra ordinariamente negli istituti penitenziari è rappresentata dal medico specialista. Il ricorso agli specialisti fu motivato dall'esigenza di potenziare i servizi di istituto, in particolare dalla necessità di costituire i centri diagnostici terapeutici dell'Amministrazione.

L'assistenza specialistica è garantita da liberi professionisti, retribuiti a visita o a prestazione, legati alla direzione dell'istituto da convenzioni, che possono essere stipulate tramite le USL o, in caso di indisponibilità di queste, direttamente con i singoli professionisti. È prevista la revoca della convenzione solo nell'ipotesi di disservizio da parte dello specialista, in particolare in caso di reiterato non rispetto dell'orario di lavoro, salvo ovviamente che le mancate prestazioni non siano state causate da situazioni estranee all'operato del sanitario, quali insufficienza di personale o mancanza di attrezzature adeguate.

Particolare importanza riveste in ambito penitenziario la figura dello psichiatra. Ai sensi dell'art. 11 O.P. ogni istituto penitenziario deve disporre di almeno uno specialista in psichiatria. Egli non solo è chiamato ad intervenire terapeuticamente di fronte a tutte le manifestazioni sintomatiche del disagio psichico, ma deve anche partecipare come esperto all'attività di osservazione e trattamento.

Ai medici degli istituti penitenziari di ruolo, di guardia, incaricati e specialisti, devono inoltre aggiungersi i medici non inquadrabili nel personale penitenziario, come i medici del Ser.T e i medici del

lavoro. Operano nel contesto penitenziario anche altre figure sanitarie rappresentate da psicologi del Ser.T e convenzionati, infermieri, farmacisti incaricati, tecnici di radiologia e radioterapia, ausiliari socio-sanitari. Comprensibilmente non tutte queste figure possono essere presenti nei singoli istituti, poiché la loro attività è legata alla presenza di determinate strutture e attrezzature.

Secondo le rilevazioni del D.A.P. nel febbraio 2005 lavoravano negli istituti penitenziari italiani: 1.184 medici di guardia, 11 medici di guardia psichiatrica, 1 farmacista incaricato, 218 medici incaricati, 118 medici del Presidio Tossicodipendenze, 1 farmacista incaricato provvisorio, 131 medici incaricati provvisori, 1.887 medici specialisti.

4.3 L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO PENITENZIARIO NAZIONALE

L'apparato pubblico preposto alla tutela del diritto alla salute delle persone in stato di privazione della libertà personale trova collocazione nell'ambito del Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria che è articolato in 5 Direzioni Generali⁷⁴.

Con D.M. 22 gennaio 2002 tra i 4 Uffici dirigenziali istituiti presso la Direzione Generale dei detenuti e del trattamento è incluso l'Ufficio III - Servizio Sanitario, che esercita funzioni di indirizzo e programmazione dell'azione amministrativa in tema di sanità penitenziaria su tutto il territorio nazionale.

In sede regionale la funzione di pianificazione ed attuazione di programmi di intervento e di stipula di convenzioni e di protocolli di intesa con il Servizio Sanitario Nazionale relativi all'attività sanitaria penitenziaria è attribuita al Provveditore Regionale.

Per quanto attiene alle azioni sanitarie svolte negli istituti di pena, l'art. 11 O.P. e l'art. 17 Reg. esec. impongono all'Amministrazione penitenziaria di predisporre, in ogni istituto penitenziario, l'organizzazione di un servizio sanitario rispondente alle esigenze profilattiche e di cura della popolazione detenuta. In applicazione di tali norme è tenuto conto delle risorse disponibili in ogni istituto,

⁷⁴ Fonte: Relazione dott. ssa B. Brunetti, *La Tutela della salute in carcere. Organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario. Evoluzione normativa*, 04 giugno 2007, disponibile su www.agesol.it

l'Amministrazione ha predisposto un servizio di assistenza sanitaria per i detenuti soprattutto attraverso lo strumento delle circolari.

Il Servizio Sanitario, Ufficio III, dipende dal Ministero della Giustizia e collabora con il Ministero della Salute⁷⁵. Esso è organizzato in tre diversi livelli:

1. un livello centrale (Ufficio III);
2. un livello regionale, presieduto dal P.R.A.P., in collaborazione con le Regioni e gli Assessorati alla Sanità;
3. un livello locale a cui fanno capo gli istituti che sono in diretto contatto con le ASL.

A livello centrale presso il Dipartimento è stato costituito all'interno dell'Ufficio del Servizio Sanitario lo Staff Tecnico V Sanitario, istituito nel 2003 con decreto del Direttore Generale dei detenuti e del Trattamento. Si tratta di un'articolazione che rappresenta un importante anello di congiunzione tra gli organi centrali e le realtà periferiche dell'Amministrazione, intervenendo in merito a: strategie di *improvement* gestionale, recupero di produttività dei centri clinici, miglioramento delle conoscenze e proposta di azioni atte a contrastare la diffusione delle patologie infettive in ambiente penitenziario, verifica dell'efficienza dei servizi sanitari, avvio del processo di informatizzazione di area, collaborazione con Università, Enti di ricerca e ASL per la formazione del personale. Lo Staff prevede un coordinatore sanitario e un direttore amministrativo, e si compone di professionalità sanitarie particolarmente qualificate, che già intrattengono un rapporto di lavoro con l'Amministrazione penitenziaria. I componenti durano in carica un anno e sono nominati dal Direttore Generale dei Detenuti e del Trattamento, previo parere del Direttore dell'Ufficio.

Al fine di realizzare un'efficiente utilizzazione delle risorse per il perseguimento degli obiettivi nel settore sanitario, con il decreto del Direttore Generale n. 5 del 2005 è stato ampliato il precedente quadro organizzativo dell'Ufficio centrale.

È stata prevista l'articolazione in sette sezioni, in luogo delle tre precedenti, in modo tale da fornire un'adeguata risposta all'intera materia sanitaria in ambito penitenziario. In particolare, vengono curati i seguenti aspetti: progettazione organizzativa e programmazione generale del servizio sanitario negli istituti penitenziari (sezione I); servizi di contabilità e verifica dell'utilizzo delle risorse economiche (sezione II); verifica e revisione della qualità dell'assistenza sanitaria degli istituti penitenziari (sezione

⁷⁵ Fonte: Relazione dott. G. Starnini discussa in occasione del convegno "Carcere e Tossicodipendenza. I confini della responsabilità e l'integrazione degli interventi", tenutosi a Padova il 19 maggio 2005.

III); igiene ambientale e tutela della salute mentale (sezione IV); coordinamento delle aree specialistiche e verifica dell'efficienza dei servizi intramurari assicurati dal S.S.N. (sezione V); disabilità in ambiente penitenziario (sezione VI); affari generali (sezione VII).

Le aree di intervento dell'Ufficio III sono molteplici, fra cui lo svolgimento di indagini epidemiologiche, il collegamento con Provveditorati ed Istituti, la supervisione degli OPG, la gestione del personale, la ripartizione del budget e la fornitura di strutture e attrezzature.

L'Ufficio III si avvale delle seguenti risorse:

- personale che comprende dirigenti, direttori, medici, contabili, educatori e uno staff medico sanitario;
- logistica;
- servizi di supporto;
- utilities.

L'assistenza sanitaria che il Servizio Sanitario svolge nei confronti delle persone detenute si realizza tramite l'individuazione di modelli assistenziali basati sulle dimensioni degli Istituti e sulle specifiche esigenze sanitarie, in funzione delle risorse disponibili. Il Servizio Sanitario si occupa inoltre di condurre un monitoraggio annuale delle attività svolte nelle articolazioni sanitarie periferiche dell'amministrazione, ne controlla le spese e verifica gli obiettivi, che possono essere poi formulati in base alle criticità emerse.

4.4 L'UNITÀ OPERATIVA DI SANITÀ PENITENZIARIA

Con la circolare n. 3543/5993 del 23 febbraio 2001, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha sancito la costituzione di una nuova struttura: l'Unità Operativa di Sanità Penitenziaria presso ciascun Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria. Si tratta di una struttura organizzativa alla quale viene attribuita la competenza in materia di sanità penitenziaria, nell'ottica di un reale, progressivo decentramento. *“La decisione trae origine, in particolare, dall'esigenza da tempo avvertita di creare un nucleo per il coordinamento degli aspetti sanitari della attività svolta dagli istituti penitenziari nell'ambito regionale, in quanto il decreto legislativo 444/92 ha omesso l'area sanitaria nei Provveditori e ha frazionato i diversi aspetti della materia tra le altre aree operative di quelle strutture.”*⁷⁶ Ai provveditori è stata conferita una competenza

⁷⁶ Circolare D.A.P. n. 3543/5993 del 23 febbraio 2001.

specifica in tema di rapporti con le Regioni e il Servizio sanitario nazionale. Si avvertiva l'esigenza sempre maggiore di garantire una gestione unitaria del servizio che consentisse di fornire una risposta congrua, in termini di qualità e di appropriatezza, alle molteplici problematiche del settore.

E'opportuno precisare che era già stata prevista la presenza di un medico per un massimo di sei ore settimanali presso i provveditorati, con le funzioni di consulente del Provveditore, ma tale contributo riusciva a garantire solo interventi frammentari e disarmonici rispetto alle esigenze degli istituti e alle aspettative del Dipartimento.

Spetta all'Ufficio del Dipartimento valutare l'opportunità e la possibilità di accrescere la presenza dei medici incaricati nelle sedi provveditoriali, rispetto alle sei ore settimanali, per rendere più efficace l'azione svolta.

L'U.O.S.P. è costituita da: un funzionario amministrativo, tra quelli già in servizio al Provveditorato e che possibilmente si occupava già del settore sanitario; uno o due medici incaricati, responsabili degli aspetti medici; un operatore sanitario appartenente all'area delle scienze infermieristiche con funzioni di promozione e di iniziativa su materie attinenti la qualità dei servizi infermieristici negli istituti penitenziari; un collaboratore amministrativo contabile e un operatore amministrativo.

Nell'ambito dell'Unità Operativa, il Provveditore, su indicazione del sanitario, può avvalersi anche della consulenza di altri professionisti, qualora ravvisi la necessità di ulteriori approfondimenti nei settori di alta specialità medica.

L'unità operativa si occupa dell'andamento dell'attività sanitaria svolta dagli istituti penitenziari del distretto mediante un'azione di coordinamento, di pianificazione, di attuazione dei programmi di intervento definiti dal Dipartimento e di verifica dei risultati della attività posta in atto.

Nella sfera di competenza dell'unità operativa di sanità penitenziaria sono comprese anche le problematiche riguardanti la carenza degli infermieri professionali, la gestione dei rapporti con la Regione in ordine alla razionalizzazione degli interventi in particolare in materia di psichiatria, le proposte di assegnazione dei detenuti inviati da altri provveditorati per il ricovero nei centri clinici dopo averne verificato la diagnosi, la collaborazione, nel settore della sicurezza nei luoghi di lavoro, con l'area tecnica e quanto altro attenga alla sanità.

4.5 IL RIORDINO DELLA MEDICINA PENITENZIARIA: IL D. LGS. 22 GIUGNO 1999 N. 230

Nel 1998 l'avvio della riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale coinvolge anche l'organizzazione penitenziaria: mutamenti significativi nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria all'interno degli istituti penitenziari sono avvenuti con il D. Lgs. 22 giugno 1999 n. 230 di Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della Legge delega 30 novembre 1998 n. 419. Tale decreto legislativo ha previsto il riordino della medicina penitenziaria attraverso il passaggio di competenze all'Amministrazione penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, con l'obiettivo di garantire l'effettività dell'uguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie da parte di cittadini detenuti e di cittadini in stato di libertà. Si profila, dunque, un venir meno dei connotati di tipicità e di autonomia della medicina penitenziaria.

I principi giuridici contenuti nel decreto risultano in linea con le direttive internazionali che regolano la sanità penitenziaria: tra questi, il principio dell'equivalenza sancito dall'art. 1 (Diritto alla salute dei detenuti e degli internati) del decreto in esame, secondo il quale *“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”* e il Servizio Sanitario Nazionale garantisce ai detenuti e agli internati *“livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi”*. Tale principio viene infatti affermato anche nella deliberazione approvata dall'ONU nel dicembre 1982 in materia di *“Principi di etica medica per il personale sanitario in ordine alla protezione dei detenuti”*, secondo la quale *“Gli esercenti le attività sanitarie incaricati di prestare cure a persone detenute o comunque private della libertà, hanno il dovere di proteggerne la salute fisica e mentale, nello stesso modo che li impegna nei confronti delle persone libere”*. Secondo tale principio, quindi, il Servizio Sanitario dovrebbe *“garantire servizi che siano indifferenti al luogo istituzionale e agli utenti sui quali operano”*.

Ogni istituto entra nella sfera di competenza territoriale della Azienda Sanitaria Locale ed è prevista per tutti i detenuti l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e l'esenzione dal pagamento del ticket, anche per gli stranieri, i quali *“hanno parità trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia”*. Il riconoscimento dell'esenzione risolve anche quei problemi legati all'accertamento dello stato d'indigenza favorendo un eguale accesso

alle prestazioni sanitarie senza dover ricorrere all'attestazione dell'esenzione per patologia. Il comma 4 dell'art. 1 di tale decreto stabilisce il mantenimento dell'iscrizione al SSN per i detenuti e gli Internati.

L'applicazione dell'art. 1, che non sembrava presentare difficoltà di attuazione, è stata in verità disattesa da molte Regioni. Per favorire l'applicazione di queste previsioni il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria dispose, attraverso i propri Provveditorati regionali, l'istituzione, presso gli uffici matricola degli istituti penitenziari, di un elenco aggiornato dei codici di iscrizione al SSN di tutti i detenuti e gli internati presenti, compresi gli stranieri⁷⁷. Per questi ultimi si è provveduto a richiedere l'iscrizione ai competenti uffici ASL, al fine di garantire la medesima assistenza offerta ai cittadini liberi in particolare in materia di fruizione dei farmaci e prestazioni specialistiche e di laboratorio presso strutture sanitarie esterne, qualora necessario. Si è chiesto inoltre agli Assessorati Regionali alla Sanità che ai Dirigenti o Coordinatori responsabili dell'area sanitaria venga rilasciato dalla ASL competente il ricettario regionale per la prescrizione dei farmaci urgenti non disponibili all'interno dell'istituto, da acquisirsi sempre senza oneri di partecipazione alla spesa.

L'art. 1 del D. Lgs. 230/99 specifica i contenuti del diritto alla salute dei detenuti e degli internati, che si concretano in:

- a) *“livelli di prestazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi”*;
- b) *“azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute”*;
- c) *“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”*;
- d) *“interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale”*;
- e) *“l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute e internate”*;
- f) *“l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, in ragione dell'ambiente di vita e di*

⁷⁷ B. Brunetti, G. Starnini, *La tutela della salute dei detenuti*, relazione 13 settembre 2002, disponibile su www.ristretti.it.

relazione sociale, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari”.

L'art. 2 sancisce il principio secondo cui l'assistenza sanitaria richiede preventivamente la collaborazione reciproca tra SSN e Amministrazione Penitenziaria, che sola può garantire l'effettività delle prestazioni ed un'attuazione degli obiettivi conforme alle previsioni dei Piani sanitari. In tale direzione è disposta la globalità degli interventi di assistenza sociale e sanitaria da attuare in maniera uniforme da parte dello Stato, delle Regioni e Province autonome, dei Comuni, delle Aziende unità sanitarie locali e degli istituti penitenziari, anche attraverso sistemi di informazione ed educazione sanitaria.

Tale riforma ha stabilito una ripartizione di competenze tra Amministrazione penitenziaria e Azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è ubicato un istituto penitenziario, spettando a quest'ultima l'erogazione delle prestazioni sanitarie, e alla prima la tutela della sicurezza dei detenuti e degli internati assistiti. L'art. 3 D. Lgs. 230/99 ripartisce le competenze in materia sanitaria tra il Ministero della sanità, le Regioni e le Aziende unità sanitarie locali. Precisamente sono attribuite:

- al **Ministero della sanità** le competenze in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio Sanitario Nazionale negli istituti penitenziari;
- alle **Regioni** le competenze in ordine alle funzioni di organizzazioni e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi;
- alle **Aziende unità sanitarie locali** la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari.

E' inoltre stabilita una responsabilità del Direttore Generale della struttura sanitaria che risponde della mancata applicazione e dei ritardi nell'attuazione delle misure previste ai fini dello svolgimento dell'assistenza sanitaria penitenziaria. Residua in capo all'Amministrazione penitenziaria una funzione di impulso: è riconosciuto in capo ad essa il compito di vigilare sulla concreta osservanza di tali adempimenti segnalando, in caso di inerzia e ai fini dell'attivazione dei poteri sostitutivi, alle Aziende unità sanitarie locali, alle Regioni e al Ministero della Sanità, la mancata osservanza delle disposizioni del decreto. All'Amministrazione Penitenziaria compete poi la funzione di provvedere alla sicurezza dei detenuti e degli internati assistiti all'interno degli istituti e nei luoghi esterni di cura.

L'attuazione della riforma richiamata dall'art. 8, il quale attiene al trasferimento delle funzioni e alla fase sperimentale, ha previsto il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale, a decorrere dal 1° gennaio 2000, delle funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti e ha previsto il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle restanti funzioni sanitarie, in almeno tre regioni, che il successivo decreto 20 aprile 2000 ha individuato in Toscana, Lazio, Puglia. Con il D. Lgs. 22 dicembre 2000, n. 433 sono state introdotte correttive del D. Lgs. 230/99: in particolare il termine della durata della fase sperimentale è stato prorogato dal 22 novembre 2000 al 30 giugno 2002 e la sperimentazione è stata estesa alle Regioni e alle Province autonome che entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto n. 433 avessero fatto richiesta di partecipazione al Ministero della Salute e al Ministero della Giustizia. Entro il termine sopraindicato hanno aderito anche le Regioni Campania, Emilia Romagna e Molise.

E' chiaro che l'individuazione della migliore modalità possibile di garantire livelli essenziali di assistenza alle persone detenute deve tener presente la vastità delle problematiche insite nella realtà attuale degli istituti penitenziari italiani: da quelle sociali a quelle cliniche, dagli aspetti organizzativi a quelli medico – legali ed economici, dai rapporti tra diverse istituzioni dello Stato a quelli tra associazioni di categoria.

4.6 IL PROGETTO OBIETTIVO PER LA TUTELA DELLA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO

4.6.1 Gli obiettivi di salute

Non limitandosi a enunciazioni di principio, il D. Lgs. 230/99 all'art. 5 ha previsto l'adozione di un apposito Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, di durata triennale, ai fini della rimozione degli ostacoli ambientali ed organizzativi che caratterizzano l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, mediante la formulazione di criteri e indirizzi per l'attivazione di una rete di presidi e di servizi sanitari volti a soddisfare la domanda di assistenza, a migliorare la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, a garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute negli istituti penitenziari. Le indicazioni contenute nel Progetto obiettivo sono suscettibili di modificazioni ed integrazioni, più o meno ampie, a seconda degli esiti della sperimentazione. Ai sensi dell'art. 5, comma 3, del D. Lgs. 230/99 nel Progetto obiettivo sono definiti gli indirizzi alle Regioni, volti a garantire gli obiettivi di salute dei detenuti e degli internati secondo i livelli essenziali e uniformi di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale.

Tenuto conto della specificità della condizione penitenziaria, il Progetto individua le aree prioritarie di intervento per la tutela della salute dei detenuti e degli internati, indicando i programmi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie maggiormente diffuse, volti al superamento e al contenimento degli stati di invalidità e di cronicità determinati da eventi interni o esterni alla condizione detentiva.

4.6.2 Le attività di prevenzione

Il Progetto sottolinea come il carcere, per molti aspetti, possa costituire causa di rischi aggiuntivi per la salute fisica e psichica dei detenuti, degli internati e del personale addetto alla sorveglianza e all'assistenza, assumendo il concetto di salute nell'accezione più ampia del termine, ovvero come condizione di benessere fisico, psichico e sociale della persona e dell'intera comunità. Alla luce di tale considerazione viene ribadita la necessità di interventi nei settori dell'alimentazione, dell'igiene e della salubrità dell'ambiente, dello stato delle strutture edilizie. I problemi ambientali costituiscono il primo campo di intervento per la tutela della salute dei detenuti e degli internati.

E' significativo il fatto che il D. Lgs. 230/99 preveda il trasferimento delle funzioni di prevenzione prima di tutte le altre. Il regime

alimentare, gli ambienti malsani, la mancanza di movimento e di attività sociale, l'inedia, gli atti di violenza e di autolesionismo sono le questioni a cui con priorità devono essere rivolte l'attenzione e l'iniziativa dei servizi sanitari. Anche lo stato delle strutture edilizie, con vecchi edifici impropriamente adattati a carceri e degradati dal tempo e dall'uso e con stabilimenti di più recente costruzione ma ugualmente inadatti e nocivi, costituisce una specificità cui deve rivolgersi l'azione preventiva del Servizio Sanitario Nazionale. In ragione di queste specifiche condizioni, è necessario definire programmi di prevenzione primaria finalizzati alla riduzione o rimozione di una sofferenza che ha radici strutturali. Entro tre mesi dall'entrata in vigore del Progetto obiettivo, i dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali dovevano predisporre per gli istituti penitenziari ubicati nei relativi ambiti territoriali, coinvolgendo anche gli operatori penitenziari e i detenuti, una ricognizione dei rischi per la tutela della salute in ambito carcerario, con l'obiettivo di realizzare gli interventi strutturali necessari per il ripristino, eventuale, di idonee condizioni ambientali e di individuare soluzioni che potessero incidere sul miglioramento della qualità della vita in carcere⁷⁸. Le aziende sanitarie locali predispongono, sulla base delle informazioni e dei dati disponibili, programmi mirati di educazione alla salute, con particolare riguardo alle malattie infettive, quali infezione da HIV, epatiti, tubercolosi, e parassitarie, alla prevenzione della tossicodipendenza, della sofferenza mentale dell'abuso di psicofarmaci, del fumo e dell'alcolodipendenza e delle più diffuse patologie sociali, sensibilizzando la popolazione detenuta e gli operatori sanitari e penitenziari. Le suddette aziende attivano, altresì, programmi pluriennali di prevenzione secondaria, articolati annualmente, con screening riguardanti una serie di patologie tra le quali le malattie infettive e psichiatriche, le malattie cerebro e cardiovascolari, i tumori e il diabete, al fine di raggiungere gli obiettivi di salute indicati nel Piano sanitario nazionale.

4.6.3 Le attività di cura

Le aziende sanitarie locali nel cui ambito territoriale è ubicato uno o più istituti penitenziari individuano, secondo le indicazioni regionali, modelli organizzativi atti ad assicurare il soddisfacimento della domanda di cura dei detenuti e degli internati e organizzano percorsi

⁷⁸ In particolare si sottolinea l'importanza della verifica dell'applicazione della normativa sulla sicurezza negli ambienti di lavoro in un ambito, quale quello penitenziario, in cui devono essere conciliati ordinamenti diversi.

terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati. Per espletare le attività di cura, sette sono le principali aree di intervento individuate:

- I. la medicina generale;
- II. la medicina specialistica;
- III. la medicina d'urgenza;
- IV. l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti;
- V. l'assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute;
- VI. le patologie infettive;
- VII. la tutela della salute mentale.

La medicina generale deve poter essere applicata superando il frazionamento degli interventi secondo un modello che preveda:

- a) visite mediche e colloquio con l'operatore di salute mentale per tutti i nuovi giunti al loro ingresso in istituto;
- b) visite programmate alle persone detenute che ne facciano richiesta;
- c) il raccordo con la medicina generale presente sul territorio, anche mediante la redazione puntuale della cartella clinica del detenuto durante la permanenza in carcere e la raccolta delle indicazioni che consentano di proseguire idonei ed appropriati trattamenti in altri istituti o al ritorno in libertà;
- d) strumenti idonei a rilevare i dati necessari ad alimentare i flussi informativi sanitari nella logica della continuità assistenziale garantita dalle strutture previste dai livelli uniformi ed essenziali di assistenza.

In stretta correlazione con l'assistenza medico-generica, **la medicina specialistica** deve garantire gli interventi di tipo specialistico su indicazione e richiesta del medico di medicina generale. Gli obiettivi specifici che devono essere perseguiti sono:

- a) uniformare in tutti gli istituti penitenziari gli standard di assistenza specialistica;
- b) garantire interventi immediati in sintonia con le esigenze di salute;
- c) integrare le singole e specifiche competenze nell'ambito di una visione globale del paziente detenuto, anche tramite l'organizzazione di momenti di raccordo e confronto tra le varie figure specialistiche;
- d) avviare programmi di trattamento adeguati e compatibili con lo stato di detenzione.

La popolazione detenuta, per la eterogeneità e per l'alta prevalenza di stati morbosi, necessita di una **medicina di urgenza**. Sulla base di tale considerazione è possibile definire i seguenti obiettivi specifici:

- a) garantire la possibilità di un pronto intervento nell'ambito del sistema di emergenza, interno o del pronto soccorso;
- b) effettuare, quando necessario, iniziative di aggiornamento obbligatorio del personale in tema di patologie urgenti;
- c) prevedere l'integrazione tra le strutture intramurarie e quelle esterne per la medicina d'urgenza;
- d) disporre di adeguate attrezzature che consentano di fronteggiare le urgenze senza dover ricorrere con frequenza all'avvio in luoghi esterni di cura.

Tra le ipotesi più frequenti di situazioni di urgenza è possibile annoverare gli atti di autolesionismo.

Secondo i dati ufficiali del Ministero della giustizia, i tossicodipendenti costituiscono circa il 30% dei detenuti presenti nelle carceri italiane. **L'assistenza ai detenuti tossicodipendenti** ha fino ad ora avuto luogo mediante l'integrazione tra i servizi territoriali di assistenza (Ser.T) e gli analoghi presidi intramurari. Il trattamento del tossicodipendente prevede l'attuazione delle misure di prevenzione, diagnostiche e terapeutiche che riguardano sia l'aspetto della sfera psicologica che quello clinico. I programmi da sviluppare devono garantire la salute del tossicodipendente detenuto e assicurare, contemporaneamente, la tutela complessiva della salute all'interno delle strutture carcerarie; ciò comporta la ridefinizione del modello assistenziale, in un'ottica che concili le strategie più tipicamente terapeutiche con quelle preventive e di riduzione del danno. Per raggiungere tale finalità, il Progetto prevede, in primo luogo, la formulazione di percorsi capaci di una corretta individuazione dei bisogni di salute, in particolare tramite la raccolta di dati attendibili sulle reali dimensioni della popolazione detenuta tossicodipendente, sul livello di turnover di tale popolazione, sull'incidenza dell'alcolismo e di problemi correlati all'uso di sostanze, sullo stato dei presidi per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti presenti negli istituti penitenziari.

In secondo luogo, l'assistenza alle persone tossicodipendenti dovrebbe essere improntata ai seguenti principi:

- a) l'immediata presa in carico dei neoreclusi da parte del Ser.T competente sull'istituto penitenziario, al fine di evitare pericolose sindromi astinenziali ed ulteriori momenti di sofferenza del tossicodipendente;
- b) il principio della continuità terapeutica, soprattutto rispetto a quelle persone recluse già in trattamento presso i servizi extramurari;
- c) il principio della personalizzazione degli interventi, predisposti in base ad un'accurata diagnosi multidisciplinare dei bisogni del detenuto;

d) il rispetto dei trattamenti farmacologici (in primis metadone).

Il perseguimento di tali obiettivi implica mutamenti organizzativi anche all'interno dell'Amministrazione penitenziaria. Il modello organizzativo dovrà essere individuato dall'azienda sanitarie locale competente per territorio, sulla base alle indicazioni regionali, tenendo conto di una serie di previsioni del Progetto. Esso, infatti, prevede: la sistematica segnalazione al Ser.T, da parte dei medici addetti alle visite dei nuovi giunti, dei possibili nuovi utenti; la costituzione di aree di osservazione necessarie ad una migliore capacità diagnostica dei bisogni del detenuto e l'individuazione di locali adeguati allo svolgimento delle attività terapeutico riabilitative intramurarie; la predisposizione di istituti penitenziari a custodia attenuata entro i quali poter attuare più efficacemente le strategie terapeutiche; l'indicazione di precisi meccanismi per facilitare accesso ai colloqui e visite del detenuto da parte degli operatori. Il modello organizzativo dovrà, altresì, consentire un migliore coordinamento con i programmi svolti all'esterno, in particolare quelli in regime di misura alternativa alla detenzione. Un elemento, infine, di notevole rilevanza per il conseguimento di un costante miglioramento qualitativo dell'assistenza penitenziaria ai tossicodipendenti dovrà essere la realizzazione di iniziative di formazione permanenti che coinvolgano congiuntamente sia i dipendenti delle aziende sanitarie locali che quelli del Ministero della giustizia.

Per quanto attiene all'**assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute**, è innanzitutto doveroso premettere che la popolazione immigrata detenuta ha subito nell'ultimo decennio un incremento sostanziale legato anche alla presenza di frange di criminalità proveniente dagli ambienti degli immigrati. Molti di questi soggetti vengono a contatto per la prima volta nella loro vita con un sistema sanitario organizzato solo all'ingresso in carcere. L'entità del fenomeno suggerisce di prevedere specifiche raccomandazioni per gli immigrati detenuti. Il Progetto parte dal presupposto di una scarsissima conoscenza dei reali bisogni di carattere sanitario di tali persone, della difficile fruizione da parte di esse dei servizi sanitari attualmente disponibili, della necessità di adottare programmi di prevenzione per le patologie trasmissibili, della carenza di protocolli organizzativi mirati all'assistenza di questa popolazione, dell'assenza di formazione specifica del personale sanitario, di custodia, di supporto negli istituti penitenziari. La situazione sembra essere aggravata dalle difficoltà di comprensione linguistica tra utenti e operatori sanitari, dalla scarsa conoscenza da parte dei detenuti stranieri delle opportunità normative, ossia alle misure alternative

alla detenzione, e di assistenza che il nostro sistema offre, dalla frammentarietà e dalla disomogeneità degli interventi localmente sviluppati su tale tema, e, infine, dall'assenza di mediatori culturali, figura prevista nel regolamento di esecuzione penitenziario, ma che nella realtà non ha ancora trovato una sua collocazione stabile nell'ambito della vita degli istituti.

Le patologie infettive, che costituiscono un problema rilevante in tutte le comunità chiuse, assumono una particolare rilevanza nelle condizioni che si determinano negli istituti penitenziari. Il Progetto obiettivo sottolinea anzitutto alcuni fattori che concorrono alla notevole diffusione di tali patologie, ovvero la presenza di situazioni abitative, alimentari e comportamentali che ne facilitano l'acquisizione, e l'eterogeneità della popolazione carceraria, con la conseguente diffusione di malattie spesso non più comuni nel nostro Paese. Dalle analisi delle patologie infettive più frequentemente segnalate in carcere risulta che la prevalenza massima di infezioni è determinata da virus dell'epatite non A e da virus dell'HIV, prevalentemente acquisite fuori dal carcere, ma con possibilità di trasmissione anche all'interno della struttura penitenziaria. Le malattie più frequenti sono la scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi, l'epatite A e la tubercolosi, in prevalenza acquisite in carcere per trasmissione da persona a persona, mentre le sintomatologie associate ad etiologie infettive sono febbre e diarrea, determinate la prima dalla circolazione di influenza e altre infezioni respiratorie a carattere epidemico, la seconda da problemi legati all'igiene e dell'alimentazione. L'estrema pericolosità della circolazione in ambito carcerario di tali malattie, la circolazione di nuovi agenti infettivi o di agenti già noti con nuove modalità o veicoli di trasmissione confermano la rilevanza del fenomeno e l'esigenza di attuare interventi efficaci di prevenzione e controllo.

Gli obiettivi specifici da raggiungere possono essere così sintetizzati:

- a) predisposizione di strumenti di informazione per i detenuti e per il personale, con particolare riferimento agli addetti alla preparazione e alla distribuzione dei cibi, sulle malattie infettive, al fine di far aumentare la consapevolezza dei rischi di infezione e ridurre comportamenti che possano facilitare la diffusione di tali patologie;
- b) la creazione di mappe di rischio per le diverse modalità di trasmissione delle infezioni al fine di sviluppare ed attuare misure di prevenzione efficaci per controllare/ridurre le patologie infettive, analizzando la salubrità e la ventilazione degli ambienti, la densità abitativa delle celle, le condizioni dei servizi igienici, le modalità di preparazione, distribuzione e conservazione degli alimenti;

- c) l'individuazione di procedure standardizzate di valutazione dei nuovi ingressi;
- d) la garanzia ai detenuti dell'accesso ai trattamenti antinfettivi anche attraverso il ricorso a strutture esterne specializzate;
- e) lo sviluppo di un sistema di sorveglianza a scopo informativo-conoscitivo, che consenta di monitorizzare a livello nazionale le dimensioni del fenomeno.

Le misure prospettate mettono in discussione l'intera struttura organizzativa dell'istituzione carceraria e pongono all'ordine del giorno la stessa idoneità attuali strutture edilizie penitenziarie a garantire condizioni di vivibilità che tutelino la salute dei detenuti e degli operatori.

La tutela della salute mentale rappresenta un tema di estrema rilevanza, considerato l'incremento registratosi negli ultimi anni delle patologie di tipo psichiatrico. Emerge l'esigenza di più mirati interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali. La promozione e la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari devono essere considerate obiettivi che il Servizio Sanitario Nazionale deve porsi, non solo ai fini più strettamente sanitari, ma anche ai fini della sicurezza negli istituti. Un maggiore benessere psichico indubbiamente ridurrà lo stillicidio di piccole e grandi emergenze che soffocano la vita nell'istituto penitenziario e danno luogo ad un incessante disordine operativo. Il miglioramento del servizio reso nel settore della salute mentale, ad esempio, ha potenzialmente un ruolo decisivo nella prevenzione dei fenomeni di autolesionismo, con effetti positivi anche sulla custodia. E' indispensabile in questo settore una risposta che attraversi l'intero assetto sanitario del carcere, coinvolgendo in un progetto di complessiva presa in carico e in stretto collegamento con i dipartimenti di salute mentale che operano sul territorio, tutte le professionalità a vario titolo chiamate a provvedere alle esigenze di cura e trattamento delle persone detenute: agenti di polizia penitenziaria, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri, psicologi, medici, psichiatri e neuropsichiatri. Occorre un collegamento funzionale e organizzativo affinché il carcere assuma un'identità sanitaria in tale ambito integrata col resto del territorio.

Gli obiettivi primari da raggiungere nel triennio in tale settore sono:

- a) la valutazione dell'entità e della distribuzione dei disturbi mentali nella popolazione detenuta, attraverso progetti concordati tra Servizio Sanitario Nazionale e Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria;
- b) l'adozione di progetti formativi per gli operatori penitenziari;
- c) la collaborazione tra operatori psichiatrici esterni e gli psicologi che lavorano all'interno dei Servizi Nuovi Giunti;

d) l'istituzione, per i soggetti con disturbi mentali, sia di zone di osservazione e intervento clinico sia di riabilitazione tali da non determinare una separazione, bensì da consentire un livello maggiore di integrazione;

e) la previsione di modalità di assegnazione agli istituti penitenziari tali da garantire che i malati detenuti restino in ambiti territoriali prossimi a quelli della loro residenza precedente alla detenzione.

Sono invece assegnati agli istituti o alle sezioni speciali per infermi o minorati psichici gli imputati e i condannati ai quali nel corso della misura detentiva sopravviene un'infermità psichica che non comporti, rispettivamente, l'applicazione della misura di sicurezza del ricovero in O.P.G. o l'ordine di ricovero in O.P.G. o in case di cura o custodia nonché, per l'esecuzione della pena, i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente. In questi luoghi è necessaria una speciale attenzione alla salute mentale delle persone presenti e quindi una specifica dotazione di risorse e una stretta integrazione con le strutture deputate alla tutela della salute mentale.

4.6.4 Le attività di riabilitazione

Le condizioni di prevalente immobilità proprie dello stato detentivo richiedono una ricognizione dei bisogni riabilitativi in ciascun istituto penitenziario, in modo da predisporre programmi mirati che prevedano un approccio multidisciplinare e l'integrazione dei interventi di diverse professionalità sanitarie, sociale, educative, avendo a riferimento l'unitarietà della persona e il principio della continuità e della integrazione dei trattamenti sanitari. La riorganizzazione e l'implementazione delle attività riabilitative richiedono uno specifico progetto elaborato d'intesa tra gli assessorati alla sanità delle regioni ed i provveditorati dell'Amministrazione penitenziaria, per realizzare in ogni istituto penitenziario spazi attrezzati per lo svolgimento delle attività di riabilitazione. Qualora i trattamenti riabilitativi dovessero svolgersi in centri esterni, si applicano le procedure previste per i ricoveri in day-hospital o in regime ordinario esterni al carcere. Le aziende sanitarie locali valutano l'entità del lavoro svolto, il livello e l'adeguatezza tecnica e tecnologica delle strutture, la qualità delle prestazioni erogate, i risultati ottenuti, avendo a riferimento le linee-guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione approvate con provvedimento della conferenza Stato-regioni del 7 maggio 1998.

4.6.5 I modelli organizzativi

Il Progetto obiettivo prevede che le Aziende Sanitarie Locali nel cui ambito sono ubicati uno o più istituti penitenziari individuino i modelli organizzativi atti ad assicurare il soddisfacimento della domanda di cura di detenuti e internati. Esso fornisce alle singole regioni indicazioni in relazione ai possibili modelli organizzativi da adottare, tenendo in considerazione le dimensioni della popolazione carceraria nei differenti istituti di pena, differenziando le modalità organizzative:

- a) negli istituti fino a 200 detenuti è consigliata l'istituzione di un servizio sanitario multiprofessionale diretto da un dirigente medico che coordina le prestazioni erogate dalle strutture e dal personale dell'azienda;
- b) negli istituti da 200 a 700 detenuti è prevista la costituzione di una unità operativa multiprofessionale diretta da un medico che coordina la medicina generale con quella specialistica, promuove gli interventi necessari da parte delle articolazioni organizzative delle Aziende Sanitarie Locali e assicura l'integrazione tra le prestazioni sanitarie e quelle sociali in collaborazione con il responsabile dei servizi sociali;
- c) negli istituti oltre i 700 reclusi è indicata la presenza di un apposito dipartimento strutturale per la tutela della salute dei detenuti, articolato in più unità operative, dotato di uno specifico budget, con un direttore responsabile che predispone il programma annuale, con personale medico, tecnico e infermieristico nonché con psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali.

Per quanto attiene, invece, agli istituti penitenziari minorili, il Progetto prescrive l'istituzione nell'ambito del dipartimento per la tutela della salute dei detenuti, ove esistente, una specifica unità operativa, ovvero, in assenza del dipartimento, uno specifico servizio multidisciplinare.

Per gli istituti penitenziari femminili, infine, è prevista l'istituzione, in presenza del dipartimento per la tutela della salute dei detenuti, di una specifica unità operativa multidisciplinare, ovvero, in assenza di esso, uno specifico servizio multiprofessionale, tenuto conto delle specifiche professionalità che tale tipo di assistenza richiede.

A prescindere dal modello organizzativo adottato, l'Azienda Sanitaria Locale deve garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale tra i medici di medicina generale, i medici specialisti ambulatoriali e le strutture operative del Servizio Sanitario Nazionale. Tale servizio si avvale di

mediatori culturali per le attività sanitarie destinate ai detenuti o agli internati stranieri.

4.6.6 Il ricovero nelle unità operative di degenza

Il ricovero in un'unità operativa di degenza esterna al carcere è previsto per la cura degli stati acuti di malattia delle persone detenute. Le ragioni di sicurezza dell'Amministrazione penitenziaria evidenziano l'esigenza di imitare il ricorso al ricovero esterno ai soli casi necessari e l'impegno a qualificare in misura sempre maggiore la rete dei servizi diagnostici e terapeutici e dei presidi all'interno degli istituti penitenziari. La regione, sentito il provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria, stabilisce i requisiti per l'accreditamento delle strutture e dei presidi di ricovero interni al carcere, a partire dagli esistenti reparti clinici e chirurgici dell'Amministrazione penitenziaria. In ogni caso, mai le ragioni di sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita dei detenuti. Anche in riferimento alle particolari responsabilità e ai gravosi impegni di traduzione, di trasferimento e di piantonamento che il ricovero esterno richiede all'Amministrazione penitenziaria, il ricovero ospedaliero, fatte salve le competenze dell'Autorità giudiziaria e della suddetta Amministrazione, deve essere motivato e coordinato dal Servizio Sanitario Nazionale. Nell'immediato, per il ricovero all'esterno dal carcere va utilizzata la rete dei presidi ospedalieri o delle aziende ospedaliere esterni; a medio termine, ci si avvarrà anche di "sezioni ospedaliere specifiche" ricavate negli ospedali. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, con decreto dal Ministro della sanità di concerto con il Ministro della giustizia, sono individuati i presidi ospedalieri o le aziende ospedaliere nei quali istituire appositi reparti riservati ai detenuti che necessitano di un ricovero. Il Ministero della sanità censisce e verifica anche le strutture a custodia attenuata, programmando, d'intesa con il Ministero della giustizia, l'attivazione di almeno una struttura in ogni regione.

4.6.7 L'organizzazione per il governo della sanità in ambito penitenziario

Il trasferimento dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari al Servizio Sanitario Nazionale consente di superare una separazione storica tra culture ed esperienze diverse che hanno una finalità comune: la salute delle persone, tenendo conto della specificità delle condizioni ambientali. La ricomposizione di questa separazione consente, oggi, di mettere a disposizione dei programmi per la salute dei detenuti e degli internati tutto il potenziale del Servizio Sanitario Nazionale, dalla ricerca alla sperimentazione, dalla formazione degli operatori alla rete dei servizi territoriali e ospedalieri, dalla prevenzione alla riabilitazione. Tuttavia, deve essere salvaguardato il patrimonio di esperienze e di conoscenze fino ad oggi acquisite dal personale in materia di assistenza sanitaria negli istituti penitenziari. Il governo della sanità in carcere deve trovare una puntuale organizzazione a livello nazionale, nella individuazione di comitati tecnici interministeriali per indirizzare e coordinare l'attività sanitaria in ambito penitenziario. A livello regionale possono essere istituiti analoghi comitati di indirizzo e coordinamento. Il Ministero della sanità e gli assessorati alla sanità delle Regioni istituiscono, secondo i rispettivi ordinamenti, con apposito provvedimento, entro tre mesi dall'entrata in vigore del Progetto obiettivo, uno specifico ufficio ai fini dell'organizzazione, della programmazione e del coordinamento dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari. Con il medesimo provvedimento sono individuati il personale, le risorse e i compiti.

4.6.8 Le competenze: i compiti dello stato, delle Regioni e delle Aziende Sanitarie

Secondo quanto disposto dall'art. 3 D. Lgs. 230/99, **Il Ministero della Sanità** *“esercita le competenze in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari.”*

Per le attività previste nel Progetto obiettivo, esso utilizza le risorse finanziarie trasferite dal bilancio del Ministero della giustizia. Le risorse sono trasferite annualmente dal Ministero della sanità alle regioni, sulla base di criteri concordati in sede di Conferenza unificata, tenendo conto degli istituti penitenziari presenti in ciascuna regione, della consistenza e della composizione della popolazione detenuta e internata, dei presidi e dei servizi sanitari interni agli istituti penitenziari presenti nella regione, con particolare riferimento ai reparti clinici e chirurgici degli istituti medesimi, agli ospedali psichiatrici giudiziari, ai reparti ospedalieri per detenuti, ai presidi

per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, ai malati di mente e ai malati di AIDS.

Il Ministero della sanità provvede a rendere disponibili, nell'ambito delle risorse destinate all'adeguamento delle strutture di ricovero, apposite risorse per la ristrutturazione dei presidi all'interno degli istituti penitenziari e per l'istituzione di nuovi reparti per detenuti nei presidi e nelle aziende ospedaliere esterni.

A livello nazionale e regionale è assicurata la rilevazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione detenuta e internata, dei rischi, della morbilità e delle cause di morte, mediante l'istituzione di nuove strutture ovvero l'utilizzazione di quelle già esistenti, finalizzato a rendere disponibile al Servizio sanitario nazionale ogni informazione utile alla programmazione e al governo delle attività di prevenzione, di cura e riabilitazione in carcere.

Il Ministero della sanità, in collaborazione con quello della giustizia, organizza appositi corsi per la formazione specifica e l'aggiornamento degli operatori, degli agenti di polizia penitenziaria e dei mediatori culturali che operano in carcere. Esso, inoltre, stipula accordi con il Ministero dell'università e della ricerca scientifica per istituire corsi post-laurea dedicati all'aggiornamento dei medici che operano nei servizi sanitari in carcere.

La relazione sullo stato sanitario del Paese che il Ministero della sanità è tenuto a presentare al Parlamento prevede un apposito capitolo riguardante lo stato di salute negli istituti penitenziari italiani.

Le Regioni esercitano le competenze in ordine alle funzioni di programmazione e di organizzazione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi.

A tale scopo la Regione:

a) approva, entro 60 giorni dall'approvazione del Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, sentito il Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria, il Progetto obiettivo regionale. Tale Progetto indica gli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio, i modelli organizzativi da adottare in ciascuno degli istituti penitenziari presenti nella

regione, gli strumenti di supporto alle aziende e il controllo per la verifica della qualità e dell'efficacia delle prestazioni, le procedure e i tempi che le aziende locali devono seguire nella predisposizione del piano attuativo locale per la tutela dei detenuti e degli internati;

b) prevede le risorse finanziarie da assegnare alle aziende sanitarie locali per la costituzione e il funzionamento dei modelli organizzativi per la salute dei detenuti e degli internati e per la realizzazione del piano attuativo locale;

- c) organizza il piano di riordino della rete ospedaliera per il ricovero dei detenuti;
- d) predispone il programma dei corsi di formazione e di aggiornamento del personale sanitario e dei mediatori culturali, a cui possono accedere anche gli agenti di polizia penitenziaria;
- e) redige una relazione sullo stato di salute nelle carceri presenti nella regione, la quale viene inviata al Ministero della sanità e all'Amministrazione penitenziaria;
- f) esercita il controllo sull'operato delle Aziende Sanitarie Locali e adotta i provvedimenti previsti dalle leggi nei confronti del direttore generale in caso di inadempienza nell'attuazione delle misure previste dalle norme di legge;
- g) concorda con il Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria le sedi territoriali ove è più opportuno avviare iniziative di custodia attenuata.

Le Aziende Sanitarie Locali svolgono compiti di gestione e di controllo dei servizi sanitari che operano negli istituti penitenziari.

Il direttore generale risponde della eventuale mancata applicazione e degli eventuali ritardi nell'attuazione delle misure previste nel Progetto obiettivo nazionale e in quello regionale. Egli predispone, sentito il direttore dell'istituto penitenziario, specifici progetti di intervento nelle carceri, coinvolgendo il comune o la conferenza di sindaci nell'esame e nella definizione, approva i modelli organizzativi individuati nei progetti obiettivo nazionale e regionale e nomina i responsabili. Ha inoltre il compito di formulare alla regione, sentito il direttore dell'istituto penitenziario interessato, proposte di riordino delle strutture sanitarie interne e esterne al carcere e di attuare le intese con la direzione degli istituti penitenziari. Infine, assicura che le risorse finanziarie assegnate dalla regione siano correttamente ed esclusivamente impiegate per l'assistenza sanitaria in ambito penitenziario e approva la carta dei servizi per i detenuti e gli internati, previa consultazione con le loro rappresentanze.

Attraverso questa separazione di competenze, il rapporto medico-paziente e la salute del detenuto malato assumono una rilevanza centrale e primaria rispetto alle esigenze di sicurezza. Per effetto della modifica del Titolo V della Costituzione, operata con legge Costituzionale n. 3 del 2001, la competenza in materia sanitaria, e quindi anche quella riguardante la sanità negli istituti penitenziari, appartiene alle regioni: il nuovo art. 117 comma 3 Cost. prevede infatti la "*tutela della salute*" come materia di legislazione concorrente, rispetto alla quale cioè la potestà legislativa spetta alle regioni, con la sola eccezione della determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello stato.

4.6.9 La formazione e l'informazione

Nell'ambito del processo di trasferimento delle funzioni sanitarie al Servizio Sanitario Nazionale, un'importanza particolare riveste la formazione permanente e specifica degli operatori sanitari e del personale di polizia penitenziaria. I programmi di formazione del personale dovranno essere tenuti nella massima considerazione alla luce della rilevanza del rapporto quotidiano con i detenuti ed in particolare con le persone portatrici di sofferenza psichica.

In particolare, in relazione ai programmi di prevenzione dell'infezione da HIV e dell'abuso di droghe deve essere prevista la messa in atto di opportuni momenti di informazione attraverso l'utilizzazione di adeguati supporti applicabili e modificabili secondo esigenze differenziate.

Opportuni programmi di educazione sanitaria in tema di droga, alcool, AIDS e salute mentale, appaiono essere prioritari nell'ambito della popolazione detenuta.

L'informazione su questi temi attraverso un'opera di sensibilizzazione diretta rappresenta un valido strumento di prevenzione.

I programmi informativi devono privilegiare forme differenziate di comunicazione se indirizzate a detenuti italiani o stranieri, tenendo conto delle specifiche esigenze tecniche e religiose.

E'auspicabile la sempre maggiore presenza della figura del mediatore culturale, persona qualificata sul piano non solo linguistico ma soprattutto culturale, che consenta di superare le difficoltà nei rapporti con i detenuti provenienti da paesi stranieri.

Una delegazione del Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o dei trattamenti inumani o degradanti (CPT), in occasione della visita effettuata, dal 15 marzo al 27 marzo 1992, in quattro stabilimenti carcerari italiani (due stabilimenti del complesso penitenziario situato a Rebibbia, il carcere di Regina Coeli a Roma, il carcere di S. Vittore a Milano), aveva sottolineato l'importanza di un programma continuo di informazione per tutti i detenuti e per il personale carcerario sull'argomento delle malattie infettive, affermando la necessità di miglioramenti, attraverso la promozione di un'informazione sistematica dei detenuti.

Per fornire un'assistenza sanitaria capace di garantire una prevenzione efficace e cure adeguate all'interno degli istituti penitenziari, è necessario assicurare l'adozione di efficaci metodi di prevenzione e di diagnosi, e la predisposizione di tutte le misure che consentano il combinato operare di pazienti e operatori sanitari nell'ambito di una strategia di lotta all'insorgenza e alla diffusione di patologie all'interno del carcere.

4.7 LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA

La realizzazione piena della riforma della sanità penitenziaria richiede evidentemente una forte collaborazione tra strutture sanitarie locali e strutture carcerarie. Essa, inoltre, deve essere necessariamente preceduta da un mutamento di tipo culturale e dalla predisposizione di tutti gli strumenti operativi e le risorse economiche volti a garantire la effettiva equivalenza, nella tutela della salute e nella erogazione delle relative prestazioni, tra cittadini liberi e cittadini detenuti, in conformità con l'art. 32 della nostra carta costituzionale.

La riforma prevista dal D. Lgs. 230/99 ha trovato resistenze molto forti sia da parte dei medici penitenziari, sia da parte delle strutture sanitarie locali, non interessate all'assunzione di un ulteriore servizio, né remunerativo né di facile gestione organizzativa, quale quello di realizzare una presenza operativa all'interno degli istituti penitenziari attraverso l'istituzione di unità operative e dipartimenti.

Il non essere riusciti a far crescere il livello di consenso alla riforma da parte degli operatori, penitenziari e non, e la scarsa valorizzazione delle competenze e dell'esperienza professionale che negli anni passati la medicina penitenziaria aveva saputo costruirsi, hanno creato una situazione di disapplicazione della riforma. In realtà, tra il 1999 e il 2002 si è registrata una diminuzione dei fondi per la medicina penitenziaria dell'11,4% medio pro capite, la spesa per gli specialisti è calata in media del 35,5%, mentre riduzioni minori hanno interessato i farmaci (12,9%), le apparecchiature (10,8%), la guardia medica (8,5%) e l'assistenza infermieristica (0,2%). Tuttavia, è necessario precisare che alcune riduzioni sono state determinate da razionalizzazioni: per quanto attiene ai farmaci, per esempio, la minor spesa è stata determinata dall'introduzione dei generici; in alcune regioni, inoltre, ai cittadini detenuti sono stati garantiti anche i farmaci antiretrovirali per la terapia anti-HIV. Sulla riduzione della spesa per le apparecchiature incide anche la recente apertura in alcuni istituti penitenziari di strutture di assistenza all'HIV e ai disabili, reparti ad hoc e strutture riabilitative.

4.8 ANALISI DEL CONTESTO NORMATIVO IN EMILIA ROMAGNA

Nel giugno del 2008 è entrato in vigore il DPCM 1.4.2008 concernente le *“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”*, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n.126 del 30.5.2008.

Il decreto, come previsto dalla Legge Finanziaria, ha disposto il trasferimento al SSN e SSR di tutte le funzioni sanitarie sino ad ora svolte dal Ministero della Giustizia e con esse il trasferimento al FSN e FSR delle risorse, del personale, delle attrezzature, degli arredi e dei beni strumentali afferenti alle attività sanitarie negli Istituti Penitenziari.

Il DPCM prevedeva che, al fine di favorire un maggiore coordinamento e integrazione tra le due amministrazioni coinvolte, venissero sanciti in sede di Conferenza Unificata una serie di accordi relativamente ai Rapporti di collaborazione (art.7), al riparto delle risorse finanziarie (art.6), e all'utilizzo dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie (art.4).

La Regione Emilia-Romagna ha provveduto alla somministrazione - così come richiesto a livello nazionale - e ad una prima elaborazione su scala regionale di una scheda di monitoraggio.

L'analisi dei dati raccolti permette una prima rappresentazione della realtà rilevata, i risultati di un lungo processo che ha coinvolto la Regione, - con i Servizi Regionali direttamente interessati al passaggio delle funzioni, mediante incontri periodici per l'elaborazione di indirizzi operativi uniformi, - le Aziende Sanitarie e gli Istituti Penitenziari, al fine di recepire il decreto nei tempi previsti dalla normativa e di facilitare e armonizzare il passaggio delle competenze nonché garantire la continuità assistenziale relativa alla presa in carico dei detenuti.

Con nota del Direttore Generale dell'ottobre 2008 fu richiesto alle Aziende, tra le altre cose, la nomina di alcuni nominativi sulla base delle competenze espresse nelle rispettive AUSL, per affrontare il passaggio delle attrezzature e dei locali secondo quanto previsto dall'art. 4, c. 2 del DCPM 1° aprile 2008.

Nello specifico i Responsabili dei Servizi Regionali *“Strutture sanitarie e socio-sanitarie”* e *“Sanità pubblica”* richiesero di individuare a ciascuna Azienda dei gruppi di lavoro composti da professionisti in materia di:

1. sanità pubblica;
2. attività tecniche;

3. ingegneria clinica;
4. prevenzione e protezione;
5. patrimonio.

I gruppi di lavoro così composti hanno svolto dei sopralluoghi negli spazi ad uso sanitario degli Istituti penitenziari ed hanno condotto delle rilevazioni strutturate sulle attrezzature e sui locali sulla base di schede concordate a livello nazionale e validate a livello locale. Gli esiti sono stati approfonditi e discussi a livello regionale con il coordinamento del Responsabile del Servizio “Strutture sanitarie e socio-sanitarie” e con l’ausilio di referenti tecnici dell’Amministrazione Penitenziaria.

Per quanto riguarda le attrezzature, gli arredi e i beni strumentali la Regione Emilia Romagna ha emesso la delibera che ha permesso alle Aziende di recepire correttamente con proprio atto tutti i beni transitati nel loro patrimonio. Per quanto riguarda i locali è stata fatta una valutazione dell’impatto finanziario per la manutenzione ordinaria e straordinaria previa fase di valutazione caratteristiche strutturali e di sicurezza di ciascun istituto.

La Deliberazione di Giunta Regionale n. 314 del 23.3.2009 prevede che a livello regionale venga istituito “Il Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari” con un proprio responsabile.

Il Programma contiene le linee di sviluppo organizzativo del settore, gli standard clinico-assistenziali, formula una proposta di riparto delle risorse alle Aziende USL per il monitoraggio delle realizzazioni e la valutazione delle politiche regionali in materia. Tale documento regionale di programmazione del settore ha valenza triennale e definisce:

- gli standard clinico assistenziali;
- le modalità di collaborazione con il Provveditorato Regionale e con il Centro di Giustizia minorile;
- le attività sovra aziendali;
- le attività specialistiche (centri clinici);
- il programma di superamento dell’ O.P.G.;
- le attività di formazione, ricerca e innovazione.

A tal fine il servizio Salute mentale, dipendenze Patologiche e Salute nelle carceri nell’agosto 2009 ha elaborato una prima stesura del Programma regionale e l’ha inviata alle Aziende Sanitarie sedi di Istituti Penitenziari. Sulla base delle indicazioni raccolte si è arrivati alla stesura definitiva con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2/2010.

Con questo strumento la Regione Emilia-Romagna ha voluto dare alle Aziende degli indirizzi per la redazione dei Programmi Aziendali, laddove ciascuna area Programmatica descrive lo standard

clinico assistenziale che rappresenta poi nella programmazione Aziendale l'obiettivo clinico da conseguire.

Il documento inviato contiene una serie di indicazioni per lo sviluppo dei programmi intendendo garantire le attività e funzioni su particolari aree chiave di risultato:

1. la medicina di base erogata sotto il coordinamento dei Dipartimenti di cure primarie;

2. l'attività infermieristica nell'ambito della medicina generale, l'assistenza nelle situazioni di urgenza-emergenza (frequenti sono gli atti di auto ed etero aggressività), l'assistenza nell'ambito della medicina specialistica, con particolare riguardo alle dipendenze patologiche e disturbi mentali.

3. la Sanità Pubblica, che si occupa di:

- vigilanza attraverso le visite ispettive nel cui ambito viene effettuata l'analisi dei rischi per la salute e ambientali, alimentari, infettivi della popolazione detenuta;
- controllo e sorveglianza delle malattie infettive mediante misure da adottare, definite in protocolli concordati tra Aziende e Istituti di pena per la gestione di malattie infettive;
- offerta delle vaccinazioni raccomandate, in relazione all'età, la condizione, l'appartenenza alle categorie a rischio o perché previste da piani o campagne di vaccinazione;
- programmi di screening per la prevenzione e profilassi della TBC, malattie a trasmissione sessuale e/o iniettiva, oncologici;
- programmi particolari di prevenzione verranno definiti di volta in volta su specifiche questioni che potranno presentarsi.

4. la medicina specialistica assicura prestazioni specialistiche evitando il più possibile spostamenti dei detenuti verso strutture esterne tenendo conto anche del rapporto costi/benefici. In ogni caso saranno assicurate prestazioni di odontoiatria, infettivologia, cura in relazione alle dipendenze patologiche, psichiatria, ginecologia, pediatria.

5. cura dei minori: saranno garantite le prestazioni sanitarie e assistenza psicologica con un particolare riguardo agli inserimenti alle comunità terapeutica e socio-educative.

6. cura dei detenuti immigrati: sono assicurate agli stranieri irregolari le stesse prestazioni sanitarie previste per i cittadini italiani, tra cui screening ad ampio raggio per i detenuti nuovi giunti, cure ambulatoriali e se necessario ospedaliere, cure per detenute tossicodipendenti.

Al fine di garantire le funzioni suddette, sarà attuata la maggior collaborazione tra servizi sanitari, direzioni degli Istituti di pena, Enti locali e volontariato per la messa a disposizione di mediatori culturali

affinché la funzione di mediazione culturale possa risultare utile ed efficace anche ai fini sanitari.

7. tutela della salute delle detenute e della loro prole: saranno assicurate alla popolazione detenuta femminile attualmente presente negli Istituti di Bologna, Modena, Piacenza e Forlì, percorsi sanitari di prevenzione, diagnosi precoce e cura, la stessa assistenza fornita alle donne presenti sul territorio regionale attraverso l'equiparazione degli standard clinico-assistenziali dei consultori territoriali agli Istituti Penitenziari della Regione. Nella Regione Emilia Romagna le donne con prole sono trasferite presso il carcere di Bologna dove saranno assicurati percorsi di assistenza pediatrica individualizzati in relazione all'età e all'esigenze del bambino a cura del servizio pediatrico territoriale.

8. medicina legale: l'attività dei servizi di medicina legale delle ASL si estende anche all'ambito penitenziario garantendo le certificazioni richieste dall'autorità giudiziaria, le dichiarazioni di incompatibilità con il regime penitenziario e l'accertamento dell'età dei minorenni immigrati sottoposti a provvedimenti penali.

9. tecnologia/telemedicina: sarà favorito lo sviluppo della telemedicina in particolare per quanto riguarda lo svolgimento tempestivo dell'attività diagnostica, migliorando così la possibilità di cura e prevenzione di particolari patologie.

10. azioni di sistema: saranno attuate azioni di valenza strategica e unificanti per la sanità penitenziaria regionale, anche attraverso il CEP e il rapporto con l'Osservatorio Regionale e l'Agenzia Socio-sanitaria. Tali azioni saranno favorite dall'utilizzo della cartella clinica informatizzata in tutti gli istituti penitenziari regionali, che potrà essere integrata con gli applicativi aziendali per le parti di competenza.

11. la formazione: si svolgeranno corsi di formazione per lo sviluppo di competenze tecnico professionali che di tipo organizzativo per il personale sanitario operante in ambito penitenziario che sarà inserito all'interno del programma aziendale di formazione.

La scheda n. 2 del monitoraggio dell'attuazione del DPCM 1.4.2008 fornisce una fotografia degli atti di gestione aziendale finalizzati all'organizzazione sanitaria degli Istituti Penitenziari e alla stipula della convenzione per l'individuazione dei locali da dedicare all'attività sanitaria, all'attuazione del trasferimento delle attrezzature, degli arredi, dei beni strumentali ed infine all'eventuale stipula dei Protocolli/accordi di collaborazione tra il direttore dell'Azienda Sanitaria e il direttore dell'Istituto.

L'analisi ed il confronto delle indicazioni raccolte evidenzia una sostanziale omogeneità di comportamenti relativamente all'adozione degli atti di Gestione Aziendale per l'organizzazione dell'assistenza

sanitaria negli Istituti Penitenziari conseguenti sia alle Deliberazioni di Giunta Regionale che – come precedentemente evidenziato - hanno riguardato sostanzialmente trasferimento del personale, la definizione del modello organizzativo (regionale ed aziendale), il riparto delle risorse finanziarie, sia gli accordi approvati in Conferenza Unificata.

Tutte le aziende sanitarie delle regione Emilia-Romagna sede di Istituto penitenziario hanno recepito il DPCM 1.4.2008 deliberando una serie di atti per il trasferimento del personale sanitario e per l'organizzazione delle funzioni sanitarie all'interno degli Istituti Penitenziari.

La scheda sul personale ha lo scopo fondamentale di rilevare le coerenze e gli scostamenti nelle dotazioni organiche dal momento del passaggio delle competenze alla fine del primo intero anno di gestione della sanità penitenziaria da parte delle regioni, e per esse per opera delle Aziende sanitarie locali.

Va ricordato che anche se il DPCM porta la data del 1° aprile, l'inizio vero della nuova gestione è considerato il 1° ottobre 2008 dal momento che l'art. 6 del detto decreto prevedeva una norma transitoria in base alla quale l'Amministrazione Penitenziaria avrebbe continuato a erogare i pagamenti sino al 30 settembre 2008. Allo stesso tempo il recepimento del personale non è stato agevole, dal momento che è stato necessario in moltissimi casi una specifica ricognizione per ricondurre le forme contrattuali precedentemente utilizzate all'interno della normativa contrattuale in vigore presso il SSN. Altro dato interessante che può scaturire da questa rilevazione è quello dell'internalizzazione o meno del personale transitato. A questo proposito va ricordato innanzitutto che il personale medico con contratto regolato dalla legge n.740/1970 continua a godere dello stesso trattamento in vigore precedentemente. In secondo luogo, l'internalizzazione del personale, non solo medico, comporta un rilevante maggiore onere e quindi è ragionevole un processo graduale in tal senso.

- Complessivamente vi è stato un incremento di personale da 195 a 215 unità (+9% circa), ma soprattutto vi è stato un incremento del numero delle ore prestate e cioè da 4.484 a 5.343 (+ 19%)
- Per quanto riguarda i medici incaricati ex 740 vi è, come era scontato, una sostanziale continuità sia nel numero dei professionisti che per quanto riguarda il numero delle ore.
- I medici ex SIAS fanno registrare invece un incremento da 65 a 68 unità e complessivamente + 28 ore di prestazione erogate.
- Gli psicologi di ruolo fanno registrare un incremento limitato ma relativamente significativo perché passano da 2 a 3 con + 24 ore prestate.

- Il settore infermieristico fa registrare l'intervento più marcato: gli infermieri di ruolo incrementano di 23 unità con +800 ore rispetto alla situazione precedente. Di contro le prestazioni degli infermieri a contratto sono leggermente incrementate(+17 ore) anche se le unità di personale sono passate da 87 a 80.
- Il personale tecnico sia di ruolo che a contratto fa registrare una sostanziale continuità, mentre il personale ausiliario fa registrare una lieve flessione anche se è possibile supporre che il calo sia stato riassorbito dall'incremento del personale infermieristico.

E' legittimo ritenere che la situazione del personale sia orientata verso un processo di maggiore definizione in rispondenza della fase programmatoria in atto e della crescente qualità degli strumenti per l'analisi dei risultati che nel futuro saranno posti in essere.

Le informazioni previste nella scheda riferita alle discipline specialistiche consentono di avanzare osservazioni di tipo macroanalitico poiché per poter dare interpretazioni maggiormente articolate sarebbe indispensabile incrociare i dati emergenti dagli effettivi servizi erogati con quelli di tipo diagnostico e dalle derivanti prescrizioni.

Al momento lo sviluppo attuale del sistema che per forza di cose è in fase iniziale non ci consente di disporre di detti elementi.

Inoltre, la rilevazione sconta una mancanza omogeneità di metodo dal momento che questa è la prima occasione in cui operatori e specialisti di diverse organizzazioni locali si trovano ad operare congiuntamente per fini comuni a partire dalla nuova gestione post DPCM. Risulta evidente che nel tempo strumenti, metodologia e cultura del personale saranno progressivamente affinati in modo da offrire ai decisori elementi sempre maggiormente mirati per gli aspetti programmatici e di governo.

Comunque è possibile ricavare le seguenti riflessioni:

- La metodologia consente di osservare come la presenza di una branca specialistica all'interno di un istituto penitenziario comporti un numero di prestazioni effettuate maggiori rispetto a quelle effettuate in istituti che non hanno disponibile all'interno la medesima offerta. Ne consegue l'ipotesi che i detenuti abbiano diversa possibilità' di accesso alle consulenze specialistiche o che, quando non disponibili all'interno, i medici di medicina generale vi ricorrano con minore frequenza. Infatti, le prestazioni richieste potrebbero non corrispondere a quelle effettuate, per problemi legati all'organizzazione delle traduzioni, a carenze informative o a dinieghi dei detenuti. Non si può discernere, con i dati attualmente disponibili, se all'incremento del numero pro-capite di visite specialistiche concorra la diversa tipologia di detenuti anche se questa tematica resta una utile pista di lavoro.

- Negli Istituti destinati a specifiche attività specialistiche o di degenza, CDT, reparto per disabili, osservazione psichiatrica, sezione per HIV, specialistica di 2° livello (es. cardiologia a Modena) le prestazioni effettuate sono molto più numerose e quindi confermano la programmazione attuale di diversa offerta di servizi sanitari nei vari istituti.
- Risulta ragionevole, in linea di principio, la scelta di assicurare alcune attività specialistiche in tutti gli istituti e altre solo in alcuni. La cardiologia e l'odontoiatria sembrerebbero rispondere a criteri regole organizzative differenti, che attualmente favorirebbero alcuni istituti a discapito di altri (eccessiva la differenza di visite pro-capite (range 0,1 -0.8). Su queste due discipline(cardiologia e odontoiatria) è necessario compiere uno specifico approfondimento nelle future fasi di programmazione. Sempre sul piano della programmazione è da valutare l'opportunità di introdurre l'ortopedia almeno negli istituti dotati di radiologia (Bologna, Modena, Reggio Emilia, Parma).
- L'offerta di prestazioni psichiatriche pro-capite ha rilevante differenza fra realtà simili: in questo campo l'applicazione delle linee di indirizzo presso le AUSL, elaborate da un gruppo regionale di Psichiatri operanti in carcere e Responsabili Aziendali del programma di salute negli II. PP., con in coordinamento della Regione, sono lo strumento attraverso il quale perseguire omogeneità di approccio e di risultato.
- L'offerta di prestazioni infettivologiche in tutti gli istituti andrà monitorata alla luce del Programma Regionale per la salute negli II.PP. di recente adozione e degli analoghi Programmi Aziendali (con relativi progetti di screening anti tbc, epatiti e infezione da HIV)attualmente in fase di elaborazione.
- Nel Centro Diagnostico Terapeutico di Parma, le diagnostiche ecografica e radiologica vengono utilizzate in un numero 10 volte almeno superiore ad altri istituti dotati degli strumenti necessari, la diagnostica cardiologica viene utilizzata 100 volte più che negli altri istituti (10 volte più che a Modena) e quindi e' ipotizzabile che venga effettuato lo screening cardiologico a tutti i detenuti in ingresso.

Strutture sanitarie presenti per singolo Istituto												
	BOLOGNA DOZZA	BOLOGNA PRATELO	CASA LAVORO SALICETA	MODENA SANT'ANNA	CASTEL FRANCO	FERRARA	FORLI'	PARMA	PIACENZA	RAVENNA	REGGIO EMILIA	RIMINI
AMBULATORIO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
CENTRI DIAGNOSTICO- TERAPEUTICI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
REPARTI PER HIV	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
REPARTI PER DISABILI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
REPARTI PER OSSERVAZIONE PSICHIATRICA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
SEZIONI/REPARTI DI PSICHIATRI (INFERMI E/O MINORATI PSICHICI)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CUSTODIE ATTENUATE PER TOSSICODIPENDENTI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI

CAPITOLO 5 - SALUTE E SICUREZZA.

UN'INDAGINE PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI RIMINI

INTRODUZIONE

L'intento del presente lavoro è quello di ricostruire la situazione della sanità penitenziaria attraverso la percezione che di essa possiedono gli operatori sanitari del carcere, cogliendone alcuni aspetti problematici.

I paragrafi contenuti nel presente capitolo cercheranno, innanzitutto, di precisare come l'Azienda di Rimini abbia recepito, attraverso proprie deliberazioni, le linee di indirizzo regionali sia sul passaggio del personale dall'Amministrazione penitenziaria a quella sanitaria, sia sull'organizzazione strutturale e clinico-assistenziale dell'istituto penitenziario di Rimini e dei detenuti ivi rinchiusi. Successivamente l'attenzione verrà indirizzata alla strutturazione e alla conduzione dell'indagine presso la Casa Circondariale di Rimini, alla luce del riordino della Medicina Penitenziaria, non solo per dare un contributo alla ricerca sociologica e colmarne le lacune ma anche per introdurre qualche elemento conoscitivo rispetto ad una realtà istituzionale molto spesso opaca allo sguardo dello studioso, utilizzando una prospettiva professionale interna-esterna all'istituzione stessa.

La scelta dell'espressione "interna-esterna" è legata soprattutto alla opportunità colta di intervistare in profondità le figure professionali che dentro l'istituzione stessa operano quotidianamente e che da anni vivono la sanità carceraria e posseggono la memoria storica della sua evoluzione sia normativa che operativa.

5.1 IL PROGRAMMA AZIENDALE PER LA SALUTE NELL'ISTITUTO PENITENZIARIO DI RIMINI

L'azienda Usl di Rimini ha recepito, in accordo con le indicazioni regionali le competenze ad essa attribuite in materia di sanità penitenziaria, le indicazioni contenute nella riforma attraverso il "programma dell'azienda USL di Rimini per la salute nell'Istituto Penitenziario" individuando i compiti e definendo le responsabilità delle articolazioni aziendali coinvolte. Il programma definisce,

inoltre, meccanismi di coordinamento ed integrazione nello svolgimento delle attività.

Di seguito si riporta parte della Deliberazione adottata dall'Azienda USL di Rimini in merito al Programma Aziendale per la salute nell'istituto penitenziario al fine di cogliere i profili operativi della riforma.

L'azienda USL di Rimini demarca tra le sue funzioni principali, in riferimento al carcere, quelle di programmazione, allocazione delle risorse e verifica delle attività svolte all'interno dell'istituto penitenziario attraverso l'istituzione della figura di "Responsabile del Programma aziendale per la salute nell'istituto penitenziario", il quale ha il compito di curare gli aspetti di committenza locale e la rispondenza alle linee organizzative regionali.

L'organizzazione delle attività si basa sull'estensione degli ambiti di intervento dei dipartimenti di Cure Primarie (DCP), di Sanità Pubblica (DSP), di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP), nonché dell'UO Gestione del Rischio e Medicina Legale che operano secondo una prospettiva di integrazione delle attività sia in senso interdisciplinare che interprofessionale, ricercando, inoltre, forme di raccordo con le attività a carattere educativo svolte nell'istituto penitenziario. Il coordinamento e l'integrazione delle attività sanitarie svolte nell'Istituto Penitenziario sono presidiati dal Medico Referente per la salute nell'I.P. in quanto responsabile della attività sanitarie e incaricato di rappresentare l'interfaccia tra l'azienda USL di Rimini e la direzione dell'istituto. L'attività dei sopra indicati Dipartimenti si svolge in tutto l'ambito penitenziario e si estende a tutti gli ambiti di competenza.

Le attività dei professionisti inquadrati nell'UU.OO afferenti ai tre Dipartimenti e al Servizio sopra citati si svolgono nel rispetto della legge sull'ordinamento penitenziario n. 354/75 e del nuovo Regolamento di Esecuzione, emanato con DPR 3/6/2000 n. 230. In accordo con quanto previsto dall'arti. 4 del DPCM 14/2008, per lo svolgimento delle attività sanitarie nell'istituto penitenziario sono stati individuati i locali all'interno dei quali viene svolta l'attività ambulatoriale⁷⁹.

L'organizzazione delle attività sanitarie nell'istituto penitenziario consente di assicurare:

- l'istituzione e il funzionamento efficace del "polo di accoglienza" nell'ambito del quale sono garantiti la visita di primo ingresso in carcere, se possibile in tempi immediatamente successivi all'immatricolazione (comunque non oltre 24 ore dall'ingresso in

⁷⁹ Previo inventario dei locali già adibiti a tali funzioni, eseguito in data 31/12/2007.

- istituto), ed attività di profilassi (tra cui l'informazione sanitaria), assistenza di base e specialistica;
- a continuità ed il coordinamento delle attività di cura che comprendono lo sviluppo di modalità di trasmissione e condivisione delle informazioni sul paziente, anche attraverso un utilizzo "non burocratico" della cartella clinica;
 - gli interventi in caso di urgenza o emergenza, tenuto conto delle peculiarità organizzative e strutturali dell'I.P.;
 - l'attività di sorveglianza sanitaria e profilassi nei confronti degli operatori sanitari;
 - modalità di documentazione delle attività sanitarie funzionali all'esigenza di conoscenza dei bisogni di salute nell'I.P. ed a supporto dell'attività di committenza.

Di seguito, si riportano le macroaree che sono state specificate e delineate dall'Azienda Usl di Rimini come fondamentali a garanzia dell'effettiva applicazione del programma aziendale per la salute nell'istituto penitenziario.

Assistenza primaria

Il Dipartimento di Cure Primarie assicura l'assistenza primaria nell'I.P. garantendo l'integrazione delle varie linee assistenziale assicurando forme di coordinamento delle diverse figure professionali, in maniera tale da favorire una visione complessiva della salute del detenuto e della comunità all'interno dell'istituto.

L'attività assistenziale viene erogata dal personale medico ed infermieristico transitato all'Azienda per effetto del DPCM 1 aprile 2008 integrato, per quanto necessario da personale del Dipartimento di Cure Primarie, secondo modalità organizzative che comprendono, comunque, la visita di primo ingresso, i servizi di assistenza primaria (comprensivi delle prestazioni riguardanti la continuità assistenziale) e la dimissione dall'Istituto penitenziario. In particolare, durante la visita di primo ingresso e comunque prima dell'immissione nelle sezioni di pena, viene effettuata una valutazione anamnestico-clinica associata ad esami diagnostici alla ricerca delle principali patologie infettivi trasmissibili.

La presenza del medico e del personale infermieristico deputato all'assistenza primaria è garantita tutti i giorni, compresi i festivi, per un numero di ore congruo rispetto alle esigenze di salute degli ospiti dell'I.P.

Gli interventi dei servizi di continuità assistenziale (guardia medica) e quelli in situazioni di urgenza- emergenza sanitaria (118) sono svolti secondo le ordinarie procedura di intervento dei rispettivi servizi, avuto riguardo e nel rispetto delle norme previste

dall'ordinamento penitenziario. Il medico Referente per la salute nell'istituto penitenziario è il Responsabile Sanitario delle attività e l'interfaccia con la Direzione dell'istituto stesso per tutte le questioni attinenti alla salute e alla sicurezza, ruolo che svolge in una prospettiva dialettica nei confronti dei soggetti coinvolti ed ispirandosi a criteri di massima trasparenza.

Il Responsabile sanitario assicura coerenza con gli obiettivi ed i progetti assistenziali stabiliti: si adopera inoltre, allo scopo di promuovere e facilitare meccanismi di coinvolgimento e di integrazione delle figure professionali operanti nel presidio sanitario. Il Responsabile sanitario nell'I.P. contribuisce all'elaborazione del Programma annuale, dei relativi obiettivi assistenziali e della verifica del raggiungimento degli stessi.

Il Responsabile sanitario risponde della propria attività all'interno dell'istituto penitenziario al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche.

Attività infermieristica

I professionisti dell'Azienda rappresentano lo strumento privilegiato di contatto tra i detenuti, il personale di Polizia penitenziaria e il servizio sanitario in ragione del rapporto di continuità che si instaura attraverso la relazione quotidiana, nel quadro dell'adempimento dei compiti propri; in tal senso gli operatori infermieristici rivestono un ruolo centrale nello svolgimento dell'attività di rilevazione del bisogno, presa in carico e cura all'interno dell'istituto penitenziario. In considerazione delle caratteristiche della comunità ospitata nell'istituto penitenziario, in particolare riferimento al ruolo del carcere quale luogo afflittivo naturalmente sede di conflitto e di stress e alla presenza di una rilevante proporzione tra i detenuti di soggetti immigrati, l'Azienda nella propria determina specifica che la selezione degli operatori infermieristici dovrà tenere conto delle capacità di gestire relazioni problematiche, e al tempo stesso, di saper controllare il disagio emotivo, nonché in possesso di elementi di comunicazione transculturale. Tra il personale infermieristico viene individuato il "referente assistenziale" il quale ha il compito di coordinare il personale infermieristico assicurando, in collaborazione con il responsabile sanitario, l'integrazione con le attività dei medici, generici e specialisti, e tra le diverse discipline; gestisce, inoltre, i processi di assistenza con riferimento allo stato di salute e al programma terapeutico del singolo paziente.

Nello specifico l'attività dell'infermiere si esplica in:

- valutazione dei bisogni di salute dei detenuti, attraverso l'osservazione quotidiana dello stato di salute degli stessi, allo

scopo di rilevare bisogni espressi ed inespressi, contribuendo a fornire la risposta assistenziale attraverso il coinvolgimento della competenza professionale più appropriata.

- Predisposizione di un piano individualizzato di cure, di concerto con il medico, che tenga conto delle dimensioni sanitaria e socio-assistenziale del detenuto.
- Presa in carico, in collaborazione con il medico, del detenuto in situazioni di emergenza sanitaria.
- Assistenza di detenuti con problemi di dipendenze patologiche e/o di disturbi mentali.
- Gestione del rischio infettivo, tenuto conto del fatto che condizioni di promiscuità rappresentano un fattore favorente la trasmissione di malattie infettive, anche attraverso la riorganizzazione di interventi di educazione sanitaria finalizzati alla prevenzione della diffusione di malattie infettive e al riconoscimento precoce delle infestazioni più comuni.
- Informare ed educare alla salute, in tema di prevenzioni del rischio sanitario e prevenzione delle patologie tumorali attraverso campagne di screening.
- Custodia e gestione dei materiali taglienti e dei ferri chirurgici.
- Predisposizione di procedure per l'approvvigionamento, la gestione la conservazione e la custodia di materiali e farmaci.

In considerazione della particolarità del lavoro richiesto, l'Azienda Usl di Rimini ha determinato, inoltre, la necessità di programmare momenti formativi specifici, per lo sviluppo di adeguate competenze relazionali.

Sanità pubblica

Per quanto riguarda invece il Dipartimento di sanità pubblica, vengono assicurate le seguenti attività:

- Attività igienico sanitaria sull'Istituto penitenziario che include sia un accertamento periodico dello stato igienico-sanitario complessivo all'interno dell'istituto penitenziario, con particolare riferimento alle caratteristiche dei locali di vita dei detenuti e di lavoro del personale di custodia, sia il controllo sull'adeguatezza delle misure di profilassi contro le malattie infettive.
- Controllo e sorveglianza delle malattie infettive: per la gestione dei casi di malattie infettive, con particolare riferimento all'adozione di misure contumaciali ed agli interventi di profilassi, vengono stipulati, secondo una logica di coerenza con quanto previsto in ambito regionale, specifici protocolli tra l'Azienda Usl di Rimini e l'Istituto Penitenziario, nell'ambito dei

quali viene valorizzato il ruolo di tutti gli operatori sanitari che lavorano nell'istituto penitenziario.

- Vaccinazione: in rapporto a variabili quali l'età, l'appartenenza a categorie a rischio o nell'ambito di piani o campagne di vaccinazione è assicurata, sia ai detenuti che al personale di custodia, l'offerta attiva delle vaccinazioni raccomandate dalla Regione Emilia Romagna, garantendo un adeguato servizio di counselling o almeno, la distribuzione di materiale informativo.
- Screening: vengono promossi interventi a scopo profilattico su alcune materie: tubercolosi, malattie a trasmissione sessuale e/o iniettiva, malattie oncologiche.

Medicina specialistica

Sulla base dell'esperienza e dall'analisi della domanda nonché dal rapporto costi/benefici, tenuto conto dell'esigenza di evitare il più possibile spostamenti dei detenuti dal carcere verso strutture esterne, vengono garantite all'interno della sede dell'Istituto penitenziario le prestazioni specialistiche di odontoiatria, infettivologia, trattamento dei detenuti affetti da dipendenze patologiche e di prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale.

Odontoiatria

All'interno dell'istituto di pena di Rimini è assicurato il trattamento delle urgenze odontoiatriche infettivo-algiche a tutti i detenuti, compresi i cittadini stranieri temporaneamente presenti in Italia, anche se non in regola con il permesso di soggiorno.

Nell'attesa che a livello nazionale venga meglio definita tutta la problematica che fa riferimento all'assistenza protesica, è assicurata:

- la fornitura protesica su richiesta a spese del detenuto garantendo, attraverso strumenti convenzionali, l'accesso e l'uso di locali, attrezzature e beni strumentali agli specialisti richiesti privatamente dai detenuti;
- la fornitura di protesi a carico del SSR in presenza di grave deficit masticatorio⁸⁰.

⁸⁰ Ciò vale solo per gli internati che al momento della richiesta, debbano essere sottoposti ad una misura di sicurezza non inferiore ad un anno; condannati che, al momento della richiesta, debbano scontare una pena residua non inferiore a due anni; detenuti in attesa di giudizio definitivo quando, per i reati contestati, la legge stabilisce la pena dell'ergastolo o della reclusione superiore nel massimo a 6 anni, sempre che la fornitura protesica si renda strettamente indispensabile ed indifferibile.

Infettivologia

Il ruolo dell'infettivologo all'interno della Casa Circondariale si esplica, da un lato, secondo una prospettiva prettamente clinica fondata sul riconoscimento ed il suo successivo trattamento delle patologie a genesi infettiva, dall'altro, seguendo una logica profilattica che riconosce nel lavoro integrato con gli altri professionisti sanitari le modalità per il raggiungimento dell'efficacia allo scopo di evitare la trasmissione, tra i detenuti ma anche nei confronti del personale di sorveglianza, di patologie che talvolta hanno caratteristiche di particolare diffusività. In tal senso appare particolarmente critico il momento nel quale un nuovo soggetto "potenzialmente" portatore entra nel carcere dovendosi ritenere necessario, specialmente per i nuovi arrivati, porre adeguata attenzione all'adozione di specifiche misure cautelative e di profilassi, tenuto conto del fatto che il verificarsi di episodi epidemici è favorito dalla ristrettezza dei luoghi e dal sovraffollamento.

Prevenzione e cura delle dipendenze patologiche e riabilitazione nel campo della salute mentale

All'interno dell'istituto penitenziario opera un'equipe del Sert che ha la responsabilità di assumere gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della tossico/alcol-dipendenza mediante propri operatori nel quadro di un intervento multi-disciplinare che vede coinvolte le professionalità di medico, infermiere, psicologo, assistente sociale.

I detenuti che all'ingresso nell'Istituto penitenziario si dichiarano tossicodipendenti o per i quali emerge una problematica di abuso sono presi in carico dall'equipe Sert, indipendentemente dalla loro certificabilità di tossicodipendenza.

L'intervento degli operatori del Sert è realizzato in una prospettiva multidisciplinare, allo scopo di garantire una completa valutazione e diagnosi di questi soggetti nonché l'impostazione di un adeguato programma terapeutico, avvalendosi, qualora necessario, anche dei presidi socio-sanitari territoriali.

Il Sert in collaborazione con la struttura penitenziaria, assicura lo svolgimento delle seguenti attività:

- valutazione delle persona reclusa che si dichiara tossico o alcol-dipendente o riferisce problematiche relative all'abuso di sostanze o alcol;
- definizione del percorso terapeutico e riabilitativo del paziente recluso che sia certificato dipendente da sostanze/alcol;

- presa in carico intra-muraria di prevenzione, osservazione, valutazione, sostegno per tutti i detenuti con problematiche connesse all'abuso di sostanze/alcol che non accedono a misure terapeutiche alternative alla detenzione, che hanno comunque diritto a ricevere cure allo scopo riabilitativo;
- collaborazione con la Magistratura di Sorveglianza, in applicazione al protocollo di intesa RER-Tribunale di Sorveglianza di Bologna, in caso di misure di affidamento ordinario alternative alla detenzione, concesse a pazienti non tossicodipendenti ma con problematiche connesse all'abuso di sostanze/alcol, che prevedano prescrizioni al riguardo;
- realizzazione di specifici piani di prevenzione sia della ricaduta che della recidiva penitenziaria con percorsi di uscita guidata dal carcere in accordo con i Sert territoriali;
- organizzazione di attività individuali o di gruppo, di informazione, educazione e promozione della salute nel campo della tossico/alcol-dipendenza, attraverso un percorso di promozione del prendersi cura di sé per favorire scelte consapevoli e comportamenti responsabili;
- promozione di una formazione specifica che coinvolga trasversalmente sia operatori sanitari che operatori dell'area trattamento mentale dell'Amministrazione Penitenziaria.

Nella fase di prima attuazione del passaggio di competenza in materia di sanità penitenziaria dall'Istituto penitenziario all'Azienda Usl di Rimini viene assunto come prioritario, in campo psichiatrico, l'impegno a favorire lo sviluppo di modalità di intervento, procedure e obiettivi uniformi a livello regionale, promuovendo la partecipazione degli operatori sanitari impegnati nell'Istituto Penitenziario alle iniziative ed attività formative organizzate in ambito regionale e specificatamente rivolte al personale dei DSM-DP. L'attività di rilevazione delle situazioni che necessitano di valutazione psichiatrica si concentrano in due momenti precisi:

- la visita di primo ingresso durante la quale viene effettuato uno screening volto ad evidenziare l'eventuale necessità di valutazione psichiatrica
- la richiesta di visita psichiatrica nel corso della detenzione, in riferimento alla quale il medico che materialmente dispone l'invio e l'infermiere di assistenza primaria sono chiamati a svolgere un ruolo di ascolto attivo delle istanze dei detenuti. In questa richiesta di visita dovranno essere indicati oltre che le motivazioni anche il tempo entro cui dovrà essere effettuata la visita (urgente, a breve, programmata).

Come detto precedentemente, il programma aziendale definisce e individua, in linea con le indicazioni regionali, le aree di pertinenza e di competenza degli operatori dell'Azienda Usl rispetto alle funzioni sanitarie svolte all'interno o in integrazione con l'Istituto penitenziario.

Il lavoro di ricerca si è sviluppato a partire dalle determinazioni dell'Azienda sanitaria ricostruendo l'organizzazione e le sensazioni nonché le percezioni che tali decisioni hanno suscitato negli operatori coinvolti in prima persona.

Appare necessario, a questo punto, fermare l'attenzione sugli aspetti metodologici e operativi che hanno accompagnato l'indagine a partire dagli obiettivi che l'hanno spinto nella sua realizzazione.

5.2 OBIETTIVI DEL LAVORO DI RICERCA

Al fine di meglio comprendere le ragioni e le modalità di costruzione presente lavoro, nelle pagine che seguono si vogliono fornire alcuni chiarimenti sia rispetto agli obiettivi prefissati, alla natura delle fonti utilizzate, sia relativamente ai metodi adottati per la raccolta delle informazioni e il commento alle interviste. Tali precisazioni sono doverose anche se quando si discute di "tecniche di analisi qualitativa" non sempre risultano ben distinguibili; spesso, infatti, sono utilizzate contemporaneamente e nel corso della stessa ricerca, il ricercatore può servirsi, intrecciandole, di molte di esse. Le fasi di raccolta di informazioni e di analisi delle stesse⁸¹ spesso si intersecano e si sovrappongono. Questo fa sì che che Bryman e Burgess⁸² possano sostenere che nella ricerca qualitativa, più che di "metodo di ricerca" o di "fasi della ricerca", occorra parlare di "processo di ricerca": «la ricerca qualitativa non può essere ridotta a tecniche particolari, né ad una successione di stadi, ma piuttosto essa consiste in un processo dinamico che lega assieme ai problemi, teorie e metodi»; di conseguenza «il processo di ricerca non è una ben definita sequenza di procedure che seguono un nitido disegno, ma una confusa interazione tra il mondo concettuale e quello empirico, dove deduzione ed induzione si realizzano nello stesso tempo» [Corbetta 1999: 365]. Nonostante la consapevolezza che non sia sempre facile scandire il processo di una ricerca qualitativa, si

⁸¹ Ben separati, invece, nella ricerca quantitativa [Corbetta 1999: 365]

⁸² Si veda per questo tema: Bryman e Burgess [1994]

cercherà, di seguito, di dettagliare le singole fasi approfondendo i vantaggi e i limiti delle stesse.

Il presente lavoro intende affrontare il tema della salute e il problema della sua effettiva tutela in un contesto di privazione della libertà e di coercizione, quale è il carcere.

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

L'intento è, dapprima, quello di delineare le varie tappe del percorso - tanto auspicato quanto avversato - della riforma sanitaria ancora in via di completamento ed effettiva realizzazione, ponendo attenzione al punto di vista degli operatori sanitari con particolare riferimento al contesto della Casa Circondariale di Rimini.

La decisione di indirizzare la mia indagine sugli operatori sanitari dell'Istituto Penitenziario di Rimini si è sviluppata a partire dalla opportunità di avere contatti con il medico responsabile del programma salute in carcere per l'Ausl di Rimini.

Le difficoltà riscontrate legate alla richiesta di autorizzazione ad effettuare il precedente progetto di ricerca presso la Casa circondariale di Bologna e, successivamente, la mancata autorizzazione per lo sviluppo del nuovo progetto presso la Casa Circondariale di Forlì, mi hanno condotto ad avvicinarmi alla realtà di Rimini, che in parte già conoscevo, in quanto oggetto di tesi di Laurea Specialistica.

La popolazione dell'Istituto Penitenziario di Rimini, seppur numericamente inferiore rispetto a quella di Bologna rappresenta un campione molto interessante. I detenuti a Rimini sono circa 200, raggiungendo anche i 250 nella stagione estiva, superando ulteriormente la capienza regolamentare dell'Istituto. L'alto numero di turn over e di soggetti giudicandi (ricorrenti in appello, ricorrenti in cassazione e in attesa di giudizio) insieme ad un'alta percentuale di detenuti stranieri e di tossicodipendenti comporta un inevitabile adattamento della strutturazione del servizio di assistenza sanitaria.

Si è scelto, perciò, di intervistare le figure professionali operanti nella Casa circondariale di Rimini le quali potessero fornire una testimonianza diretta del passaggio e offrire considerazioni e riflessioni sull'attuale condizione di salute dei detenuti e sul rapporto tra diritto alla salute e esigenza di sicurezza.

Senza aver la pretesa di generalizzare i risultati della ricerca, si è cercherà di far emergere le difficoltà quotidiane nella gestione della salute all'interno dell'istituzione penitenziaria, tra medico-paziente, tra i diversi ruoli sanitari, e tra quest'ultimi e gli operatori penitenziari.

La convivenza, infatti, non è sempre armoniosa seppure molto spesso sia il buon senso e la buona volontà degli operatori a limitare gli ostacoli: sovraffollamento, scarse risorse economiche e personale insufficiente rendono l'applicazione della norma e quindi il diritto alla salute un obiettivo difficile da perseguire. Ciò che interessa maggiormente sottolineare è lo scostamento tra ciò che la riforma si prefigge come obiettivo e la capacità reale delle Istituzioni e degli attori coinvolti a fare propri quei principi e renderli operativi.

Nello specifico, nella Casa Circondariale di Rimini ci si sta muovendo a piccoli passi verso la completa applicazione della normativa, ma forse il necessario cambiamento culturale non è ancora raggiunto.

5.3. INFORMAZIONE E ANALISI DELLE FONTI

Il materiale cui si fa riferimento in questa sede è rappresentato, oltre che da quanto tradizionalmente reso disponibile dalle fonti ufficiali istituzionali (Ministero della Giustizia, Ministero della Salute, Regione Emilia Romagna...) anche dalle delibere adottate presso l'Ausl di Rimini, da informazioni recepite in sede di riunioni aziendali e da report di attività e economici aziendali. Naturalmente, l'utilizzo di questi documenti ai fini della ricerca sociale, comporta dei vantaggi sia dal punto di vista dei costi, che della possibilità diacronica di analisi degli stessi. Nello stesso tempo, possono risultare incompleti o fornire un'immagine distorta del fenomeno studiato.

La maggior parte delle informazioni sono state raccolte, oltre che da ricerche sociologiche tutt'al più legate ad analisi teoriche, dal rapporto sulle condizioni detentive in Italia dell'Associazione Antigone⁸³.

⁸³ Si vedano: Associazione Antigone 2000; Anastasia e Gonnella 2002; Mosconi e Sarzotti 2004; Astartita, Bonatelli e Marietti 2006.

Antigone è l'Associazione "per i diritti e le garanzie nel sistema penale", che promuove elaborazioni e dibattiti sul modello di legalità penale e processuale del nostro Paese e sulla sua evoluzione⁸⁴.

L'Osservatorio di Antigone sulle condizioni di detenzione nasce nel 1998 e coinvolge nelle sue attività circa 40 osservatori volontari. Le visite degli osservatori negli istituti penitenziari italiani sono autorizzate dal Ministero della Giustizia su base regionale e nazionale. L'Osservatorio⁸⁵ sulle condizioni detentive in Italia si

⁸⁴ Antigone raccoglie e divulga informazioni sulla realtà carceraria, sia come lettura costante del rapporto tra norma e attuazione, sia come base informativa per la sensibilizzazione sociale al problema del carcere anche attraverso l'Osservatorio nazionale sull'esecuzione penale e le condizioni di detenzione; cura la predisposizione di proposte di legge e la definizione di eventuali linee emendative di proposte in corso di approvazione; promuove campagne di informazione e di sensibilizzazione su temi o aspetti particolari, comunque attinenti all'innalzamento del modello di civiltà giuridica del nostro Paese, anche attraverso la pubblicazione del quadrimestrale Antigone.

⁸⁵ Nella prospettiva della valutazione del servizio penitenziario, l'associazione Antigone ha deciso di fare riferimento al modello di ricerca più utilizzato nella realtà statunitense (fatto proprio ormai dagli inizi degli anni '90 dal Federal Bureau of Prisons dell'U.S. Department of Justice) denominato Prison Social Climate Survey (PSCS). Tale modello è fondato sul raffronto tra i dati statistici ufficiali (official record) e i dati raccolti attraverso interviste con questionario alle figure apicali dello staff penitenziario, nonché a rappresentanti della popolazione detenuta. Il questionario è strutturato per acquisire la percezione dell'intervistato degli elementi problematici di otto aree del servizio penitenziario, al fine di elaborare degli indicatori empirici di qualità di tale servizio:

- a. attività di sorveglianza e di sicurezza all'interno dell'istituto (Security);
- b. livello di sicurezza personale percepito dai detenuti (Safety);
- c. livello di ordine interno e grado di consenso alla regole di vita dell'istituto (Order);
- d. attività del servizio sanitario e per il benessere psico-fisico della persona detenuta (Care) (comprese quelle relativi ai detenuti tossicodipendenti e sieropositivi);
- e. attività proposte al detenuto (Activity) (lavoro, formazione professionale, istruzione scolastica, attività ricreative e culturali, religione);
- f. rispetto dei diritti del detenuto nelle procedure amministrative interne all'istituto (Justice) (provvedimenti disciplinari, reclami, trasparenza delle procedure, aiuto legale etc.);
- g. qualità generale della vita e condizioni complessive di esistenza all'interno dell'istituto (Conditions);
- h. qualità delle attività di management della direzione dell'istituto (Management).

propone anche una valutazione di tipo scientifico della qualità del servizio penitenziario nei suoi aspetti generali.

Il materiale messo a disposizione sul sito ufficiale⁸⁶ è stato consultato ripetutamente al fine di trarre suggerimenti circa la presenza di situazioni di disagio e quindi di potenziali disfunzioni dell'istituzione carceraria.

Attraverso, invece, il sito ufficiale⁸⁷ dell'associazione "Ristretti Orizzonti" ho avuto modo di consultare diverse interviste effettuate a Direttori di istituti penitenziari, ad Assessori Regionali o a medici penitenziari che sono servite ad aumentare la conoscenza circa lo stato di attuazione della riforma in Italia con uno sguardo particolare all'Emilia Romagna.

Naturalmente i miei previ interessi legati al "pianeta carcere", gli studi fatti per la stesura della precedente tesi di Laurea nonché i saggi pubblicati hanno, da un parte agevolato nella comprensione e apprendimento di nuove tematiche, ma dall'altra hanno stimolato in me l'esigenza di condurre un'indagine che potesse far emergere problemi "reali", pratici e quotidiani.

Seppur non numerose, esistono alcune ricerche che affrontano il concetto di salute in carcere come diritto o il tema del conflitto tra

Il questionario è stato adattato alla realtà italiana, mantenendone la struttura complessiva anche per consentire una comparazione con le analisi già ampiamente effettuate nella situazione statunitense. In particolare, l'attività dell'Osservatorio prevede l'intervista anche ad un campione di figure dell'amministrazione penitenziaria (direttore dell'istituto, comandante polizia penitenziaria ed ispettori di polizia penitenziaria, dirigente sanitario dell'istituto e medici penitenziari "strutturati" presso il D.A.P., responsabile educatore dell'area pedagogica, assistente sociale di riferimento del CSSA competente per l'istituto) rappresentativo di testimoni privilegiati esterni all'amministrazione penitenziaria (detenuti ed ex, volontari, avvocati, giornalisti di organi di informazione locali, amministratori locali, operatori sociali e medici esterni all'amministrazione, operatori del Ser.T.) che consentano di mettere a confronto le diverse percezioni della qualità del servizio penitenziario rispetto alle otto dimensioni indicate. Il questionario ha l'obiettivo di misurare la qualità del servizio penitenziario in tutti gli aspetti indicati, partendo dalla rilevazioni e dalla quantificazione delle situazioni che gli intervistati percepiscono come problematiche (in particolare, molte domande sono formulate secondo l'item "con quale frequenza sono emersi problemi relativi a ..."). Il presupposto è che la percezione della situazione problematica sia un indicatore che fa rilevare la presenza di un disagio da parte dell'intervistato e, quindi, l'esistenza di potenziali disfunzioni (soggettive e/o strutturali) dell'istituzione penitenziaria.

⁸⁶ <http://www.osservatorioantigone.it/>

⁸⁷ <http://www.ristretti.it/>

sicurezza e salute, ma poche riescono a mettere in luce le difficoltà delle Istituzioni che amministrano il carcere o degli operatori che ogni giorno lavorano in un contesto così peculiare.

Questa indagine non ha la presunzione di rivelare fatti eclatanti o presentare tesi innovative, né di avanzare soluzioni, questa ricerca vuole dare uno scorcio di una realtà, se vogliamo piccola, forse non rappresentativa, ma concreta. Si vuole dare testimonianza dell'evoluzione della normativa, dell'impatto organizzativo che questa produce e delle difficoltà pratiche nella piena realizzazione del passaggio di funzioni dall'Amministrazione penitenziaria a quella sanitaria.

Infine, la mia posizione professionale, ovvero da dipendente dell'Azienda unità sanitaria locale di Rimini mi ha permesso di comprendere meglio sia le difficoltà e le esigenze degli operatori sanitari che lavorano nel carcere, sia le necessità dell'organizzazione aziendale nell'applicare le normative sanitarie e i risvolti economici della riforma.

5.4 LA COSTRUZIONE DELLO STRUMENTO DI INDAGINE

Come già più volte descritto, il D.lgs 230/99 ha posto come suo obiettivo principale la tutela del diritto alla salute in un contesto *sui generis* come il luogo detentivo. Il fatto che essa miri a garantire un diritto basilare e già prescritto dalla nostra Costituzione non le toglie il suo carattere di profonda svolta. Nel passaggio da un servizio erogato dall'Amministrazione Penitenziaria centrale a quello fornito dalle Aziende sanitarie locali, la sanità intra-carceraria cambia la propria fisionomia: non è uno dei servizi a cui semplicemente far fronte, ma diventa un servizio che si rivolge al bisogno e al diritto di salute della singola persona detenuta, ed è da qui che emerge la sua legittimazione e giustificazione. Cambia la sua funzione perché i soggetti a cui si rivolge non sono più gli stessi ai suoi occhi, sono soggetti che non sono più considerati «reati che camminano»⁸⁸. Non si tratta più di mantenere l'integrità fisica del detenuto, ma ci si trova di fronte un cittadino detenuto, dove "detenuto" è solo un attributo, una peculiarità di un soggetto, dal punto di vista della salute, la detenzione attribuita dal giudizio penale non implica alcuna differenza.

⁸⁸ Cfr. il contributo di O. Favero, direttrice della rivista "Ristretti Orizzonti", in B. Benigni, *Sani dentro*, p. 171.

Nonostante tale riforma indirizzi verso l'idea che «il carcere è società»⁸⁹ e che, come tale, le istituzioni se ne devono occupare come problema proprio, non si possono trascurare le esigenze di sicurezza che il contesto impone.

Le analisi sulle dinamiche caratterizzanti il fenomeno studiato e sulle contrapposizioni che la riforma ha portato con sé, hanno rafforzato l'idea che siamo di fronte ad una carenza di indagini empiriche nel territorio nazionale e ad una difficoltà oggettiva ad indagare un settore “chiuso” come quello carcerario. Gli ostacoli presentatisi nel mio percorso di ricerca sono la prova tangibile di quanto complesso sia addentrarsi in questo mondo.

Il percorso di ricerca è cominciato nel 2008 con i primi contatti con la Casa circondariale di Bologna per la condivisione del progetto: “La rete che cura e reinserisce: disagio psichico, malattia ed orizzonte lavorativo in carcere” finanziato dalla Cassa delle Ammende e proposto dalla stessa Casa circondariale di Bologna e diretto da: Dr. V. De Donatis, Dr. P. Paolillo e Prof. C. Cipolla.

Il progetto proponeva, con il coinvolgimento dei dirigenti dell'amministrazione penitenziaria, dei medici penitenziari, degli infermieri e delle guardie, di analizzare il contesto di cura esistente, prima e dopo la fase di riordino. Il lavoro aveva l'obiettivo di progettare la realizzazione di un apposito ambiente intramurario volto allo sviluppo di un modello di cura alla persona detenuta, dedicato alla promozione della salute e prevenzione di malattie mentali a favore del re- inserimento in società.

Innanzitutto, è stato steso, nonché condiviso, il progetto di ricerca con gli attori coinvolti dell'amministrazione di Bologna, tra i quali il Dr. Pasquale Paolillo Coordinatore Nazionale Settore Fimmg Amapi, il Dr. Sandro Libianchi in qualità di Responsabile medico Unità Operativa Dipendenze “Istituti penitenziari di Rebibbia”, Dr. Vincenzo De Donatis Responsabile Area Sanitaria Casa Circondariale di Modena e il Dr. Luigi Tagliabue, Direttore del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche AUSL Bologna. In attesa che dal Ministero venisse formalizzata l'autorizzazione a procedere, sono state discusse con loro - in qualità di testimoni significativi - le tematiche che sarebbero state oggetto di indagine.

Il progetto includeva la somministrazione di un questionario semistrutturato a circa il 50% della popolazione detenuta presso la Casa Circondariale di Bologna, per il quale erano già state individuate le aree di indagine e le domande a risposta multipla e a

⁸⁹ Cfr. contributo del Magistrato di sorveglianza A. Margara, in Benigni [2008: 132]

risposta aperta. Rassicurati dai dirigenti coinvolti che il progetto stesse prendendo forma e che il via a procedere potesse arrivare da lì a poco, si è atteso fino all'autunno del 2009. Ulteriori contatti con referenti del Ministero della Giustizia hanno svelato che il progetto finanziato dalla Cassa delle Ammende⁹⁰ non poteva essere più appoggiato, probabilmente, per un variazione di destinazione dei fondi.

⁹⁰ Ente che utilizza fondi europei al fine di finanziare “programmi che attuano interventi di assistenza economica in favore delle famiglie dei detenuti e degli internati anche nella fase di esecuzione di misure alternative alla detenzione”. disciplinata dall’ art. 121 e segg. del D.P.R. 30.6.2000, n. 230 ‘Regolamento recante norme sull’ordinamento penitenziario e sulle misure privative della libertà’. Dall’Osservatorio di Antigone si apprende che: La Cassa delle ammende costituiva una sorta di tesoretto economico in una fase storica e in un ambito, quello penitenziario, in cui la carenza di fondi è sempre più pesante. Se alla fine del 2006, a seguito dell’indulto, i detenuti erano 39mila e nell’anno successivo, il 2007, il sistema penitenziario aveva potuto spendere 3.095.506.362 euro, alla fine del 2009 i detenuti erano circa 65mila e nel 2010 la spesa era scesa a 2.770.841.742 euro. Questa riduzione dei costi ha interessato per il 5% il personale e per ben il 31% i detenuti e le strutture carcerarie.

È evidente come, in una simile situazione di penuria, la Cassa delle ammende acquisti ancor più rilevanza. Sui due conti che la compongono, quello depositi e quello patrimoniale, si trovavano fino a poco tempo fa oltre 150 milioni di euro. Sono soldi che arrivano appunto dalle ammende, da sanzioni pecuniarie che il giudice ha imposto al condannato, ma anche dai proventi delle manifatture realizzate dai detenuti, da versamenti cauzionali e da altro ancora. Il consiglio di amministrazione, composto da rappresentanti del Dap e da un delegato del Ministero del tesoro, è sovrano nel decidere come spendere. Non si prevedono bandi di gara. La scelta dei progetti finanziati e di quelli rigettati avviene nel più completo arbitrio. Se ciò è accettabile qualora i richiedenti siano soggetti pubblici è invece inaccettabile qualora siano soggetti privati.

E arriviamo così a un ulteriore passaggio normativo, quello del decreto cosiddetto “mille proroghe” del dicembre 2008, poi convertito in legge nel febbraio dell’anno successivo. L’articolo 44-bis, preso atto dell’insostenibile condizione di affollamento nella quale vivono le nostre galere, dichiara lo stato di emergenza nazionale delle carceri italiane, conferendo al nuovo capo del Dap Franco Ionta, in qualità di commissario, poteri straordinari – fino al 31 dicembre 2010, in seguito prorogati di un anno con decreto del presidente del Consiglio dei ministri – in relazione a quello che va sotto il nome di ‘piano carceri’. Lo stesso articolo 44-bis, al comma 7 prevede infatti che i fondi disponibili nella Casa delle Ammende possano venire utilizzati, oltre che per le finalità già stabilite, anche per progetti di edilizia penitenziaria. Sono cento i milioni di euro della Cassa che sono stati vincolati all’edilizia carceraria. E addio tesoretto. Dopo una simile massiccia sottrazione, e dopo qualche liquidazione di progetti assegnatari, i fondi oggi della Cassa delle ammende ammontano a circa 22 milioni di euro. A ciò si aggiunga che da gennaio a settembre 2011 sono stati spesi 10 milioni di euro per la manutenzione degli istituti, rimane quindi ben poco per i progetti di recupero sociale.

A questo punto si è deciso di mantenere il tema di fondo della ricerca, ma è stato necessario un “cambiamento di rotta”, sia per quanto riguarda gli obiettivi della ricerca sia per quanto attiene gli strumenti e gli attori coinvolti. Pertanto, si è valutato più opportuno dirigere l’attenzione verso alcuni testimoni significativi delle trasformazioni avvenute in carcere a seguito del riordino della medicina penitenziaria.

Le difficoltà emerse legate alla possibilità di entrare nella Casa Circondariale di Bologna e di Forlì al fine di effettuare interviste agli operatori ha rallentato nuovamente il cammino senza però demotivarlo, conducendomi a richiedere nuovamente autorizzazione, questa volta alla Direttrice della Casa Circondariale di Rimini.

Nonostante il periodo atteso prima di ricevere conferma definitiva, la mia richiesta è stata accettata⁹¹ seppur con alcune remore.

Nello specifico l’autorizzazione prevedeva l’accesso ai locali destinati all’attività sanitaria e la possibilità di intervistare il personale sanitario dedicato.

Si è scelto di utilizzare come strumento di indagine l’intervista, in quanto ritenuta appropriata sia rispetto alla raccolta di informazioni relative al fenomeno studiato che nei confronti del tema così vasto e articolato da rendere difficile una sua analisi attraverso un questionario.

L’intervista⁹², infatti, è uno strumento di ricerca sociale finalizzato alla rilevazione di dati utili, che consiste in una relazione (intesa come intreccio tra azione e comunicazione) tra almeno due soggetti che interpretano ruoli distinti, l’intervistatore e l’intervistato. Si tratta, quindi, di un’interazione comunicativa tra due soggetti, finalizzata all’acquisizione di informazioni e caratterizzata da una forte flessibilità, sia nella sequenza che nella forma delle domande che vengono poste.

Avendo attentamente valutato gli obiettivi iniziali, il tipo di ricerca che si intendeva condurre e, soprattutto, il contesto specifico in cui si doveva svolgere l’intervista, si è ritenuto di costruire un tipo di intervista semi-strutturata cioè con domande preparate e organizzate

⁹¹ In particolare devo al Dr. Fabbri, Direttore del Distretto di Rimini, Responsabile del Programma salute nell’istituto penitenziario, la possibilità di raccogliere materiale e di ottenere l’autorizzazione ad accedere ai locali sanitari dell’istituto di pena.

⁹² L’intervista qualitativa è: “una conversazione provocata dall’intervistatore, rivolta a soggetti scelti sulla base di un piano di rilevazione e in numero consistente, avente finalità di tipo conoscitivo, guidata dall’intervistatore, sulla base di uno schema flessibile e non standardizzato di interrogazione” [Corbetta 1999:405].

per tematiche ma non rigidamente standardizzata in grado di garantire un sufficiente coinvolgimento reciproco tra intervistato e intervistatore.

Si è scelta questa modalità seppur consapevoli che il grado di libertà concesso agli attori durante l'interazione può far sì che i risultati dell'indagine siano scarsamente generalizzabili, perché condizionati dalla soggettività e dalla specificità della situazione di intervista.

Usando le parole di Corbetta [1999: 405] possiamo definire "l'intervista come una conversazione provocata dall'intervistatore, rivolta a soggetti scelti sulla base di un piano di rilevazione, in un numero consistente avente finalità di tipo conoscitivo e guidata dall'intervistatore sulla base di uno schema flessibile e non standardizzato di interrogazione".

In effetti, l'intervista è qualcosa di diverso da un semplice colloquio, si tratta di una richiesta esplicita di conversazione di solito programmata con un appuntamento, dove i soggetti vengono scelti in base a un piano sistematico di rilevazione, ossia viene scelto sulla base delle sue caratteristiche con lo scopo strettamente conoscitivo dell'intervistatore che guida e controlla lo svolgimento dell'intervista. La differenza fondamentale che caratterizza l'intervista dal questionario è l'assenza di standardizzazione, in quanto obiettivo fondamentale dell'intervista è raccogliere e cogliere gli schemi mentali dell'intervistato senza partire da idee o concezioni predefinite. Nell'intervista la voce dell'intervistato è prevalente rispetto a quella dell'intervistatore, fermo restando il compito di impostare i temi e di guidare alla comprensione delle domande.

Tenendo presente l'obiettivo principale, ovvero, quello di accedere alla prospettiva dei soggetti studiati, si è cercato di lasciare piena libertà di espressione ai soggetti, mettendoli nella condizione di far risaltare il proprio punto di vista utilizzando le proprie categorie mentali e il proprio linguaggio.

Il mio interesse è stato diretto alla comprensione della realtà carceraria a partire dallo studio delle esperienze e delle opinioni dei soggetti intervistati.

Ciò poteva realizzarsi solo concedendo agli intervistati ampia libertà garantendo allo stesso tempo che tutti i temi venissero affrontati. Pertanto si è predisposta una traccia di domande che affrontava i diversi temi lasciando comunque la possibilità all'intervistatore di modificarne l'ordine in caso di necessità, di adattare il linguaggio a seconda dell'intervistato o di affrontare di iniziativa altri temi anche se non previsti dalla traccia.

Come già detto, i soggetti intervistati, di solito, sono essi stesso oggetto di studio, nel mio caso particolare, ho ritenuto di intervistare delle persone, non in quanto protagonisti del fenomeno studiato, ma

in quanto conoscitori ed esperti del fenomeno, del quale hanno una visione diretta e profonda in quanto collocati in una posizione privilegiata di osservazione. Per dirla come Corbetta, sono considerati degli “osservatori privilegiati” [Corbetta 1999:420].

Esempi di ricerche di questo tipo ne troviamo diverse in letteratura, Barbagli⁹³, per esempio, nella sua indagine sugli autori di reato intervistò oltre che 65 delinquenti anche 28 fra avvocati, magistrati, funzionari di questura, dirigenti di banca, in quanto la loro esperienza li metteva in diretto contatto con quel fenomeno sociale.

Analogamente Ricci e Salierno⁹⁴, nella loro ricerca *Il carcere in Italia*, intervistarono vari operatori carcerari, quali direttori penitenziari, assistenti sociali, agenti di custodia, medici, psicologi, etc, tutte persone non appartenenti alla popolazione studiata (i detenuti) ma dotati, grazie alla loro professione, di una conoscenza profonda dell’oggetto della ricerca.

È evidente che le interviste agli osservatori privilegiati sono fra loro eterogenee e non confrontabili: ognuna è un caso a sé, ha un suo andamento ed una sua focalizzazione, questo perché i personaggi intervistati sono diversi fra loro pur ricoprendo il medesimo ruolo, e pertanto ognuno ha un suo punto di vista da raccontare.

Come già precisato sopra, è stata predisposta una traccia di intervista semi strutturata a risposta libera⁹⁵ divisa in 3 sezioni riguardanti: “il personale e le sue funzioni”, “la riforma sanitaria” e “la salute del detenuto”.

La prima parte è composta da 10 domande che hanno l’obiettivo di conoscere l’intervistato e la figura professionale di appartenenza. Nella seconda parte 12 domande cercano di analizzare i punti di forza e di debolezza della riforma, il rapporto con l’Amministrazione penitenziaria e le trasformazioni legate all’evoluzione normativa. Infine, le 9 domande della terza sezione esplorano lo stato di salute del detenuto nonché le contraddizioni legate alla convivenza tra diritto alla salute e dovere di sicurezza.

Le domande sono servite come traccia in quanto sono state adattate sia nel contenuto a seconda della professionalità dell’intervistato, sia dal punto di vista dell’ordine di esposizione, a seconda della capacità dell’intervistato di cogliere i temi fondamentali e argomentare in maniera autonoma.

Le interviste rivolte a medici, infermieri e psicologi che svolgono attività presso il presidio all’interno della Casa circondariale di Rimini hanno avuto come obiettivo quello di esaminare il rapporto

⁹³ Barbagli P. (1995), *L’occasione e l’uomo ladro*, Milano, Il Mulino.

⁹⁴ Ricci A., Salierno G. (1971), *Il carcere in Italia*, Torino, Einaudi

⁹⁵ La traccia di intervista è riportata nella Nota Metodologica.

ambivalente tra la domanda di salute all'interno del carcere e l'esigenza di sicurezza da un preciso - seppur parziale - punto di vista.

L'attenzione è stata rivolta alla raccolta di informazioni che potessero ricostruire la situazione della sanità penitenziaria attraverso la percezione che di essa possiedono gli operatori carcerari, cogliendone gli aspetti problematici che toccano sia questioni strumentali (strumenti sanitari, personale medico e paramedico, risorse finanziarie), sia tematiche relative al vissuto delle persone detenute analizzando, dal punto di vista degli operatori, ciò che accade all'interno di un istituto carcerario nella quotidianità dell'assistenza sanitaria (possibilità di visite esami clinici, fattori di rischio, farmaci disponibili..).

E' chiaro che la scelta di un contesto di studio così delicato, sia per quanto riguarda il tipo di utenza sia per quanto riguarda le diverse professionalità e le Istituzioni coinvolte, ha implicato una rivisitazione *in itinere* delle tecniche metodologiche utilizzabili nonché una certa flessibilità delle stesse nell'adattarsi alle esigenze formali e burocratiche che questo ambiente richiede.

L'autorizzazione, infatti, non prevedeva l'utilizzo di alcun ausilio informatico o registratore vocale, di conseguenza il contenuto delle interviste è il frutto di una trascrizione a mano effettuata dalla sottoscritta durante i colloqui.

Pertanto, il momento dell'interpretazione, così come nella triade del ciclo metodologico ⁹⁶ (informazione-elaborazione-interpretazione) diviene ancor più cruciale poiché coinvolge il nucleo fondamentale di ciò che è posto al limite tra spiegazione e comprensione e che diventerà l'esito della ricerca sociale ⁹⁷; come diceva Weber, infatti, "comprendere significa saper cogliere le connessioni di senso di un agire cognitivamente intellegibile".

⁹⁶ Bartholini I (2007), *I codici della sedimentazione linguistica. Senso e simbolo nell'analisi del discorso*, in Cipolla C. (a cura di), *Il Ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.

⁹⁷ Se le informazioni non vengono trattate con il necessario rigore concettuale ed una forte consapevolezza cognitiva, i risultati tradurranno solo superficialmente le problematiche sociali in vuote teorizzazioni e inutili proposte metodologiche [Bartholini 2007].

5.5. LA CONDUZIONE DELLE INTERVISTE

Le interviste sono state condotte rispettivamente a: uno psicologo, due psichiatri, quattro infermieri, quattro medici di assistenza di base, tre medici specialisti, un Medico referente e il medico responsabile del Programma salute in carcere⁹⁸.

Nel condurre le interviste si è cercato di formulare domande brevi e non troppo articolate utilizzando un linguaggio chiaro ed esplicito.

Inoltre, l'approccio iniziale con ciascun intervistato è stato quello di presentare la ricerca in maniera chiara ed essenziale per illustrare in modo efficace lo scopo della ricerca e il motivo della mia presenza in quel contesto.

Naturalmente le diverse tipologie di professionalità e di ruoli all'interno dell'istituto penitenziario mi hanno portato ad adattare l'intervista nonché il linguaggio per cercare di coinvolgere positivamente l'intervistato e metterlo a proprio agio.

Alcuni dei soggetti intervistati hanno "approfittato" dell'intervista per discutere – in maniera disinvolta- dei problemi dell'istituto e del lavoro al suo interno.

Si è ritenuto opportuno e interessante lasciare libero il racconto degli intervistati, cercando di re-indirizzare e convogliare gli argomenti di nostro interesse.

Le domande sono state condotte in maniera da acquisire la percezione dell'intervistato sugli elementi problematici di alcune aree del servizio penitenziario, lasciando comunque spazio a considerazioni significative emblematiche del rapporto salute-sicurezza all'interno del carcere.

Le interviste sono state condotte all'interno dell'infermeria della Casa Circondariale di Rimini in tre giornate diverse concordate con la Direzione del carcere e con il responsabile medico in relazione alle disponibilità dei professionisti.

Al termine di ogni singola giornata ho provveduto alla rilettura delle interviste cercando di interpretare i risultati, cercando di rimanere il più possibile fedele al senso delle parole degli intervistati senza deformare il significato delle loro espressioni⁹⁹.

⁹⁸ Ovvero al personale sanitario quasi al completo.

⁹⁹ Il processo di registrazione dei dati osservati oltre che delle parole ascoltate è un momento di fondamentale importanza in ogni tipo di ricerca. Corbetta afferma che nel caso dell'osservazione partecipante, la stesura di appunti fatta di giorno in giorno, come una sorta di giornale di bordo nel quale riportare con ricchezza di particolari e di riflessioni personali, tutto quello che il ricercatore ha osservato nel corso della giornata è di fondamentale importanza e parte integrante della ricerca [Corbetta 1999: 385]. Le note quotidiane del ricercatore nascono dall'interazione

L'essermi avvalsa della tecnica dell'osservazione¹⁰⁰ non intrusiva, mi ha permesso di "guardare" e "ascoltare" il contesto studiato, gli attori coinvolti e "partecipare" alla vita quotidiana di quel luogo, presupposto essenziale per la comprensione.

In un primo momento, il luogo e le modalità con le quali si sono svolte le interviste non sono sempre apparse le più favorevoli, come già precisato, infatti, le interviste sono state condotte all'interno del presidio sanitario della Casa Circondariale, durante i turni di lavoro degli intervistati, pertanto è capitato di dover interrompere i colloqui per rispondere al telefono, o per rispondere al collega o semplicemente perché la scrivania occupata serviva ad un altro medico.

Il clima apparentemente informale nel quale si sono svolte le interviste mi ha permesso, d'altra parte, di osservare l'ambiente ed esaminare i gesti, i comportamenti e le reazioni dei professionisti non alle mie domande, ma alla quotidianità del lavoro.

L'osservazione¹⁰¹, condotta durante la permanenza all'interno dei locali sanitari della Casa circondariale di Rimini, ha consentito un contatto particolare con l'ambiente oggetto di studio, guardando e ascoltando la vita dei soggetti coinvolti in quel contesto. Questo approccio si fonda sulla consapevolezza che una conoscenza sociale piena si può realizzare solo attraverso la comprensione del punto di vista degli attori sociali e che tale immedesimazione sia realizzabile solo con una partecipazione alla loro quotidianità, in un'interazione continua e diretta con i soggetti studiati¹⁰².

fra osservatore e realtà osservata, per cui constano essenzialmente di due componenti: la descrizione dei fatti, degli accadimenti, dei luoghi e delle persone; l'interpretazione data dal ricercatore a questi avvenimenti, con le sue impressioni, riflessioni e reazioni.

¹⁰⁰ Intesa come tecnica di ricerca qualitativa.

¹⁰¹ Seppure potrebbe risultare improprio parlare di "osservazione partecipante", si ritiene che quella condotta non sia stata una pura osservazione intesa come raccolta di dati sul comportamento non verbale, ma un'osservazione con un coinvolgimento diretto del ricercatore con l'oggetto di studio.

¹⁰² La tecnica dell'osservazione partecipante nasce nella ricerca antropologica a partire dall'antropologo inglese Bronislaw Malinowski, il quale definì per primo i principi di tale approccio. Inoltre, in campo sociologico, va ricordata l'importante esperienza della Scuola di Chicago che negli anni '20 e '30, sotto la guida di R. Park realizzò presso il Dipartimento di sociologia dell'Università di Chicago tutta una serie di studi sulle società urbana americana, prestando particolare attenzione ai fenomeni della devianza e della marginalità sociale. Nel contesto della ricerca di tipo antropologico-etnografico, l'osservazione partecipante si realizza attraverso l'osservazione, l'ascolto, la domanda, nello stesso tempo il ricercatore si deve documentare sui fatti che accadono e che sono accaduti, esplorare il materiale documentario inerente alla società oggetto di studio e ciò che quella comunità produce.

Nel tentativo di avvalersi dell'osservazione, non solo come tecnica, ma soprattutto come supporto all'intervista in profondità, l'attenzione è stata rivolta agli atteggiamenti e alla comunicazione non verbale e, per dirla in termini televisivi, ai frequenti "fuori onda". Si allude ai movimenti che possono «sostituire e/o illustrare, modificare, regolare ed adattare il linguaggio» [Birdwhistell R.L. 1952: 214]¹⁰³, includendo «le posizioni del corpo, i gesti, le espressioni del viso, le inflessioni della voce, la sequenza del ritmo e la cadenza delle parole, e ogni altra espressione non verbale di cui l'organismo sia capace, come pure segni di comunicazione immancabilmente presenti in ogni contesto in cui ha luogo un'interazione» [Watzlawick *et al* 1971: 55]¹⁰⁴.

Nella maggior parte dei casi, infatti, l'interazione informale con i soggetti-oggetto di studio (nel mio caso con i osservatori privilegiati) costituisce uno degli elementi centrali dell'osservazione. Proprio a causa dell'informalità, è difficile da studiare ma di grande interesse, dapprima è necessario studiare il luogo, poi gli attori e quindi le attività, cercando via via di restringere il campo di osservazione e focalizzarsi su precisi elementi. Naturalmente, consapevoli che nel paradigma interpretativo l'individuo studiato non si limita ad essere oggetto-passivo di ricerca ma ne diventa soggetto attivo-protagonista e l'interazione con il ricercatore può modificare e causare modifiche dell'ambiente studiato¹⁰⁵. Il ricercatore "partecipa", osserva e domanda, e l'interrogazione nella duplice forma di colloquio informale e di intervista formale, si affianca all'osservazione come strumento di rilevazione [Corbetta 1999: 384].

Lo scienziato sociale utilizza gli occhi al pari di un normale osservatore, anche se la sua azione, quando rappresentata la tecnica utilizzata in un percorso di ricerca empirica, non allude ad un'operazione semplice ed estemporanea, ma ad una scelta precisa che per essere scientifica, deve essere normalmente «formalizzata e tradotta in dimensione applicativa e sistematica [...] segnata da un

¹⁰³ Birdwhistell R.L. (1952), *Introduction to Kinesic: An Annotation system for analysis of Body Motion and Gesture*, University of Luisville, Louisville, Kentucky.

¹⁰⁴ Watzlawick P., Beavin L.H. e Jackson D.D. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma.

¹⁰⁵ Ciò accade tanto più quando i soggetti studiati sono consapevoli della presenza e della finalità del ricercatore nel contesto. Si pensi agli studi condotti da Elton Mayo (Mayo E. 1933, *The Human Problems of an Industrial Civilization*, McMillan, New York) che evidenziarono la possibile distorsione che un soggetto, che è cosciente di essere osservato, può apportare al corso "naturale" del suo comportamento.

determinato ciclo metodologico dell'informazione scientifica» [Cipolla 1997: 2022].

L'immersione, seppur temporanea, in quel contesto e il coinvolgimento con gli attori ha permesso alla ricerca di cogliere aspetti e relazioni non palesate nelle risposte date dagli stessi nelle interviste.

Saper effettuare una buona intervista non è facile, non solo occorre acquisire il consenso dell'intervistato (ancor prima dei responsabili a cui essi fanno capo), ma occorre "far parlare l'intervistato", riuscire a provocare un racconto nel quale l'intervistatore si limiti ad ascoltare o a fare qualche cauto intervento. La parte più difficile sta nel riuscire ad accedere ai pensieri più genuini dell'intervistato, ad ottenere la piena collaborazione e fiducia in una relazione dai limiti temporali strettissimi che spesso si esaurisce con un incontro, talvolta privo di preparazione preliminare.

La diffidenza iniziale degli intervistati e l'insicurezza di fronte ad una situazione nuova e sconosciuta, comporta spesso la necessità di creare un processo di avvicinamento tra il ricercatore e il contesto di studio. Nel mio caso specifico, oltre alla lettera di presentazione indirizzata alla Direttrice della Casa Circondariale di Rimini, ho provveduto a contattare il Responsabile sanitario della struttura con il quale organizzare gli incontri e dettagliare le modalità di esecuzione e di argomentazione della ricerca. È seguito, inoltre, un contatto telefonico anche con un'infermiera, per presentare e motivare la mia presenza in carcere. Gli incontri con gli operatori si sono svolti all'interno dei locali sanitari, talvolta negli ambulatori stessi, negli orari di lavoro dei professionisti, per un totale di tre mattinate.

Con ciascun operatore si è cercato di descrivere, brevemente ed esplicitamente, lo scopo della ricerca per spiegare il motivo dell'intervista e giustificare la mia presenza in quel contesto.

Le prime domande sono servite a mettere a proprio agio l'intervistato con domande precise sul ruolo e il tipo di attività ricoperto in carcere, dopo di che si è passati a domande descrittive che cercavano di lasciare ampio spazio ai racconti degli intervistati. Di volta in volta, si è valutata la necessità di stimolare l'intervistato con domande-sonda, domande neutrali che però avessero la funzione di incoraggiare il soggetto ad andare avanti, ad abbassare le barriere difensive o lasciarsi andare ad opinioni personali. A volte la semplice ripetizione della stessa domanda, ma con termini diversi ha aiutato l'intervistato a ragionare sul tema e a trovare esempi con i quali meglio rappresentare i concetti, oppure il riassumere la risposta¹⁰⁶

¹⁰⁶ Come la chiama Corbetta [1999: 424], si è usata l'azione "eco", ovvero la ripetizione della risposta o di una sintesi delle ultime risposte per invitare l'intervistato ad approfondire o a chiarire.

esplicitando alcuni concetti porta l'intervistato a prendere consapevolezza di ciò che ha detto e rafforzare l'intesa tra intervistato e intervistatore. Inoltre, espressioni di incoraggiamento o di interesse sono risultati confortanti per alcuni degli intervistati che hanno reagito con impegno nella descrizione del loro punto di vista.

Il ruolo da intervistatore non è stato sempre facile, non si è trattato di una semplice raccolta di dati e di informazioni, ma si è trattato più spesso di un rapporto dinamico nel quale l'intervista veniva costruita assieme dalla sottoscritta e dall'intervistato e dove il suo esito è dipeso largamente dal legame empatico che si era venuto a creare tra gli interlocutori.

Nello specifico, gran parte della difficoltà è stata riscontrata nell'impossibilità di registrare le conversazioni (come già detto l'autorizzazione non prevedeva l'utilizzo di alcun mezzo informatico), pertanto il mio ruolo attivo di orientamento e di direzione dell'intervista verso le tematiche centrali, la mia comunicazione anche non verbale per mantenere vivo l'interesse e il legame di reciproca fiducia, veniva disturbata dall'inevitabile necessità di trascrivere in maniera sintetica le risposte degli intervistati. In diversi casi ho riscontrato la disponibilità degli intervistati a rimanere in attesa per qualche secondo per permettermi di sintetizzare le risposte ed eventualmente chiedere chiarimenti o precisazioni. Tale atteggiamento mi ha suggerito un'inconsueta ma auspicata comprensione circa l'importanza del tema e un'insolita disponibilità e attenzione al lavoro di ricerca.

Una volta effettuate, trascritte e ordinate le interviste, giunge il momento di analizzarle, interpretarle e stendere il rapporto di ricerca. Nella analisi dei dati, l'approccio deve essere di tipo olistico [Corbetta 1999: 428] nel senso che i soggetti, le interviste e le risposte raccolte vengono valutati nel loro contesto, nella loro interezza e nella relazione tra di essi. Rispetto alle indagini quantitative, la presentazione dei dati raccolti da interviste in profondità avviene in maniera meno schematica, attraverso una prospettiva narrativa che si sviluppa in racconti, in episodi, in citazioni e confronti con la letteratura, nel prossimo capitolo verranno pertanto esposti i risultati dell'indagine attraverso la trattazione delle diverse tematiche in un continuum fra analisi del ricercatore e descrizioni e racconti tratti dalle stesse parole degli intervistati.

5.6. DAL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI

Nel paragrafo che segue si cercherà, attraverso le parole degli intervistati, di rappresentare e approfondire le tematiche legate alla tutela e la gestione della salute nel contesto penitenziario.

Come già riferito sono state condotte 16 interviste a: uno psicologo, due medici psichiatra, quattro infermieri, quattro medici di assistenza primaria, tre medici specialisti, un Medico referente e il medico responsabile del Programma salute in carcere.

I ruoli all'interno dell'Istituto Penitenziario sono chiaramente diversi e diversa è l'esperienza maturata all'interno del carcere di Rimini.

Il personale e le sue funzioni

I medici di assistenza primaria hanno alle spalle diversi anni di esperienza e provengono tutti dal "SIAS"¹⁰⁷ ed oggi sono a contratto Libero professionale con l'Azienda Usl. Gli infermieri invece sono tutti nuovi incarichi rispetto al recepimento del DPCM del 1.4.2008. Gli psichiatri hanno un contratto con l'Azienda Usl per metà tempo in carcere e l'altra metà al Sert. I tre medici specialisti intervistati hanno un contratto a ore con l'Ausl per l'attività in carcere (6 ore a settimana per l'odontoiatra; 10 ore al mese sia per il medico infettivologo che per il dermatologo). Infine, lo psicologo, ormai dal 1995 con contratto a tempo indeterminato con l'Ausl segue la popolazione tossicodipendente e mantiene continuità con il Sert.

“il personale infermieristico è tutto nuovo dopo la riforma, prima c'erano due infermiere che ora sono andate in pensione. Fino adesso però c'è stato molto turn over tra gli infermieri” (infermiera)

“Vengo qui dall'85...ne ho viste di persone..” (medico)

“Sono 10 anni che lavoro sia qui che nel carcere a Ravenna..solo adesso inizio a vedere qualche cambiamento..” (medico)

Secondo gli intervistati gli operatori sanitari in carcere hanno la funzione di verificare lo stato di salute del detenuto soprattutto nella fase di ingresso:

¹⁰⁷ Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria di base prima di competenza dell'Amministrazione penitenziaria

“durante la prima visita vengono valutati i dati anagrafici, la situazione fisica complessiva, si fa un colloquio con il detenuto per verificare la presenza di malattie particolari e si prescrivono gli esami di approfondimento” (medico)

“quando il detenuto entra in carcere per la prima volta di solito ha bisogno di calmanti per sedare l’ansia, durante la prima visita si valuta se somministrare calmanti” (infermiere)

Le visite e i colloqui vengono fatti all’interno degli spazi dedicati all’attività sanitaria composti da 3 stanze dove non in tutte è presente un lettino, ma solo una scrivania e una sedia.

I medici ci tengono a sottolineare che durante i colloqui con i detenuti le guardie penitenziarie attendono fuori dalla stanza per garantire privacy al detenuto.

Al contempo il personale sanitario è autorizzato a svolgere la propria attività solo negli spazi dedicati, passati con la riforma sotto l’amministrazione dell’Azienda Usl di Rimini.

“noi siamo autorizzati per entrare nell’infermeria, noi non andiamo nelle celle. Le guardie ci portano giù i detenuti che devono venire a visita programmata o che hanno bisogno, il nostro lavoro è qui dentro. La terapia viene somministrata anche in cella, ma questo è un compito dell’infermiere...”(medico)

“il personale sanitario accede negli altri spazi solo su richiesta e su autorizzazione della Direzione” (psichiatra)

“quando devo somministrare la terapia faccio il giro delle celle, accompagnato dalle guardie” (infermiere)

L’attività in carcere è organizzata anche secondo le esigenze della amministrazione penitenziaria:

“l’attività sanitaria è legata alla presenza della guardia in infermeria. Se il detenuto ha bisogno fuori dall’orario in cui la guardia presidia l’infermeria, è molto più difficile visitarlo” (infermiera)

Il paziente in fondo, è sempre un detenuto, c’è la tendenza a sbrigarsi perché ci sono dei tempi da rispettare. Ciò che fa la

differenza è il tempo da dedicare al paziente..non posso fare aspettare troppo la guardia..” (psichiatra)

La guardia di turno in infermeria ha il compito di presidiare i locali, di accompagnare i detenuti (anche se molti di questi si possono dirigere in maniera autonoma all’infermeria nel caso di visita programmata), di controllare che l’attività sanitaria si svolga in sicurezza, nonché di evitare situazione di conflitto tra detenuti che sostano nella sala di attesa e tra detenuti e personale sanitario.

“se durante i colloqui o le visite ci sono dei problemi con un detenuto agitato, si prova a calmarlo con le parole, se ci sono problemi allora si chiama la guardia” (medico)

“per esempio..a quest’ora la guardia vorrebbe andarsene..ma fino a che il medico non ha finito di visitare il detenuto, lui non può andare via..” (infermiere)

“dobbiamo riprendere l’intervista più tardi perché ora devo vedere il detenuto, altrimenti devo far aspettare la guardia oltre l’orario...” (medico)

In generale, l’opinione più frequente tra gli operatori è che l’istituzione sanitaria abbia dei compiti ben precisi, cioè quello di garantire la salute e mantenere lo stato di salute del detenuto.

“Dal punto di vista teorico io faccio lo stesso lavoro del medico di base...ma in pratica la nostra è una specialità vera e propria”...(medico)

“il mio compito qui dentro è di controllare lo stato di salute dei reclusi sia dei singoli detenuti che indirettamente di tutti gli operatori del carcere” (medico)

“Se al momento della prima visita si ravvisano problematiche psichiatriche o di comorbilità viene consultato il medico specialista, dopo di che quel detenuto verrà seguito da lui..” (medico)

La riforma sanitaria

Il passaggio da una sanità intracarceraria dipendente dall'amministrazione penitenziaria ad una integrata a pieno titolo nel servizio sanitario nazionale ha permesso un confronto ravvicinato tra un'istituzione di promozione della salute e una di pena. Se da una parte il confronto ha aumentato i conflitti, dall'altra ha sicuramente acceso i riflettori su un tema rimasto spesso all'ombra. Il livello di cura, nel senso di qualità dei servizi sembra, secondo gli intervistati, rimasto immutato, quello che è cambiato è il grado di autonomia dell'operatore sanitario nella gestione della cura.

“Prima della riforma la logica securitaria era più forte anche per il personale medico” (medico)

“è migliorato l'approccio, ora mi sento più autonomo nel decidere se richiedere un esame di approfondimento....prima della riforma, prima di chiedere l'invio in ospedale ci pensavo più e più volte, chiedere un esame in più ti faceva sentire non in grado di risolvere la situazione...” (medico)

“Dal punto di vista medico non è cambiato niente, ora c'è più personale e anche più competente, anche per quanto riguarda l'assistenza infermieristica”(medico)

“ancora c'è molto da fare anche se tanto è stato fatto” (medico)

“prima della riforma il medico dipendeva comunque dall'amministrazione penitenziaria, e doveva sottostare alle esigenze di questa” (medico)

“Dal punto di vista del detenuto non è cambiato niente, solo che con la riforma il medico sente meno pressione, si sente più autonomo nelle scelte e nella gestione del detenuto” (psichiatra)

La percezione di alcuni operatori è che la Legge non tiene conto delle difficoltà reali che devono essere fronteggiate ogni giorno e che non sempre gli operatori sono adeguatamente formati per gestire le problematiche carcerarie. L'attività in carcere non è uguale a quella in ospedale, o almeno a livello teorico anche la norma richiede per il

detenuto le stesse opportunità e le stesse garanzie di cura del cittadino libero, ma in carcere è necessario qualcosa in più.

“quando visito davanti ho un paziente, il fatto che sia un detenuto non deve influenzare ma deve essere tenuto comunque in considerazione” (medico)

“Per me sono tutti uguali, sono pazienti che devo visitare...è normale però che il detenuto può utilizzare il suo corpo per uscire dalla monotonia e dalla solitudine” (medico)

“La struttura in cui lavoriamo è una struttura custodiale, non è una clinica, la maggior parte delle persone che lavorano qui sono agenti, noi (infermeria) siamo un angolo di evasione [...] spesso le visite vengono al secondo posto rispetto alle attività giuridiche o di sicurezza” (medico)

I detenuti appena entrano in carcere imparano che la salute è l'unico strumento per uscire dalla cella. Nella richiesta di visita, da parte del detenuto, deve essere considerata una certa quota di componente manipolativa che con la riforma è addirittura aumentata.

“a volte per il detenuto venire in infermeria è come farsi un giro...il detenuto se ne approfitta tanto è tutto gratuito” (medico)

“quando ho di fronte un detenuto devo sempre valutare se le sue richieste sono manipolative” (medico)

“quando la malattia si presenta con sintomi evidenti, allora è facile...è più difficile quando il detenuto lamenta disturbi non visibili e più facilmente riconducibili a patologie psicosomatiche” (medico)

“Fare il medico in carcere significa anche aver a che fare con richieste improprie da parte del detenuto delle cose da poco: magari perché vuole solo fare dispetto alla guardia, o vuole attirare attenzione su di sé, in ogni caso è sintomo di un disagio e lo devi trattare” (medico)

L'idea di gran parte degli intervistati è che il detenuto sia in grado di usare il proprio corpo per fini personali, fino alla simulazione di malattie per uscire dalla cella anche solo per qualche ora.

Naturalmente in questi casi vengono fatti tutti gli esami per accertare la sintomatologia e controllare un eventuale rischio immediato per il detenuto.

Il livello culturale del detenuto viene considerato come fondamentale nella gestione della salute, tanto è che i detenuti con maggior grado di istruzione hanno più consapevolezza della propria salute e quindi più capacità di comprendere la necessità o meno di una visita.

“il detenuto più istruito e proveniente da un ambiente sociale più agiato è consapevole che dovrà scontare una pena, ma sa che fuori potrà continuare la sua vita...fuori era abituato ad avere un dottore e a fare esami quando necessario... qui dentro lui chiede solo se ha bisogno..” (medico)

“i detenuti, soprattutto gli stranieri, approfittano della permanenza in carcere per effettuare esami che non avevano mai fatto in vita loro” (medico)

Appena entrano diffidano anche del medico, dopo un po' che sono dentro imparano che c'è la possibilità di curarsi e avere farmaci che fuori dal carcere non avevano mai preso, nemmeno per un mal di denti” (medico)

“Il detenuto strumentalizza la richiesta di visite e di medicine, questo comporta un maggior lavoro per le guardie..” (infermiere)

Quello dell'utilizzo della salute e del proprio corpo in carcere come “merce di scambio” è un tema interessante, sollevato da tutti i professionisti i quali fanno emergere una difficoltà nella gestione quotidiana delle richieste:

“se dovessi ascoltare tutte le loro richieste.. ci sarebbe sempre la fila in infermeria” (infermiere)

“Oggi il detenuto è più informato anche sui suoi diritti, perciò è lui che chiede ed esige le cure” (medico)

“Il solo fatto di sapere di non essere abbandonato, di avere dei punti di riferimento, di poter comunque parlare con qualcuno per loro è importante e anche questo fa parte della terapia” (infermiere)

Nel momento in cui il medico penitenziario passa dalla cura farmacologica al prendersi cura dei disagi del detenuto, del suo malessere, le sue paure, prestando attenzione alla dimensione

dell'ascolto e delle relazione empatica, dimostra la sua capacità di porsi criticamente nei confronti del suo ruolo istituzionale.

Uno degli obiettivi più diffusi tra l'opinione dei medici, soprattutto per il ruolo di medico di guardia e di prima visita, è garantire al detenuto uno stato di salute accettabile e fare in modo che l'ingresso in carcere non comprometta il suo stato di salute¹⁰⁸ e la salute degli altri detenuti. Per questo lo screening iniziale comprensivo di tutti gli esami atti a rilevare eventuali malattie infettive è fondamentale.

Ciò che emerge in modo ricorrente nelle opinioni degli operatori riguarda la prevenzione. L'attività preventiva, infatti, è basilare per una corretta azione terapeutica e per il contenimento delle emergenze sanitarie in un ambiente, come il carcere, le cui condizioni igieniche non possono essere davvero ottimali a causa del sovraffollamento e della promiscuità. Le condizioni generali, con l'inevitabile conseguenza di un'igiene carente e di una scarsità delle attività offerte ai detenuti, rendono assai arduo il compito di garantire un livello soddisfacente di cure sanitarie:

“Tutto quello che si fa sul campo della prevenzione rischia di perdersi perché viene a mancare il terreno principale cioè lo spazio abitativo: una cella per 5 o 6 persone. Il sovraffollamento è pericoloso non solo per i detenuti ma anche per gli stessi operatori”.
(infermiere)

Il carcere, in generale, è diventato lo specchio delle società, luogo di contenimento del crescente disagio mentale sul quale non si riesce ad operare una selezione “tra coloro che sono bisognosi di reali cure e quelli che invece potrebbero permanere nelle sezioni degli istituti”. Il carcere è lo spazio dove vengono reclusi i malati di AIDS, epatiti, tossicodipendenti, con la necessità di ricevere cure diversificate e particolari, dove non sempre neppure l'integrazione con i servizi territoriali riesce a produrre condizioni di salute accettabili.

La promiscuità dei tanti e differenti “profili di detenuto” hanno portato, in linea generica, a volte solo teorica, ad una separazione dei soggetti a rischio da quelli presumibilmente sani, ma la soluzione non passa attraverso solo una separazione fisica dei soggetti a rischio.

L'esigenza è quella di un intervento preventivo ed educativo che possa ridurre, da una parte la presenza di soggetti affetti da patologie

¹⁰⁸ Naturalmente su questo si potrebbe discutere alquanto.

infettive, dall'altra che sia possibile un percorso di cura e riabilitazione.

“...l'ipotesi di mettere tutti gli individui affetti da patologie come HIV in specifici ambienti all'interno del carcere? si creerebbe un ghetto. Da un punto di vista psicologico sarebbe deleterio, anche se alla fine ci pensano i detenuti ad isolarsi tra di loro” (infermiere).

Il fenomeno del sovraffollamento pone anche il problema di garantire determinati standard ambientali, il che risulta indispensabile nel nostro sistema penitenziario dove una buona parte della popolazione è reclusa in stabilimenti costruiti in tempi non recenti.

“La nostra struttura è stata costruita negli anni settanta, relativamente nuova. Ci sono delle sezioni in ristrutturazione. Mentre la Seatt è di recente costruzione..si vede anche da fuori” (infermiere).

“Ci vorrebbero più spazi anche per noi operatori, vedi prima sono dovuto entrare nell'ambulatorio dove c'era un collega con un paziente.. Viene a mancare lo spazio anche per chi lavora. Prima l'assistenza era diversa, si coprivano meno ore durante la giornata. Ora lavorando i medici, gli infermieri e gli agenti non abbiamo praticamente più spazio per muoverci” (medico)

Il problema del sovraffollamento e l'esigenza di godere di appositi locali è stata sollevata anche con riguardo al problema della tutela mentale:

“Il servizio psichiatrico richiede spazi propri, perché non deve succedere, come avviene, che il cardiopatico deve stare accanto o nella cella del delirante, dello schizofrenico perché è antiterapeutico” (medico)

Appare chiaro che l'ambiente carcerario impone al personale sanitario una particolare attenzione nella prevenzione delle malattie infettive:

“Al momento dell'ingresso del detenuto viene offerta la possibilità di fare degli esami: screening HIV, epatite, TBC. Però spesso rifiutano” (medico)

Il riferimento, in primo luogo, va alla effettuazione dello screening infettivologico per l'AIDS. I soggetti che fanno ingresso nelle carceri possono sottoporsi volontariamente al test per la ricerca di anticorpi contro l'HIV. Il test è dunque facoltativo e diviene obbligatorio solo nel caso in cui le condizioni cliniche del detenuto siano tali da richiedere l'accertamento della sieropositività allo scopo di attuate interventi terapeutici e di profilassi.

In tale contesto una prevenzione efficace è ostacolata dal comportamento stesso dei detenuti che spesso non rivelano la propria condizione:

“il paziente non dice il suo stato. A volte perché sono stranieri e non conoscono bene la lingua. A volte quelli che fuori facevano terapia, una volta dentro, per nascondere la propria condizione, interrompono l'assunzione dei farmaci. Se però erano seguiti dal nostro Sert o da un altro Sert poi noi lo veniamo a sapere” (medico)

La ragione di un tale atteggiamento risiederebbe nel timore di essere discriminato all'interno dell'istituto da parte degli altri detenuti e del personale di Polizia Penitenziaria. A differenza dell'esterno, dove il soggetto può conservare un certo anonimato (rivelando la propria condizione solo ai parenti o ai medici con cui intrattiene il rapporto sanitario), il detenuto si trova in una situazione di convivenza coattiva dove i suoi sanitari, che per ovvie ragioni terapeutiche e di profilassi devono conoscere il suo stato, sono anche quelli degli altri detenuti.

Per quanto concerne la Tuberculosis, i rapporti sullo stato di salute dei detenuti pubblicati da “Rapporto Antigone¹⁰⁹” confermano che la malattia è presente negli istituti penitenziari 30 volte di più che all'esterno. Nell'Istituto Penitenziario di Rimini:

“La prima cosa che si fa è il test di Mantoux. Qualora il risultato fosse positivo si fa una radiografia, si chiede una consulenza specialistica al Pneumologo, si controllano le persone che ne sono state a contatto. La TBC in fase “aperta” cioè contagiosa è molto pericolosa per la sua diffusione per via aerea, a differenza delle altre malattie infettive, come l'HIV, che si trasmettono per via ematica” (medico)

¹⁰⁹ <http://www.associazioneantigone.it/Index3.htm>

“Ci vorrebbero dei protocolli scritti per coordinare le situazioni di questo tipo. Non so mai cosa deve fare l’infermiere e cosa devo fare io, poi le guardie si impazientiscono perché perdono tempo”
(medico)

Per le epatiti, la cui incidenza sembra essere molto alta nelle carceri secondo il Ministero della Giustizia, non esistono dati recenti¹¹⁰. L’unica cifra, peraltro significativa registra circa 8.500 casi nel periodo 1996-97. A Rimini:

“Naturalmente l’utilizzo di materiale monouso è obbligatorio. Non solo le siringhe ma anche il materiale di sutura” (infermiere)

Per le altre malattie infettive quali scabbia e pediculosi si tratta di malattie legate alla condizione di vita dei soggetti, soprattutto extracomunitari. La diffusione avviene attraverso lo scambio di indumenti, asciugamani, rasoi, lenzuola, uso dello stesso letto.

“Per sicurezza si tiene il soggetto in isolamento, almeno 7 giorni, con il trattamento previsto dal protocollo del Ministero della Sanità”
(medico)

Alcuni degli operatori intervistati hanno sostenuto che, nonostante la promiscuità, la prevenzione è buona grazie ai numerosi controlli e alla intensità di visite ai detenuti:

“la salute dei detenuti è sorvegliata quasi sulle 24h” (infermiere)

“Bisogna capire che qui, la maggior parte dei detenuti, non sta molto. Sono di passaggio. Per questi si valuta in maniera responsabile se è il caso di intraprendere una terapia che poi dovrà essere interrotta e ricominciata in un altro istituto” (medico)

“Al momento dell’ingresso vengono effettuati gli accertamenti di routine, a meno che il detenuto non si opponga. Vengono fatti: mantoux, esami per l’ HIV, per l’epatite e per altre malattie infettive.

¹¹⁰ Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria – Direzione generale dei Detenuti e del Trattamento – Ufficio III – Servizio Sanitario Penitenziario; Rilevamento puntuale al 30/06/2005 su HIV, coinfezione con virus patitici e loro terapia nel Sistema Sanitario Penitenziario Italiano, 2006.

Questi esami permettono di mettere in sicurezza sia il personale che gli altri detenuti” (medico)

Il corpo come salute

A quanto dicono i dati relativi pubblicati dalle Regione Emilia Romagna, a domanda di salute in carcere è in costante crescita¹¹¹ ma nel contempo i finanziamenti sugli appositi capitoli di bilancio hanno subito una forte riduzione negli ultimi anni.

Dal punto di vista degli operatori, in particolar modo gli infermieri, emerge che l'attività di sostegno e di comprensione del problema del

¹¹¹ I dati relativi alle presenze dei detenuti negli Istituti Penitenziari in Emilia Romagna al 31/12/2008 e al 31/12/2009 mostrano un incremento percentuale pari al 10,16% sul dato regionale complessivo passando dalle 4.074 unità del 2008 alle 4.488 del 2009. Gli Istituti Penitenziari che si distinguono per un incremento delle presenze superiore al valore regionale di riferimento risultano quelle di Forlì (23,53%), Ferrara (21,94%), Parma CC (20,83%) e Rimini (18,52%) mentre gli Istituti di Ravenna (-29,53%), Modena Saliceta (-6,33%) e l'OPG di Reggio Emilia registrano una diminuzione delle presenze. Le osservazioni relative alla distribuzione maschio/femmina e all'età chiariscono come la popolazione detenuta sia composta per il 90% di maschi di età inferiore a 40 anni. La forte presenza di detenuti stranieri (30%), soprattutto provenienti dal Nord Africa, Europa dell'Est, e America Latina sembra correlata all'aumento dei reati di traffico di sostanze stupefacenti.

Importante appare anche osservare come, a fronte di una sostanziale uniformità del numero dei detenuti nelle macroregioni del Centro-Nord e del Centro-Sud e Isole, la distribuzione sul territorio nazionale delle patologie di maggior impatto sociale e clinico (tossicodipendenza e malattia da HIV), analogamente a quanto accade fuori dal carcere, non è affatto omogenea, con regioni in cui le presenze giornaliere medie superano le 100 unità quali la Lombardia (411), il Lazio (160) e il Piemonte (137), ed altre dove il problema della sieropositività per HIV in carcere appare irrilevante.

Le attuali risorse informatiche dell'Amministrazione Penitenziaria, sicuramente da potenziare, non consentono per ora di fornire dati ufficiali sulle altre patologie presenti in ambiente penitenziario, ma da singoli studi condotti in diversi anni e in differenti Istituti si può tranquillamente asserire che le psicopatie, le malattie diffuse (epatiti virali croniche, TBC) e quelle dell'apparato gastroenterico, sono presenti con percentuali notevolmente superiori a quelle osservate in libertà.

Quanto riferito deve far pensare ad interventi tecnici differenziati nelle varie regioni, secondo progetti locali finalizzati che tengano presente la peculiarità della domanda di salute proveniente dalle carceri. Fonte: <http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/sanita-penitenziaria>

detenuto sia fondamentale per la risoluzione stessa e per dare elementi costruttivi e di crescita al detenuto.

“La mancanza di sostegno, infatti, pone il soggetto nelle condizioni di essere pericoloso per sè e per gli altri” (infermiere)

“Basta pensare che la presenza di pochi casi ad alto rischio suicidario, impegnano quotidianamente decine di operatori dell’area della sicurezza, impone continui spostamenti del personale infermieristico e dei medici del servizio psichiatrico” (infermiere)

Non bisogna pensare, tuttavia, che l’attività sanitaria sia incapace di fronteggiare questo fenomeno. A volte sarebbe sufficiente prendere dei piccoli provvedimenti che non sono prettamente sanitari:

“Da anni a Rimini si è deciso di proibire l’uso dell’alcool. Statisticamente gli episodi di autolesionismo diminuiscono laddove si è impedito l’uso dell’alcool¹¹²” (medico)

Il disagio mentale rappresenta la vera emergenza sanitaria. Il bisogno di un intervento psicologico e, all’occorrenza, psichiatrico, si pone per tutta una serie di situazioni. Basti pensare alla presenza di tossicodipendenti e dei sieropositivi verso cui si è denunciato la mancanza di un supporto psicologico e psichiatrico sia all’interno che all’esterno della struttura penitenziaria:

“L’assistenza psicologica è presente ma non sempre sufficiente. Il Ministero della Giustizia ha abdicato ad alcune funzioni, ad es. ex art. 80; in teoria lo psicologo dovrebbe trattare solo i detenuti tossicodipendenti (che sono il 40% del totale) per un totale di 33 ore settimanali. Mentre per i non tossicodipendenti 12 ore mensili, ma le Usl non hanno ancora recepito tale funzione” (psicologo)

¹¹² Il pericolo denunciato in altri carceri italiane riguarda l’interferenza che vi può essere tra l’assunzione di farmaci (gli antibiotici stessi), psicofarmaci e alcool. Il problema è rappresentato, però, da chi non beve e lo acquista lo stesso, per poterlo poi accumulare e scambiarlo magari con farmaci o altro. L’assunzione, poi, contemporanea di queste sostanze crea situazioni critiche: quando si mescolano alcolici e farmaci si determina una situazione di agitazione psicomotoria. Ci sono stati tentativi di aggressione. Quando non c’è più autocontrollo accadono situazioni pericolose.

Come si vedrà, parlando del rapporto medico-detenuto, gli eventi critici sono più delle volte determinati dalla mancanza di risposta a bisogni non prettamente sanitari. Bisogna dunque distinguere tra le motivazioni che inducono all'evento critico e la manifestazione sanitaria del problema. Si è detto, infatti, come nel carcere vi sia sostanzialmente un fenomeno di "sanitarizzazione dei problemi" per cui di fronte ad una mancata aspettativa, a stati di agitazione si tende sempre a cercare delle soluzioni mediche, che saranno, come hanno sottolineato gli operatori, spesso inadeguate o non risolutive.

"Il carcere è un ambiente particolare. Il più delle volte sono patologie di natura psicologica e mentale dovute al fatto che uno viene preso e portato qui dentro, perde la propria identità, la riservatezza"(medico)

"A parte i disturbi deliranti e psicotici, i disturbi della personalità non arrivano fuori all'osservazione del medico. Ad esempio, un disturbo dissociato della personalità arriva prima in carcere che dallo psichiatra, il disturbo narcisistico grave è più facile che si riveli in carcere" (medico)

E' ovvio che la collaborazione multidisciplinare è l'unico assetto che può assicurare una risposta calibrata al tipo di disturbo. Infatti, è stato sottolineato come le situazioni che possono manifestarsi in carcere non debbano essere viste necessariamente in chiave psichiatrica. Se, infatti, è pur vero che esiste un disagio, spesso esso è determinato dalla mancanza di risposte o dalla ricerca di attenzioni e può sfociare in manifestazioni pericolose laddove non si riesce ad avere degli strumenti:

"Se un detenuto è agitato perché non riesce ad ottenere ciò che ha richiesto o il tossicodipendente richiede un intervento psichiatrico (per ottenere un supporto farmacologico), vi devono essere delle persone che cercano di dargli un supporto, che lo facciano desistere e che nelle situazioni di miglioramento sappiano diminuire i farmaci" (infermiere)

"Se il disagio viene sempre trattato come problema psichiatrico per il detenuto sarà peggio, perché non riceve la risposta giusta per lui. Sì, lo tengo tranquillo con gli psicofarmaci ma non gli risolvo il problema. È una rovina, un circolo vizioso" (medico)

In carcere, dunque, "dove il consumo di psicofarmaci è elevatissimo" si pone il problema di controllo delle somministrazioni:

“Il farmaco va veramente controllato per garantirne l’assunzione perché altrimenti verrebbe accumulato” (infermiere)

Infatti, nonostante il fatto che la terapia non venga affidata alla responsabilità del singolo ma alla somministrazione da parte del personale infermieristico, è facile che il detenuto finga di assumere la pasticca, mantenendola sotto la lingua e così accumulando dosi che insieme riescono ad avere un effetto più ampio, quasi “stupefacente”. La situazione di accumulo e di elevato consumo di psicofarmaci ha finito con il creare una fascia di soggetti praticamente dipendenti. Non si parla solo di tossicodipendenza o malattia mentale ma ci si riferisce a quella parte di popolazione che talora chiede anch’essa un supporto farmacologico per stare più tranquilli.

“Nel carcere è facile se non c’è un buon servizio infermieristico e un medico di base attento, che si creino delle sovraimmessioni di terapia. E quindi è importante avere delle schede terapeutiche ben visibili che devono essere costantemente controllate” (medico)

“Alla sera controlliamo e prepariamo le terapie da somministrare al mattino e di giorno quelle per la sera” (infermiere)

In tal senso è necessario che i vari medici che si occupano del paziente sotto i diversi profili sanitari, mantengano un rapporto di collaborazione diretto allo scambio delle informazioni e alla verifica dei risultati.

Scendendo nel rapporto tra medico e detenuto, non si può fare a meno di osservare come tale relazione è destinato a muoversi solo apparentemente sulla riga di quella ordinaria tra medico e paziente. Da una parte, la stessa patologia in carcere sembra essere diversa nelle sue manifestazioni e per i risvolti legati alla sicurezza, dall’altra la posizione che il sanitario riveste nell’organizzazione, nei suoi specifici compiti che vanno al di là della normale applicazione della medicina. In generale, la relazione sanitaria si complica per la presenza di fattori estranei al tradizionale modo di intendere il rapporto fiduciario tra medico e paziente. Questo non significa che la fiducia non possa entrare a far parte del quotidiano operare del medico penitenziario. Infatti, l’infermeria, talvolta, è:

“il punto di riferimento di problematiche che non sono sanitarie perché il medico è l’unico interlocutore con cui il detenuto riesce a parlare e ad esprimersi. Il sanitario, cioè, diventa la persona a cui il

detenuto finisce per scaricare le proprie frustrazioni e le problematiche ambientali..” (medico)

Ma creare un rapporto fiduciario significa anche che il sanitario deve essere messo nella condizione di rispondere adeguatamente alle richieste “accettabili” del detenuto e, soprattutto, che non si ponga in una condizione di conflitto con lo stesso. Purtroppo l’attività medico-legale svolta dal personale sanitario non permette al detenuto di vedere nel medico soltanto la persona che è lì per curarlo.

Un primo elemento di complicazione del rapporto riguarda quel fenomeno, di cui è già accennato, definito dagli operatori di “sanitarizzazione dei problemi”, volendo indicare la tendenza, in ambiente carcerario, a risolvere le situazioni attraverso l’intervento medico:

“un problema che non si risolve, dal più piccolo al più urgente, diventa un problema sanitario. Il detenuto non riceve ciò che deve ricevere, si arrabbia, si taglia, non dorme, si agita. Si chiama il medico ma non si risolve il problema” (medico)

Le richieste possono riguardare la vita ordinaria del carcere, come cambiare cella, poter telefonare, oppure riguardare la Giustizia, poter parlare con un Magistrato. La mancata risposta può determinare una manifestazione di protesta che si traduce sempre in una situazione sanitaria. Il medico che incontra il detenuto, è stato detto, è consapevole che il suo intervento non risolverà il problema. Nell’impossibilità di sedare la reazione, l’utilizzo degli psicofarmaci diventa, allora, uno dei mezzi possibili per riportare la tranquillità nella sezione.

Il fenomeno, purtroppo, non esiste solo dal lato del detenuto. La situazione personale può essere strumentalizzata dalla stessa Amministrazione che tende, talora, a ridurre gli eventi critici in senso sanitario:

“Se uno protesta la prima cosa che dicono è: ‘chiamate il dottore perché è agitato’. Nei rapporti risulta che il detenuto si è agitato. Se poi uno invece di avere una crisi di agitazione, esce fuori dai binari si dirà che: ‘in stato di agitazione è stato necessario contenerlo e quindi ha riportato...È stato chiamato il dottore” (medico)

Così facendo si cerca di piegare l’intervento medico e farmacologico alle necessità di sicurezza e disciplina di istituto.

Dove il rapporto medico-detenuto si presenta problematico è quando lo stato patologico diventa un mezzo improprio per ottenere vantaggi:

“Spesso la malattia viene usata come strumento, non si cerca il medico ma il servizio” (medico)

Si parla in tal senso di “medicalizzazione impropria” ossia la strumentalizzazione operata dal malato per ottenere indebiti vantaggi. Il detenuto può decidere di autolesionarsi, di aggravare le sue reali condizioni o simulare uno stato patologico con il fine espresso di provocare un intervento sanitario che possa ottenergli un ricovero o altro beneficio:

“...è chiaro che il detenuto si appoggia a qualunque cosa pur di evadere da questo ambiente” (medico)

La maggior parte degli intervistati giudica il rapporto con i propri pazienti-detenuti trasparente, di fiducia per quanto ciò possa essere realizzabile:

“a volte capisco che basta una chiacchierata per risolvere il disagio del detenuto quel giorno...anche se poi occorre stare attenti alle azioni manipolative del detenuto..” (medico)

In questo contesto, l’esperienza personale gioca un ruolo importante nel saper gestire il rapporto:

“Laddove il medico si accorge di essere strumentalizzato deve fermarsi. Fino a quando si profitta della sua presenza per scambiare quattro chiacchiere non c’è problema. Il sanitario fa anche questo. Ma quando si va oltre e si chiama per un intervento che può ‘aprire le porte’, la situazione non è accettabile. Bisogna dunque verificare puntualmente le reali motivazioni” (medico)

Infatti, gli operatori nuovi, che fanno ingresso nel mondo carcere, non hanno coscienza di trovarsi di fronte ad un paziente “speciale”, con una persona che si vede circondata da avversari in un ambiente innaturale, con manifestazioni anomale e richieste non prettamente sanitarie:

Sono qui da qualche mese, prima ero in ospedale... ho già fatto richiesta di tornare in ospedale. Qui non è per me.. io credo che il lavoro dell’infermiere sia anche quello di avere fiducia del paziente

e creare un rapporto con persone che hanno veramente bisogno...qui come si fa? Non sai mai perché lo fanno, mi sembra di disimparare il mio mestiere” (infermiere)

“Può sembrare un paradosso ma se veramente c’è una patologia il detenuto si fida poco del medico. Dà più noia in termini di richieste, la persona che vuole strumentalizzare la propria situazione. Il malato vero, in genere, non dà fastidio a nessuno” (medico)

I rischi sono notevoli solo se si osserva quanta rilevanza possiede il giudizio sanitario nelle decisioni *de libertate*. In tal senso non è escluso che il medico venga sottoposto a indebite pressioni né che vi possano essere situazioni di cedimento.

“prima il medico doveva sottostare di più alle regole dell’Amministrazione penitenziaria, ora siamo più liberi di capire in profondità se c’è realmente un bisogno” (medico)

Il problema dunque è sostanzialmente di conservazione di un’autonomia di giudizio che sola può garantire uno svolgimento sereno della funzione sanitaria. In tal senso il passaggio al SSN è visto in modo favorevole nella misura in cui consente di avere un referente, non solo tecnico che comprenda le varie esigenze sanitarie, ma anche istituzionale per tutte le questioni rilevanti anche dal punto di vista disciplinare.

“è fondamentale avere un punto di riferimento qui dentro che possa fare da interprete delle esigenze dell’Amministrazione penitenziaria e che porti a galla quelle sanitarie. Noi per lavorare qui dentro dobbiamo poter avere le idee chiare di cosa possiamo fare e fin dove dobbiamo arrivare..” (medico)

Se esiste un’organizzazione solida, il rapporto medico-detenuto non potrà che giovare:

“Il medico deve pensare prima di tutto di avere di fronte un paziente e basta, non deve pensare che la persona possa essere un simulatore, a meno che non ne sia convinto” (medico)

Le condizioni ambientali in cui è chiamata a svolgersi l’attività sanitaria danno ragione del rischio di *burn-out* che può colpire lo stesso personale. “*Burn out*” è termine che può essere tradotto validamente in italiano con parole quali “bruciato, scoppiato,

esaurito”. Indica, in sostanza, un processo di disinvestimento emotivo dell’operatore sanitario, nei confronti della propria professione, in risposta ad un carico di stress e alla tensione sperimentata sul lavoro. Le cause possono essere identificate anche nella frustrazione di non riuscire a rispondere adeguatamente al malato, nella inutilità degli sforzi compiuti. I fattori di rischio possono essere: alto carico di lavoro, scarsa autonomia, problemi di ruolo, insicurezza, rischi per la salute, paga inadeguata. Come si può notare, questi elementi caratterizzano l’attività prestata dal medico penitenziario. Diversi studi hanno riscontrato una quota consistente di assenteismo ed una serie di disturbi sintomatici di uno stress emotivo quali ipertensione, abulia, etc. Gli operatori dell’Istituto penitenziario di Rimini hanno riconosciuto che l’ambiente carcerario rappresenta “un fattore ansiogeno per il personale medico e paramedico”. È stato fatto notare, come sia difficile il rapporto con i tossicodipendenti, quanto grande sia il rischio professionale, come la retribuzione non sia adeguata al carico prestazionale del medico penitenziario. Sul piano psicologico gli operatori tengono a sottolineare le grandi difficoltà nelle quali tutti i giorni operano e talvolta percepiscono il disinteresse e l’indifferenza istituzionale nei confronti di una disciplina, la medicina penitenziaria, spesso considerata come una “fastidiosa parente della medicina”. Nel complesso tuttavia, gli operatori intervistati si dimostrano fiduciosi nei confronti dei possibili risvolti positivi che potrà portare la riforma, ad eccezione di qualche operatore convinto che la burocrazia portata dalle nuove normative possa solo che arrugginire e fossilizzare ancora di più la grande macchina dell’istituto penitenziario:

“per me era meglio prima, adesso possiamo solo peggiorare! Io spero che lo Stato possa tornare sui suoi passi o rivedere le decisioni prese... non è possibile rieducare certe persone solo con i farmaci, occorre insegnare loro che si vive onestamente se si lavora. Bisognerebbe tenerli occupati tutto il giorno, facendoli lavorare, non sono malati quando entrano, si ammalano qui dentro a non fare niente!!” (medico)

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

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

La legge introduce nello stesso ambiente penitenziario «due ordinamenti distinti, ma con pari dignità istituzionale»¹¹³, di cui uno deve assicurare un diritto costituzionalmente protetto, la salute, e l'altro il necessario ordine nella vita della comunità carceraria. Con la riforma, vengono a confrontarsi direttamente due istituzioni, in un contesto che viene così a perdere parte della sua monoliticità totalizzante, per disarticolarsi nell'attribuzione separata di due diverse responsabilità.

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

Il portato innovativo e dirompente della riforma è rappresentato innanzitutto dal fatto che il personale sanitario viene «svincolato per la prima volta da un ruolo storicamente ancillare all'amministrazione penitenziaria attraverso l'appartenenza ad un Ente che esplica la maggior parte della propria attività al di fuori del muro»¹¹⁴. Ciò permette un minor condizionamento e una maggiore attenzione a priorità non proprie all'istituto detentivo, poiché le esigenze di salute e di tutela della persona detenuta hanno ora una voce indipendente, che può far valere le proprie istanze con forza e con tutta l'autorevolezza che la Costituzione le riconosce.

L'ulteriore svolta che ne deriva è nella diminuzione di pretese che può avere l'istituzione stessa, la quale è costretta ad accettare «che la

¹¹³ Benigni S, *Sani dentro*, p. 60.

¹¹⁴ L. Ferrarini, P. F. Peloso, M. Cechini, P. Strata (2003), *Les revenants: esperienze, progetti e criticità dell'intervento psichiatrico nelle istituzioni di pena e di custodia*, in AA. VV.: *Carcere e Territorio*, Milano: Giuffrè, , p. 8.

responsabilità della salute del detenuto possa essere d'altri, e rinunciare con questo alla propria onnipotenza, rinunciare al proprio essere, oltre che luogo di punizione, istituzione totale in grado di rendere totale quella punizione»¹¹⁵. Quella carceraria non è più l'Istituzione, l'unica, ma si deve confrontare alla pari con quella sanitaria.

Questo nuovo assetto non manca però di porre problemi concreti nel reale confronto tra necessità securitarie e sanitarie, in un luogo di pena come il carcere che, per suo mandato, porta a togliere spazio alla promozione del benessere psico-fisico della persona: «se curare significa anche liberare dalle pene, curare nella pena non può non apparire, già a prima vista, un evidente ossimoro»¹¹⁶. «Cultura giuridica» e «cultura medica», nel contesto nocivo del carcere, vanno, sotto un primo punto di vista, nella direzione della contraddizione: «alla maggior attenzione del magistrato a questioni di collettività» secondo criteri il più possibile oggettivi e riproducibili, si oppone quella del medico vertente su «problemi inerenti l'individualità della persona oggetto di cure» a seconda dei bisogni che si possono presentare di volta in volta; un altro punto di frizione è rappresentato dalla «tendenza per il magistrato a rinunciare a farsi carico del destino della singola persona, preoccupato prevalentemente da problemi di giustizia e difesa sociale e spesso stretto nell'alternativa tra l'abbandono dentro (il carcere) e l'abbandono fuori (la liberazione), trovando la presa della persona un'alternativa più comoda alla sua presa in carico»¹¹⁷, di cui si fa invece titolare il sistema sanitario, pur all'interno di un contesto che rimane di presa e coercizione della persona. Ad una concezione della salute quasi come “un dovere” amministrativo dell'istituzione, si oppone la considerazione di essa come “un diritto soggettivo”.

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

La maggior consapevolezza da parte del sistema sanitario del proprio mandato anche all'interno dell'amministrazione penitenziaria deve, infatti, stare in guardia dal rischio di una medicalizzazione del disagio carcerario, non avanzando pretese troppo grandi nella speranza di risolvere coi propri mezzi i problemi strutturali dell'istituzione privata della libertà. Tra i due estremi, opposti ma

¹¹⁵ P. F. Peloso, *Curare nella pena*

¹¹⁶ P. F. Peloso, *ivi*.

¹¹⁷ L. Ferrarini et al., *Les revenants*, p. 10

complementari, per cui «la salute in carcere è impossibile»¹¹⁸ e quella per cui «l'intrusione del momento medico e psichiatrico nell'edificio carcerario non può prescindere da una sua radicale messa in discussione e dall'esigenza complessiva di una migliore qualità della vita»¹¹⁹, è importante tener ferma la consapevolezza che, nelle sue possibilità concrete d'intervento, quello medico rimane, comunque, «un momento ritagliato»¹²⁰ entro un dispositivo di coercizione, con tutti gli effetti che esso inevitabilmente comporta. Dall'altro lato, il compito di cura dal disagio deve fare attenzione a non trasformarsi in quello di semplice contenimento del disagio, tornando a fare il gioco dell'istituzione di controllo. In questo senso, la medicina si allea con la detenzione in funzione di un quieto vivere che non esige sforzi. Il medico diventa così un membro in più dello «staff della Direzione, chiamato a contribuire con ragionevolezza al buon funzionamento dell'istituzione e/o alla redenzione morale del suo ospite involontario»¹²¹, ad esempio, attraverso la somministrazione di calmanti e psicofarmaci che permettano di legare i detenuti, senza l'uso della forza.

Anche per i detenuti stessi, la salute può divenire un mero pretesto, subordinata all'ottenimento di benefici, che «in assenza di un bisogno effettivo [...] rischiano di strutturare e rafforzare il disturbo trattato riducendo la possibilità di superarlo»¹²².

Il D. Lgs. 230/99 è andato nella direzione di limitare la commistione tra ragioni della cura e quelle della pena o del controllo, tentando di superare le resistenze presenti.

La preoccupazione che prima della riforma, iniziava a diffondersi nelle Amministrazioni Penitenziarie è che con il personale trasferito, venendo quest'ultimo a dipendere dal SSN e dalle organizzazioni sindacali, non sarebbe stato più possibile esercitare un controllo sulle personalità scelte, che avrebbero potuto non corrispondere a criteri di sicurezza e garanzia e che non sarebbero state più così inclini e accondiscendenti ad assurgere alle esigenze di sicurezza più che a quelle della salute. Si riuscì in seguito a evitare controversie e conflitti di competenza, dichiarando con fermezza che gli psicologi, ad esempio, non dovevano essere strumenti per l'ordine e la

¹¹⁸ L. Baccaro, *Riflessioni critiche su carcere e salute*, in M. Esposito, *Malati in carcere*, p. 205.

¹¹⁹ P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

¹²⁰ L. Ferrarini et al., *Les revenants*, p. 10.

¹²¹ L. Ferrarini, P. F. Peloso, M. Cechini, M. Demartini, (2006), *Intervento psichiatrico in carcere: l'esperienza e i progetti del D.S.M. di Genova*, in "Noos", 43, p. 59-68.

¹²² C. Cipolla-M. Gobbi, *Droga e carcere: custodia attenuata e strategie di recupero*, in M. Esposito et al., *Malati in carcere*, pp. 236-237

contenzione ai fini della sicurezza, ma che la loro professione doveva appartenere a pieno titolo al ruolo sanitario e come tale era da trasferire al SSN¹²³: «una medicina penitenziaria in cui i curanti siano integrati nell'amministrazione e sottomessi alla sua autorità è inaccettabile»¹²⁴.

Ma se non si può negare «una archetipica e strutturale contraddizione»¹²⁵, si avverte nondimeno la «necessità di una costante conflittualità costruttiva tra autorità sanitaria e penitenziaria, come la sola condizione alla quale l'alleanza contro natura tra questi due soggetti può realizzarsi senza che nessuno venga meno alla propria identità e al proprio mandato»¹²⁶.

In questa prospettiva, la contrapposizione tra questi due aspetti diventa una possibile e perseguibile implicazione virtuosa. All'articolo 32, la Costituzione Italiana dichiara la salute un «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Da questo principio discende «una duplicità di piani di tutela: difesa della persona dalla malattia e difesa della collettività da tutti quegli elementi ambientali o individuali che possono ostacolare il pieno godimento del diritto. Tanto più sentito risulta quanto sopra esposto in un ambiente particolare quale l'istituto penitenziario». In questo senso, nel perseguimento dei suoi fini istituzionali, quali l'ordine, la sicurezza e il reinserimento sociale del detenuto, non è necessario e ovvio vedere un contrasto insanabile con la tutela della salute, ma anzi il «mantenimento e la conservazione del bene salute» si mostra come «il presupposto indispensabile per una corretta applicazione degli stessi fini istituzionali dell'Amministrazione Penitenziaria»¹²⁷. Tutela della salute e mantenimento della sicurezza verrebbero così, non a confliggere, ma a convergere in un reciproco appoggio e promozione, innescando una cooperazione proficua tra personale sanitario e operatori penitenziari, secondo un «modo di collaborare che fa uscire dalla competenza separata per andare verso sistemi integrati di lavoro senza che siano disperse le reciproche responsabilità»¹²⁸. L'affermazione di questa possibilità non manca in ogni caso di riconoscere che «l'ambiente e le condizioni personali

¹²³ Cfr. B. Benigni, *Sani dentro*, pp. 77-83.

¹²⁴ R. Badinter, cit. in P. F. Peloso, *Curare nella pena*

¹²⁵ M. Esposito, Introduzione, in M. Esposito et al., *Malati in carcere*, p. 18.

¹²⁶ B. Gravier, cit. in P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

¹²⁷ B. Brunetti, *L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario in Italia*, in M. Esposito et al., *Malati in carcere*, pp. 96-97.

¹²⁸ B. Benigni, *Sani dentro*, p. 82.

sono determinanti per assicurare il benessere psicofisico del detenuto ai fini dei progetti trattamentali di rieducazione»¹²⁹.

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

L'integrazione della sanità penitenziaria con il SSN aiuta l'affrancamento dal rischio della «commistione tra ragioni della pena e quelle della cura»¹³⁰, a cui il servizio sanitario intramurario sarebbe soggetto se dipendente direttamente dall'AP. «Il sistema sanitario pubblico deve entrare nel carcere con le sue regole, nel pieno delle sue facoltà, altrimenti la stessa legge fallirebbe. Una nuova organizzazione significa che la Asl porta dentro il carcere il suo modo di operare, i suoi protocolli, le metodologie che applica normalmente sul territorio. [...] anche dentro il carcere si può portare il meglio e il possibile della sanità pubblica, quella che hanno tutti»¹³¹, affinché i livelli di assistenza garantiti “fuori” lo siano anche “dentro”.

Allo stesso tempo, è necessario che nell'integrazione non si vengano a perdere le specificità. Proprio in riferimento a questo problema, durante lo svolgersi delle tappe della riforma, non mancarono accese polemiche proprio dall'interno della Medicina penitenziaria (AMAPI). I suoi componenti, allarmati per le prospettive di mutamento che si delineavano nei rapporti di lavoro, assunsero come loro bandiera di rivendicazione la specificità della Medicina Penitenziaria. «Il problema era reale ma, al posto di rivendicare una separazione, era necessario coniugare la specificità con

¹²⁹ B. Brunetti, *L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario in Italia*, in M. Esposito et al., *Malati in carcere*, p. 99

¹³⁰ L. Ferrarini et al., *Les revenants*, p. 8.

¹³¹ Cfr. contributo del Magistrato di sorveglianza A. Margara, in B. Benigni, *Sani dentro*, p. 170

l'integrazione»¹³², evitando che questa branca dell'arte sanitaria, che andava a operare su un vissuto specifico in particolari caratteristiche ambientali, si diluisse nella genericità del sistema sanitario.

Sarebbe, infatti, frutto di totale miopia attivare in carcere modalità operative non differenziate rispetto ai contesti abituali di vita di fronte a cui si può trovare il SSN operante all'esterno. Nessuna progettazione sanitaria «può evitare di tenere conto del contesto» carcerario, perché «il corpo, il tempo e lo spazio dell'incontro sono, non ci fossero che le sbarre a ricordarlo, inevitabilmente un corpo, un tempo e uno spazio prigionieri»¹³³. In un ambiente risaputo patogeno in partenza, diventa necessario andare oltre il mero aspetto di cura del sintomo emerso, per intraprendere strategie di prevenzione generale, invertendo l'abituale strategia dell'emergenza quale unica risposta al problema della salute in carcere. Con la riforma, la prevenzione nelle carceri italiane passa nella competenza del SSN, del Ministero della salute, delle regioni italiane, delle aziende sanitarie locali e anche dei comuni, che devono garantire la salubrità di tutti gli ambienti di vita.

Questa diversa considerazione di partenza permette «il passaggio dalla consulenza alla presa in carico»¹³⁴: al posto della figura del medico incaricato, che diventava un tuttotfare e che perciò tendeva a non andare oltre alla domanda di cura immediata, entra nel carcere un operatore che agisce e collabora con il Dipartimento della prevenzione collettiva della stessa azienda sanitaria locale.

Si tratta di «calare»¹³⁵, facendo le debite e fondamentali differenze, la metodologia operativa dei Dipartimenti di prevenzione all'interno delle amministrazioni penitenziarie, in modo da garantire, da una parte, il livello di prestazione ed efficienza dovuto a ogni cittadino e, dall'altra, tener conto delle peculiarità del contesto ambientale, condizionante duramente lo stato di salute dei detenuti e necessitante di un surplus e una calibrazione specifica dell'azione.

Un'ulteriore questione che pone la riforma è quella del confronto tra un'AP centralizzata e un SSN dislocato nel territorio. Se la sanità pubblica è organizzata secondo un sistema regionale, facente capo al governo di ogni singola regione, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (Dap) è uno strumento del Ministero di Giustizia, quindi, per definizione, centrale. Il suo corrispondente regionale è il Prap, ovvero il provveditorato regionale

¹³² B. Benigni, *Sani dentro*, p. 53.

¹³³ L. Ferrarini et al., *Intervento psichiatrico in carcere*

¹³⁴ L. Ferrarini et al., *Les revenants*, p. 6.

¹³⁵ Cfr. intervento di E. Turi, cit. in B. Benigni, *Sani dentro*, p. 79.

dell'Amministrazione Penitenziaria, a cui risponde il direttore del singolo istituto penitenziario. L'assegnazione dei detenuti alla diverse carceri è affidata al Dap, al fine di tenere in equilibrio il sistema carcerario, e risulta, perciò, una decisione centralizzata.

Nell'incontro di questi due enti diversi, si viene a «registrare una sfasatura di poteri tra la Regione e il Prap, l'una autonoma e in grado di decidere, l'altro emanazione di un potere centrale che avoca a sé tutte le decisioni. [...] è indubbio che si pone il problema di una corrispondenza di poteri decisionali tra Regione e Prap»¹³⁶. Al procedere della riforma non può che conseguire un parallelo «decentramento amministrativo», poiché «non è pensabile e accettabile che una decisione per la salute, adottata consensualmente a livello regionale, sia messa in mora in attesa di un provvedimento centrale di un Organismo che ha le sue logiche, i suoi tempi e le sue volontà»¹³⁷. Anche in questo senso, l'istituzione-carcere non può che dirigersi verso un'ulteriore disarticolazione e «deistituzionalizzazione»¹³⁸, che lo porta a essere non più l'unico centro di potere decisionale e operativo a tutti i livelli dell'organizzazione carceraria, ma a doversi confrontare con altri enti e a mediare i propri fini con mandati di segno diverso.

Questa trasformazione non si riduce solo a una questione di centri di potere, ma diventa l'occasione per una nuova considerazione del carcere e del suo posto all'interno della società. La regionalizzazione della sanità penitenziaria diventa in questo modo una fondamentale opportunità di partecipazione e di presa in carico degli enti territoriali alla storia del carcere e dei cittadini che vi ospita. Seguendo il principio di «territorializzazione della pena», a cui la riforma ha dato nuovo slancio, diventa ulteriormente «auspicabile un collegamento tra luogo di detenzione e luogo di vita, in modo che, anche clinicamente, una persona possa essere seguita in carcere dalla stessa struttura che l'ha eventualmente seguita prima e la seguirà poi», producendo un impatto positivo anche sulla stessa «giustizia della cura»¹³⁹.

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

¹³⁶ B. Benigni, *Sani dentro*, p. 138

¹³⁷ B. Benigni, *ibidem*.

¹³⁸ L. Ferrarini et al., *Les revenants*, p. 2

¹³⁹ Cfr. contributo di L. Ferrarini, operatore medico, psichiatra dell'Università di Genova, in B. Benigni, *Sani dentro*, p. 179.

di arrivo e di ripartenza, dovrebbe essere il centro degli investimenti emotivi e materiali di una comunità interessata a ricucire le proprie ferite e ricomporsi; è invece, nella nostra esperienza, luogo di rimozione ed esclusione, muro impermeabile che solo i legami più tenaci riescono ad attraversare.

[...] La comunità tende a chiudere nel carcere e nell'OPG le sue contraddizioni, insieme con coloro che se ne sono resi responsabili; per poi rimuoverli e dimenticarsene, come se il tempo, le privazioni e la separazione che succhiano, scriveva Dostoevskij, la linfa vitale, bastassero, di per sé, a sanare le ferite»¹⁴⁰. In contrasto a «questa rimozione irresponsabile e irrealistica»¹⁴¹, è necessario attivare molteplici strategie: dall'attenzione alla persona nella sua soggettività e nei suoi diritti, al corrispondente sviluppo di processi di empowerment e di incremento della contrattualità sociale; da interventi di sostegno dell'identità all'inserimento/inclusione socio-lavorativa; da azioni di riduzione della stigmatizzazione sociale al lavoro di rete e di collegamento con le politiche e gli interventi di community care. Per arrivare a ciò è necessario il coinvolgimento di numerosi soggetti che possono diventare protagonisti di questo cambiamento: non più solo Amministrazione Penitenziaria, ma aziende sanitarie, enti locali, privato sociale, volontariato e, soprattutto, la cittadinanza stessa, perché «questa riforma è, oggettivamente, una responsabilità collettiva»¹⁴².

«Con l'ingresso della sanità nel carcere è la società che quasi si riappropria del mondo carcerario»¹⁴³, non solo il detenuto che vi riprende posto: come il detenuto ha la possibilità di ricomporre le ferite che lo separano dalla società, la società può attuare quella «restituzione del rimosso»¹⁴⁴, a cui ha per troppo tempo abbandonato il carcere.

La riforma ha indicato un primo sentiero; ora si tratta di percorrerlo. È difficile dare una valutazione unitaria di un processo come questo, ciò che emerge è che la disciplina della tutela della salute negli istituti penitenziari ha sempre rappresentato un punto di difficoltà per la gestione del sistema sanitario e un elemento problematico ai fini della promozione di ogni progetto di salute pubblica. La situazione di sovraffollamento, la convivenza forzata, la tendenza a far prevalere aspetti di sicurezza sulle ragioni della tutela della salute hanno

¹⁴⁰ P. F. Peloso, *Curare nella pena*.

¹⁴¹ P. F. Peloso, *ibidem*

¹⁴² Cfr. contributo di L. Ferrarini, operatore medico, psichiatra dell'Università di Genova, in B. Benigni, *Sani dentro*, p. 178.

¹⁴³ Cfr. contributo di N. Dirindin, Assessore alla sanità Regione Sardegna, in B. Benigni, *ivi*, p. 165

¹⁴⁴ L. Ferrarini et al., *Les revenents*, p. 10.

sempre costituito degli ostacoli allo sviluppo di un moderno ed efficiente sistema di sanità penitenziaria¹⁴⁵.

Sembra paradossale parlare del diritto alla salute, poiché dovrebbe essere ovvio che è un diritto naturale dell'uomo, fondato sul concetto di dignità della persona tanto è che la nostra Costituzione ha affermato negli artt. 27 e 32 che la Repubblica tutela la salute come diritto dell'individuo ed interesse della collettività. Ma la condizione particolare dello stato di detenzione è tale che il detenuto si trasforma a volte, in un "uomo diverso con diritti diversi"¹⁴⁶. In carcere la riflessione sul diritto alla salute deve partire dalla reale divergenza tra restrizione della libertà personale e l'affermazione dei diritti umani.

Il sistema elaborato dalla Regione Emilia Romagna ha come obiettivo principale quello di offrire le stesse opportunità e la medesima assistenza anche all'interno delle mura penitenziarie; ma "dentro" non è come "fuori". La salute dentro il carcere è oggetto di scambio, contrattazione e negoziazione anche informale; difatti il detenuto spera con la propria malattia o assenza temporanea di salute di ottenere benefici, ma ciò non basta a spiegare perché molti dei comportamenti dentro il carcere sono diversi da quelli fuori.

Nello specifico, dall'indagine condotta nel carcere di Rimini, è emerso che nel ruolo del medico, ma anche delle altre figure sanitarie, deve essere ferma la consapevolezza di una componente manipolativa che sta dietro alla richiesta di assistenza sanitaria, soprattutto quando si tratta di richiesta di medicinali o di terapia farmacologica.

Secondo quanto mi è stato riferito, la maggior parte dei reclusi nei primi giorni dal loro ingresso hanno bisogno di farmaci per sedare il normale stato di ansia; altri invece lamentano patologie già note curate anche all'esterno, per cui è necessario rivalutare la terapia e procedere alla somministrazione. Altri ancora invece, non riuscendo a sopportare lo stress psicologico della convivenza forzata nell'ambiente carcerario richiedono sedativi o farmaci che hanno come conseguenza quella di "addormentare" il detenuto, costringendolo entro uno stato di fittizia mansuetudine. Tale stato di apatia permette al soggetto di dissociarsi dal contesto, alienandosi dalla condizione penitenziaria nel tentativo di non vivere il presente. Queste sono situazioni piuttosto frequenti così che, l'infermiere che passa a somministrare la terapia, a volte è costretto a svegliare il detenuto che sta dormendo assopito dai farmaci; e ciò per

¹⁴⁵ Marroni 2007, p 303

¹⁴⁶ Baccaro 2007, p.195

somministrare altri farmaci che non faranno altro che ottenere lo stesso risultato.

Dalle informazioni raccolte, i farmaci non vengono richiesti solo per necessità o per esigenze “di sopravvivenza” ma anche come merce di scambio. Nel momento della somministrazione del farmaco non di rado il detenuto cerca di non ingoiare la pillola, ma di sputarla successivamente, lontano dagli sguardi dell’infermiere e della guardia per poterla usare come merce da barattare con gli altri detenuti, magari in cambio di sigarette o altro.

Naturalmente quando ciò accade e viene scoperto, va a minare l’equilibrio precario delle parti: chi deve garantire che il detenuto digerisca effettivamente il farmaco? a chi spetta il controllo? Il personale sanitario intervistato ammette di sentire la responsabilità di garantire che la terapia farmacologica venga somministrata correttamente, però non si sente in dovere di verificare – se non facendo aprire la bocca al detenuto – l’effettivo ingerimento, del resto è difficile pensare ad un controllo alternativo non coercitivo.

Molto spesso le patologie che emergono in carcere sono sintomatiche della condizione patogena che si vive all’interno e gli operatori intervistati sottolineano come sia fondamentale spiegare e motivare adeguatamente i sintomi ai detenuti per gestire al meglio la malattia e il paziente.

I medici penitenziari hanno il difficile ruolo di incarnare la salute in uno dei luoghi, per eccellenza, della non-salute, della sofferenza; questo è l’ennesimo paradosso fra i tanti che si affollano intorno al mondo del carcere. Del resto è possibile che ogni detenuto sia malato, in quanto detenuto? Se è così, allora, per la sua cura non basteranno indagini diagnostiche, giudizi terapeutici e prescrizioni farmacologiche. La malattia è un disturbo che si somma alle difficoltà dell’ambiente in cui i reclusi sono costretti a vivere; viste le condizioni, potrà mai esserci una guarigione completa in carcere?

Il ruolo del medico penitenziario nella realtà di tutti i giorni si trova ad oscillare continuamente tra la ricerca dello stato di salute e il mantenimento di uno stato di salute accettabile, seppure la normativa sia chiara.

In carcere la relazione sanitaria si complica per la presenza di fattori estranei al tradizionale modo di intendere il rapporto fiduciario tra medico e paziente. Questo non significa che la fiducia non possa entrare a far parte dell’operare quotidiano del medico penitenziario. Infatti, spesso gli intervistati hanno dichiarato che l’infermeria diventa il punto di riferimento di problematiche anche non sanitarie perché il medico è l’unico interlocutore con cui il detenuto riesce a parlare e ad esprimersi liberamente. Il sanitario, a volte, diventa l’unica “figura amica” dentro il carcere. Secondo gli infermieri

intervistati, per esempio, il detenuto sa che i sanitari agiscono nella maggior parte delle volte a favore della salute del detenuto e perciò si fidano.

Ma creare un rapporto fiduciario significa anche che il sanitario deve essere messo nella condizione di rispondere adeguatamente alle richieste “accettabili” del detenuto e, soprattutto, che non si ponga in una condizione di conflitto con lo stesso.

Un primo elemento di complicazione del rapporto riguarda quel fenomeno spiegato dagli addetti ai lavori intervistati di “sanitarizzazione dei problemi”, volendo indicare la tendenza, in ambiente carcerario, a risolvere le situazioni attraverso l'intervento medico. Un esempio lo è il detenuto che non ricevendo ciò che vuole si arrabbia, si taglia, non dorme, ingerisce oggetti, si agita, per cui si chiama il medico ma non si risolve il problema.

La mancata risposta a richieste può determinare, quindi, una manifestazione di protesta che si traduce quasi sempre in una situazione sanitaria. Il medico che incontra il detenuto è consapevole che il suo intervento non risolverà il problema, ma nell'impossibilità di sedare la reazione, l'utilizzo degli psicofarmaci diventa, allora, uno dei mezzi possibili per riportare la tranquillità nella sezione. Dove il rapporto medico-detenuto si presenta problematico è quando lo stato patologico diventa un mezzo improprio per ottenere vantaggi, come ricordato dagli intervistati spesso la malattia viene usata come strumento - non si cerca il medico ma il servizio.

Dai colloqui è altresì emerso che seppure il detenuto sia prima di tutto paziente e poi recluso, la capacità di discernimento tra l'una e l'altra condizione è molto difficile e la tentazione di “placare l'agitazione del soggetto detenuto” diventa sempre più forte, soprattutto quando scarseggiano gli strumenti per poter fronteggiare adeguatamente l'eventuale malattia o garantire la presa in carico.

Anche se la tipologia di reato è una informazione che non viene condivisa ufficialmente con il personale sanitario, è frequente che sia il paziente stesso a raccontare di sé al medico, all'infermiere o allo psicologo e tenendo conto che nell'Istituto penitenziario di Rimini vi è un'alta percentuale di soggetti giudicandi, ovvero in attesa di giudizio, la cui permanenza è in genere dai 3 ai 6 mesi, i medici hanno indicazione di valutare anticipatamente la necessità di cominciare una terapia o una cura se non sicuri di poterla seguire *in toto*.

Nello specifico, il medico infettivologo ammette le difficoltà di gestione della presa in carico del paziente nei casi in cui si debba attivare una terapia impegnativa, anche dal punto di vista economico, in pazienti che da lì a qualche mese devono essere trasferiti in altro istituto.

Naturalmente la presa in carico non è assolutamente messa in discussione nel caso di pazienti con sospetta tubercolosi o altra malattia infettiva che possa danneggiare gli altri detenuti o il personale. In questi casi, vengono attivati protocolli aziendali per la messa in sicurezza del soggetto, degli altri detenuti, del personale sanitario e penitenziario; tuttavia gli intervistati ammettono che una più puntuale organizzazione delle procedure garantirebbe maggiore efficienza e sicurezza.

La riforma ha senz'altro portato a galla conflitti e tensioni che derivano dalla naturale contraddizione che c'è tra diritto alla salute e sicurezza.

La necessità di adattare la gestione dell'assistenza sanitaria agli orari delle guardie penitenziarie è solo uno delle complicazioni che non permettono una piena autonomia della sanità in carcere.

Il detenuto impara fin da subito ad utilizzare il suo corpo per trarne benefici, pertanto l'ombra di pregiudizio e una certa diffidenza preventiva è diffusa non solo tra gli operatori penitenziari ma anche tra quelli sanitari. Con il passaggio delle funzioni sanitarie la guardia carceraria ha in qualche modo delegato l'attività di verifica dell'effettiva necessità di cura agli operatori sanitari che devono pertanto filtrare il concreto bisogno di cura dall'azione manipolativa del detenuto per scopi personali.

E' doveroso sottolineare che il soggetto detenuto non è tenuto a compartecipare alla spesa sanitaria, pertanto, paradossalmente, il carcere diventa, per alcuni, il luogo dove poter ricevere le cure che "fuori" non possono permettersi. Nel caso specifico, ciò si manifesta più frequentemente per le prestazioni di assistenza odontoiatrica. Tali prestazioni, infatti, fuori dalle mura carcerarie non sono sempre di facile accesso e soprattutto i detenuti stranieri approfittano della permanenza in carcere per curare i propri denti. Il professionista intervistato, in particolare, riferisce che il lavoro dell'odontoiatra in carcere è ancora più difficoltoso che sul territorio; qui infatti si trova di fronte a cavità orali che non hanno mai ricevuto alcuna cura né alcuna forma di educazione alla salute del cavo orale. La domanda è sempre in aumento tra la popolazione carceraria e non solo tra i detenuti stranieri a fronte di una scarsità di risorse economiche non sempre in grado di affrontare le esigenze.

In ogni caso, la riforma viene tendenzialmente vista dagli operatori come positiva, seppur ancora in fase di compimento. A rallentare il radicamento della stessa probabilmente concorre un'Amministrazione penitenziaria che non ha ancora accettato *in toto* la convivenza e la perdita di una parte dei servizi che - seppur costosi - permettevano in passato una più ampia autonomia gestionale. Le resistenze con la quale la Direzione del carcere ha rilasciato

l'autorizzazione ad accedere ai locali interni dell'istituto a fini di studio, conferma il carattere di chiusura e di poca integrazione che l'Amministrazione penitenziaria si trova ancora a vivere.

Quali sviluppi sulla riforma oggi? Con riferimento alla realtà di Rimini è possibile osservare che l'Azienda USL sta lavorando assiduamente insieme alla Regione e all'Amministrazione penitenziaria per stendere e definire le procedure che permettono al presidio sanitario all'interno del carcere di rapportarsi in maniera organizzata sia al proprio interno, sia con l'amministrazione penitenziaria che con le altre strutture aziendali all'esterno.

Infine, la percezione degli operatori sanitari è che la piena realizzazione di ciò che è previsto nella normativa è ancora in fase di sviluppo ma che si sta vivendo un rinnovamento culturale che verrà gradualmente accettato e fatto proprio dai singoli operatori sia sanitari che penitenziari, così come ogni epoca nella quale si vivono trasformazioni ed evoluzioni normative di questa portata.

TRACCIA INTERVISTA

Di seguito si riportano le domande utilizzate come traccia per le interviste:

PRIMA PARTE – IL PERSONALE E LE SUE FUNZIONI

1. Che ruolo svolge all'interno del carcere?
2. Da quanto tempo lavora qui?
3. Faceva parte del personale dipendente dell'amministrazione penitenziaria?
4. Ha esperienze in altre carceri o case circondariali?
5. Secondo lei quale ruolo deve avere la figura sanitaria in carcere?
6. Esistono spazi e locali dedicati nei quali il personale sanitario svolge la propria attività?
7. Il personale sanitario è autorizzato ad accedere solo ad alcuni locali?
8. Come è organizzata l'attività sanitaria in carcere? (orari, turni, figure professionali..)
9. A suo parere, quale apporto può dare l'istituzione sanitaria all'interno del carcere?
10. A suo avviso, come sono i rapporti con le altre figure professionali?

SECONDA PARTE – LA RIFORMA SANITARIA

1. Il passaggio da una sanità intracarceraria dipendente dall'Amministrazione Penitenziaria ad una integrata a pieno titolo nel Servizio Sanitario Nazionale ha permesso un confronto ravvicinato tra un'istituzione di promozione della salute e una di pena. Come giudica il rapporto tra i diversi attori che operano sui medesimi soggetti detenuti?
2. Quali punti di forza e quali criticità rileva?
3. Come valuta il grado di attuazione della riforma sanitaria?
4. Come giudica l'integrazione tra istituzione carceraria e servizi territoriali?
5. Il personale sanitario che prima lavorava secondi contratti a convenzione col carcere, è lo stesso personale sanitario che lavora oggi sotto il servizio sanitario nazionale? Cosa è effettivamente cambiato?
6. Secondo lei il ruolo del personale sanitario all'interno del carcere è cambiato ora che si è attuato il passaggio al servizio sanitario nazionale? Se sì, che ruolo aveva prima della riforma?

7. A suo avviso, gli operatori del sistema sanitario sono adeguatamente formati per far fronte alle problematiche carcerarie?
8. A suo avviso, le attuali leggi in materia sono sufficientemente adeguate a rispondere a tale problematiche?
9. Secondo lei, quali cambiamenti ha portato il riordino dal punto di vista del detenuto?
10. A suo giudizio, quale è la condizione attuale delle carceri italiane?
11. Secondo lei, quali sono le funzioni che un' istituzione carceraria dovrebbe perseguire?
12. Come valuta il problema della salute in carcere e delle contraddizioni che vi possono essere nella gestione della salute del detenuto mantenendo la garanzia di sicurezza?

TERZA PARTE – LA SALUTE DEL DETENUTO

1. A suo avviso, quali esigenze sanitarie emergono in carcere? Che tipo di assistenza offrite alla popolazione detenuta?
2. Mi può descrivere come avviene la valutazione dello stato di salute della popolazione detenuta nei nuovi ingressi? Quali esami, visite o controlli vengono effettuati?
3. Dalla sua esperienza mi può dire come vengono affrontati i casi urgenti?
4. Secondo lei, quali sono le tipologie di malattie più frequenti in carcere? Come vengono trattate?
5. All'interno della casa circondariale di Rimini, quanti sono i detenuti tossicodipendenti?
6. A suo avviso, quali sono le problematiche più frequenti che caratterizzano la permanenza in carcere di detenuti tossicodipendenti?
7. Quali sono i reati maggiormente correlati alla tossicodipendenza?
8. Quanto appare rilevante il rapporto con il Sert e con le comunità terapeutiche nei casi di persone tossicodipendenti aventi commesso un reato?
9. Come giudica la convivenza tra tutela della salute e sicurezza?

APPENDICE LEGISLATIVA

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

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

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

Decreto 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”, pubblicato sulla G.U. n. 126 del 30-5-2008.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Adler F., Simon r.J. (1979), *The criminology of deviant woman*, Houghton miffin Co., Boston.
- Alessandri A., Catalani G., *Il codice penitenziario*, IV ed., Roma, 1992.
- Allegranti, B., Giusti, C., *Lo sciopero della fame del detenuto*, Cedam, Padova, 1983.
- Amato N. (1991), *Decadimento fisico e psichico*, "Medicina Penitenziaria", n°16, 13.
- American Psychiatric Association (1988), *DSM-III-R: Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.
- Andreano P. (2000), *Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: profili normativi e sociologici*, in www.altrodiritto.unifi.it,
- Antolisei F. (1985), *Manuale di diritto penale*, parte generale, X edizione, Giuffrè, Milano, pag. 701.
- Associazione Antigone (a cura di) (2000), *Il carcere trasparente. Primo rapporto nazionale sulle condizioni di detenzione*, Roma, Carocci.
- Astarita L. (2007), *Le modalità dell'assistenza psichiatrica nel carcere di Bologna*, "Antigone. Quadrimestrale di critica al sistema penale e penitenziario", II, 1, pp. 91-103
- Babbalacchio F. (2006), *Le politiche di tutela della salute in ambito penitenziario*, Torino
- Baccaro L. (2003), *Carcere e salute*, Padova, Edizioni Sapere.
- Baccaro L. (2007), *Riflessioni su carcere e salute: quando parlare di salute è parlare di libertà*, in Esposito M. (a cura di), *Malati in carcere*, FrancoAngeli, Milano
- Baldassarelli F. (1990), *Funzione rieducativa della pena e nuovo processo penale*, in "Rivista Penale".
- Bandini T., Gatti U., Marugo M.I., Verde A. (1991), *Criminologia*, Giuffrè, Milano.
- Bandini, T., Gatti, U. (1980), *Limiti e contraddizioni dell'opera del criminologo clinico nell'attuale sistema penitenziario italiano*, "Rassegna penitenziaria e criminologica", 165.
- Barbato A., Erlicher A., (1984), *Un difficile equilibrio*, "La difesa penale", III, supplemento al n° 5, 17.
- Barra M. (1997), *Il tossicodipendente il carcere e le sue alternative*, Bion.
- Basile T., Fassone E., Tuccillo G., (1987), *La riforma penitenziaria*, Jovene, Napoli.
- Battaglia B., (1987), *La legge n. 833 del 23/12/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale comporta l'abrogazione della legge n. 740 del 9/10/70, istitutiva del Servizio Sanitario Penitenziario?* "Medicina Penitenziaria", n° 9, 7.

- Benigni B. (2008), *Sani dentro. Cronistoria di una riforma*, Noema Edizioni, Roma.
- Berti Ceroni G., Franzoni G. (1984), *Un atipico habitat*, "La Difesa Penale", III, supplemento al n°5, 23.
- Berto D. (a cura di) (2006), *I trattamenti "quasi" obbligatori per i tossicodipendenti*, CLEUP, Padova.
- Berzano L. (a cura di) (1994), *La pena del non lavoro*, FrancoAngeli, Milano.
- Bottari M. (1991), *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Giuffrè, Milano.
- Bryman A., Burgess R.G. (1994), *Analyzing Qualitative Data*, London, Routledge.
- Bucarelli A., Pintor, P. (1991), *Morte e detenzione: il gesto autolesivo all'interno dell'universo carcerario*, "Rivista italiana di criminologia".
- Buffa P. (2006), *I territori della pena. Alla ricerca dei meccanismi di cambiamento delle prassi penitenziarie*, Torino, EGA Editore, 2006.
- Buffa P., *I territori della pena*.
- Burroni P. et al. (2006), *Uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope nei minori in ingresso al Centro di prima accoglienza del Centro di giustizia minorile di Torino* in "Dal fare al dire", n. 2, pp. 19-24
- Calzolari F. (1987), *Le urgenze psichiatriche*, "Medicina Penitenziaria", n° 9, 28.
- Cantele M., Jannucci M. (1996), *Dis-armati con la giustizia. I primi passi in carcere del folle autore di reato*. "Il reo e il folle", n° 2, 190.
- Cassese A. (1994), *Umano-Disumano, Commissariati e Prigioni nell'Europa di oggi*, Laterza, Roma-Bari.
- Castaldo S. (1994), *Aids e carcere: la soluzione italiana*, in "L'indice penale", Cedam, Padova.
- Castellani R. (1998), *Trattamento della Tossicodipendenza in carcere*, "Rassegna penitenziaria e Criminologica".
- Catanesi R. (1993), *Disturbi mentali e incompatibilità carceraria*, in "Rivista italiana di Medicina Legale".
- Catanesi R. (1995), *Disturbi mentali e compatibilità carceraria*, "Rivista italiana di medicina legale", XVII, 1043.
- Cattaneo M. A (1998), *Pena diritto e dignità umana. Saggio sulla filosofia del diritto penale*, Torino, Giappichelli Editore.
- Ceraudo F. (1984), *Per una diversa ipotesi carceraria*, "Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria", n° 2, 15.
- Ceraudo F. (1993), *Extracomunitari e carcere: tra forme di disadattamento e nuove patologie*, "Medicina Penitenziaria", n°21, 5.
- Ceraudo F. (1993), *La carcerazione-Eventi psicologici*, Atti del I° Congresso Nazionale AMAPI di Psichiatria Penitenziaria, Parma
- Ceraudo F. (1995), *Carcere e salute*, "Medicina Penitenziaria", n° 24, 67.
- Ceraudo F. (1996), *Il suicidio in carcere*, "Medicina Penitenziaria", n° 27.

- Ceraudo F. (1997), *La pena e la salute in carcere alla ricerca di un sostanziale equilibrio*, "Archimedia", Pisa, 1997.
- Ceraudo F. (1998), *Principi fondamentali di medicina penitenziaria*, "Archimedia", Pisa, 1988.
- Cesa-Bianchi M., Belloni M. (1982), *Profili di intervento dello psicologo nell'esecuzione penitenziaria*, in *Alternative alla detenzione e riforma penitenziaria*, a cura di V. Grevi, Zanichelli, Bologna.
- Chemello G. (2005), *Carcere e dipendenze: tra esperienza e ricerca*, Regione del Veneto.
- Cipolla C. (a cura di) (2004b), *Manuale di sociologia della salute. II. Ricerca*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2005), *Manuale di sociologia della salute. III. Spendibilità*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (1997), *Epistemologia della tolleranza*, 5 voll., FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (2007b), *Come studiare una società di "drogati" e per quali sostanze psicoattive?*, "Salute e Società", a. VI, Suppl. al n. 2, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (2007c), *Il consumo di sostanze psicoattive in Europa ed il loro significato per il soggetto fruitore*, "Salute e Società", a. V, n. 2, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (1998), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2000), *Principi di sociologia*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2004a), *Manuale di sociologia della salute. I. Teoria*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2007a), *Il consumo di sostanze psicoattive oggi*, "Salute e Società", a. VI, Suppl. al n. 1, FrancoAngeli, Milano.
- Coco N. (1978), *La "psicologia correzionale" ha un domani?* "Rassegna di Studi Penitenziari".
- Coco N. (1983), *Gli esperti ex. art. 80, IV comma legge 26 luglio 1975, n° 354 e l'obbligo del segreto professionale*, "Rassegna Penitenziaria".
- Conso G. (1995), *La "libertà per AIDS" tra illusioni, sfasature ed equivoci*, in "Diritto penale e processo", Ipsoa, Milano.
- Conso G. (1999), *Manuale di diritto penitenziario*, Giuffrè, Milano.
- Crestani C., Bordignon D. (1986), *Incompatibilità tra condizioni di salute e stato di detenzione. Aspetti giuridici e medico-legali*, "Rivista italiana di medicina legale", VIII, 406.
- D'Ascola N. (2001), *La perizia psichiatrica: risvolti penalistici*, Schenardi C. (a cura di), *Alternative alle istituzioni totali*, Sapere, Padova.
- De Beaumont G., De Tocqueville A. (1883), *Systeme penitentiaire aux Etats Unis et son application en France*, in De Tocqueville A. (1984), *Oeuvres completes*, Tome IV, Gallimard, Paris.

- De Deo A. (1988), *Riflessioni sul ruolo della Medicina Penitenziaria*, "Medicina Penitenziaria", n° 593.
- De Donatis V. (1994), *Rischi inerenti le patologie psichiatriche: atti di auto-lesionismo ed aggressività*, "Medicina Penitenziaria", n°22.
- De Ferrari F. (2003), *Sistema penale e tutela della salute* Giuffrè, Milano.
- De Pietro O., D'Ancora L. (1985), *La compatibilità dello stato di salute con lo stato di detenzione al vaglio del medico legale*, "Medicina Legale: Quaderni Camerti", n° 1, 25.
- De Risio A. (2000), *La rete che cura*, in *Il reo e il folle*, n. 12-13
- Del Re M. (1995), *Infermi che delinquono: quale futuro?* "Rivista di Polizia", n° 289.
- Demori A., Roncali D., Tavani M. (2001), *Compatibilità carceraria, HIV/AIDS e "malattia particolarmente grave"*, Giuffrè, Milano.
- Di Gennaro G., Bonomo M., Breda R. (1976), *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Giuffrè, Milano.
- Di Girolamo F. (1988), *Osservazione e trattamento penitenziario*, "Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria", n° 11, 909.
- Di Tullio B. (1960), *Sulla organizzazione igienico-sanitaria e pedagogica degli istituti penitenziari e sui servizi criminologici penitenziari*, in B. Di Tullio, *Principi di criminologia generale e clinica*, Lombardo Editore, Roma.
- Di Tullio B. (1960), *Trattato rieducativo e recupero sociale dei criminali*, in B. Di Tullio, *Principi di criminologia generale e clinica*, Lombardo Editore, Roma.
- Donati D. et al. (2006), *Doppia diagnosi e programmi terapeutici in ambiente penitenziario*, in "Salute e prevenzione", n. 43.
- DSM-IV (1996), *Manuale diagnostico statistico di disturbi mentali*, American Psychiatric Association, Masson.
- Esposito M. (a cura di) (2007), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, "Salute e Società", Franco Angeli, Milano.
- Fassone E. (1980), *La pena detentiva in Italia dall'800 alla riforma penitenziaria*, Il Mulino, Bologna.
- Fassone E. (1980), *La pena detentiva in Italia dall'Ottocento alla riforma penitenziaria*, Mulino, Bologna.
- Favero O. et al. (2007), *L'inverno del nostro sgomento*, In "Ristretti orizzonti", n. 7 (dic. 2007).
- Ferracuti F. (1956), *Compiti della psicologia penitenziaria*, "La Scuola Positiva", 355.
- Ferracuti F. (1978), *Note sul trattamento psichiatrico dei delinquenti anormali in detenzione*, "Quaderni di criminologia clinica", n. 2, 175.
- Ferracuti F. (1989) (a cura di), *Carcere e trattamento*, "Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense", n°11.

- Ferrajoli L. (2002), *Diritto e ragione*, Laterza, Roma.
- Ferrario G. (2005), *Psicologia e carcere*, Franco Angeli, Milano.
- Fiandaca G., Musco G., *Diritto Penale*, Parte Generale, IV Edizione, Zanichelli, Bologna, 2001.
- Fiorio C. (1993), *Il regime penitenziario per gli ammalati di AIDS fra tutela del condannato ed esigenze della collettività*, in “Giurisprudenza italiana”, Utet, Torino.
- Fiorio C. (1993), *Il regime penitenziario per gli ammalati di AIDS fra tutela del condannato ed esigenze della collettività*, in “Giurisprudenza italiana”, Utet, Torino.
- Fiorio C. (2002), *Libertà personale e diritto alla salute*, Padova, CEDAM
- Fortuna E. S. (1985), *La direzione generale degli istituti di prevenzione e pena tra il movimento per l’attuazione della riforma e i problemi del controllo*, in *Operatori penitenziari e leggi di riforma*, Giuffrè, Milano.
- Francia A. (1992), *L’assistenza psichiatrica come emergenza sanitaria. Stato attuale e prospettive di riforma*, “Rassegna italiana di Criminologia”, 241.
- Gadamer H.G. (1994), *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano.
- Gallo E., Ruggiero V. (1983), *Il carcere in Europa*, Bertani, Verona.
- Gallo E., Ruggiero V. (1989), *Il carcere immateriale*, Ed. Sonda, Milano
- Giberti F., Rossi R. (1983), *Manuale di psichiatria*, Piccin, Padova.
- Giordano P. (2000), *Psicopatologia in carcere e psicopatologia da carcere: quali profilassi, quali terapie?*, in *Il reo e il folle*, n. 15, Es.Ip.So., Firenze.
- Giusti G. (1985), *Formazione criminologica e operatori penitenziari*, “Rivista di Polizia”, 802.
- Giusti G., Bacci M. (1991), *Patologia del detenuto e incompatibilità carceraria*, Giuffrè, Milano, 1991.
- Giusti G.V. (1981), *La gravità delle condizioni di salute del detenuto in attesa di giudizio in relazione con la possibilità di concessione della libertà provvisoria: aspetti medico legali*, “Rivista italiana di medicina legale”, n° 3,709.
- Giusti G.V., Ferracuti F. (1989), *Condizioni psichiche dell’imputato e compatibilità carceraria*, “Rivista italiana di medicina legale”, XI, 590.
- Goldstein N. (1983), *Psychiatry in prison*, in “The Psychiatric Clinics of North America”, VI; n°4, 751.
- Gonin D. (1994), *Il corpo incarcerato*, Gruppo Abele, Torino.
- Grassi G.(2000), *Al prigioniero Zeus toglie metà dell’anima...*, in *Il reo e il folle*, n.15, Es.Ip.So, Firenze, p.25
- Grasso L., Clementi C. (a cura di) (2006), *Fenomeno del burn out tra gli operatori di polizia penitenziaria*, (II)Ministero della Giustizia, Alessandria
- Grazioso M.G. (1993), *Sollicianino, prima esperienza italiana di struttura penitenziaria a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti*, Bion.

- Grevi V. (1981), *Diritti dei detenuti e trattamento penitenziario*, il Mulino, Bologna.
- Grevi V. (1981), *Diritti dei detenuti e trattamento penitenziario*, il Mulino, Bologna.
- Grevi V. (a cura di) (1982), *Indagini sull'attività dell'esperto nella istituzione carceraria in rapporto all'osservazione della personalità dei detenuti*, "Alternative alla detenzione e riforma penitenziaria", Zanichelli, Bologna, 93.
- Halleck S. (1978), *La psicoterapia nell'ambiente penitenziario: problemi e prospettive*, "Quaderni di criminologia clinica", 141.
- Hobbes T. (1976), *Leviatano*, VIII, La nuova Italia, Firenze.
- Introna F. (1996), *I diritti del malato di mente, ovvero il malato di mente nel diritto*, "Criminologia, psichiatria forense e psicologia giudiziaria", Delfino Editore.
- Jervis G. (1980), *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano.
- Jervis G. (1997), *La responsabilità dell'assistenza psichiatrica: un breve commento*. "Il reo e il folle", n° 3, 24.
- Lattanzi G. (1995), *Il trattamento penale delle persone affette da HIV/AIDS: aspetti critici e prospettive di riforma*, in *Diritto penale e processo*, Ipsa, Milano.
- Legendre C. (1989), *Un lieu paradoxal d'effets thérapeutiques: le milieu pénitentiaire*, "L'evolution Psychiatrique", 54.
- Lex M. (1994), *Rapporto studio dal carcere sul carcere con particolare riferimento all'area sanitaria vista da uno dei maggiori penitenziari del Centro-Nord*, Firenze.
- Lex M. (1994), *Rapporto studio dal carcere sul carcere con particolare riferimento all'area sanitaria vista da uno dei maggiori penitenziari del Centro-Nord*, Firenze.
- Libianchi S. (1994), *Carcerazione quale riabilitazione? L'esperienza di Rebibbia*, Boll. Farmacodip. e alcoolis., XVII (2).
- Licciardello O. (1989), *Ruolo e possibilità operative dello psicologo all'interno del carcere*, "Rassegna penitenziaria e criminologica", 673.
- Magliona B., Pastore M. (1992), *Tutela della salute dell'imputato e potere cautelare: dalla nozione di incompatibilità al concetto di intrinseca gravità (parte II)*, "Rassegna italiana di criminologia", 103.
- Magliona B., Sarzotti C. (a cura di) (1996), *La prigionia malata. Letture in tema di AIDS, carcere e salute*, L'Harmattan, Torino.
- Malagoli Togliatti M., Mazzoni S. (1993), *Maternità e tossicodipendenza*, Giuffrè, Milano.
- Manacorda A. (1983), *Infermità mentale, custodia e cura alla luce della recente giurisprudenza costituzionale*. "Foro italiano", I, 293.
- Manna A. (1994), *Il trattamento sanzionatorio del malato di mente autore di reato e le prospettive di riforma*, "Rassegna italiana di Criminologia", 269.

- Mantovani F. (1984), *Il problema della criminalità*, Cedam, Padova.
- Mantovani F. (1992), *Diritto penale*, parte generale, III ed., Cedam, Padova.
- Marasco M., D'Agostino L., Corsi R., Rinaldi R. (1991), *Il Trattamento sanitario obbligatorio del malato di mente in Italia: intervento terapeutico o misura di protezione dell'allarme sociale?* "Jura Medica", n° 2, 195.
- Marasco M., Ferracuti F. (1990), *Revisione del concetto di "personalità psicopatica" alla luce del DSM III-R e dei nuovi orientamenti della psichiatria nell'ambito penitenziario*, *Zacchia: archivio di medicina legale*, 9.
- Margara A. (1982), *Manicomi giudiziari: ipotesi di superamento*, Firenze,
- Margara A. (1988), *Le tipologie giuridiche dell'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario e i loro presupposti*, in A. Manacorda (a cura di), *Folli e reclusi*, La Casa Usher, Perugia.
- Margara A. (1995), *Memoria di trent'anni di galera. Un dibattito spento, un dibattito acceso*, in "Il Ponte", nn. 7-9, 129.
- Marotta G. A. (1984), *L'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari*, in "Rassegna italiana di criminologia".
- Marotta G. A. (1989), *Donne, criminalità e carcere*, Euroma.
- Marroni A. (2007), *Attività del Garante dei diritti dei detenuti della Regione Lazio in tema di salute dei detenuti*, in Esposito M. (a cura di), *Malati in carcere*, FrancoAngeli, Milano
- Mellina S. (1992), *Problemi antropologici posti dalle lunghe detenzioni. Psicopatologia della cultura della custodia*, *Dei delitti e delle pene*, n° 1, 89.
- Melossi D., Pavarini M. (1977), *Carcere e fabbrica. Alle origini del sistema penitenziario*, Bologna, Il Mulino.
- Merzagora Betsos I. (1997), *Cocaina: la sostanza, i consumatori, gli effetti*, FrancoAngeli, Milano.
- Merzagora I. (1995), *Il folle, il mostro, l'esperto*, *Rassegna italiana di Criminologia*, 279.
- Ministero della Giustizia, statistiche, <http://www.giustizia.it>
- Mortati C. (1972), *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in "Raccolta di scritti", III, Giuffrè, Milano.
- Occhionero T. (1993), *Esperienze statistiche in un Istituto ad alta densità di extracomunitari*, "Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria", n° 21, 13.
- Occhipinti M. (a cura di) (2007), *Tossicodipendenza: trasformare l'esperienza del carcere da una "disgrazia" in una possibilità. Il rischio di "dipendenza da carcere"*, In "Ristretti orizzonti: Periodico di informazione e cultura dal Carcere Due Palazzi di Padova", n. 2

- Orsenigo A. (2007), *Tra coazione e cura. Quale trattamento delle dipendenze patologiche nel sistema penitenziario?* In “Animazione Sociale: Mensile per gli operatori sociali”, n. 4
- Pancheri P. (1980), *Stress, emozioni, malattia*, Milano.
- Panunzio S. P. (1979), *Trattamenti sanitari obbligatori e Costituzione*, in “Diritto e Società”, Cedam, Padova.
- Park R. E., Burgess E. W. (1924), *Introduction to the science of Sociology*, The University of Chicago Press., Chicago.
- Pavarini M. (1995), *Il carcere insicuro*, Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria, n° 24, 71.
- Pennisi A. (2002), *Diritti del detenuto e tutela giurisdizionale*, Giappichelli Editore, Torino.
- Piperno A. (1989), *La prisonizzazione: teoria e ricerca*, in “Carcere e trattamento”, n.11.
- Piro A., Valitutti C. (2000), *Psicopatologia a confronto. Carcere e territorio*, in *Il reo e il folle*, n. 15, Es.Ip.So., Firenze.
- Polillo R. (1999), *Le garanzie di equità della salute per la popolazione detenuta*, in convegno “Il servizio sanitario nazionale per la salute dei detenuti. Una legge da applicare”, consultato in data 17 maggio 2011 nel sito: issuu.com/rivistacriminale/docs/carcere_salute
- Ponti G. (1988), *Le psicosi carcerarie*, in *Principi fondamentali di Medicina penitenziaria*, Giuffrè, Milano.
- Ponti G., Merzagora I. (1993), *Psichiatria e giustizia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ponti G.L. (1989), *Le psicosi carcerarie*, Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria, n° 2, 850.
- Ramacci F. (1992), *Istituzioni di diritto penale*, seconda edizione, Giappichelli, Torino.
- Raspa G. (1995), Presentazione del lavoro scientifico: “Trauma da ingresso in carcere”, *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n°26, 8.
- Reale G. (1999), *Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da omero a Platone*, Cortina, Milano.
- Regione Emilia Romagna, *Monitoraggio regionale sull’attuazione del DPCM 1° aprile 2008: “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”*, licenziato dall’Osservatorio Permanente nell’incontro del 23/07/2010
- Ricci P., Venditto M., Ferrari M., (1997), *I trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale: ancora qualche osservazione in tema di responsabilità penale dello psichiatra*, “Rassegna italiana di Criminologia”, n° ultimo, 95.
- Rizzo R. (1987), *Suicidio e tentato suicidio in carcere*, *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n°8, 27.

- Rocco P.L. (1990), *Il ruolo della psicologia medica nelle situazioni d'urgenza in carcere*, "Principi fondamentali di Medicina penitenziaria", n°15, 31.
- Roger H. (2005), *Substance Abuse Treatment*, US Department of Health and Human Services, Rockville.
- Russo G. (1987), *Infermità di mente e pericolosità sociale*, "Rivista italiana di medicina legale", IX, n°3, 736.
- Russo G. (1989), *Il trattamento del malato di mente autore di reato*, "Rivista italiana di medicina legale", XI, 525.
- Santoro E. (1997), *The Prison Community*, "Carcere e società liberale", Giappichelli, Torino.
- Savoia A., Fratantonio G. (1978), *Il fenomeno della violenza nelle carceri*, "Rassegna di Studi Penitenziari", 147.
- Scardaccione G. (1978), *Alcune considerazioni criminologiche sul trattamento come previsto dalla legge 26 luglio 1975, n. 354*, "Rassegna di Studi Penitenziari", 359.
- Selmini R., (1994), *L'origine, lo sviluppo e gli esiti del processo di responsabilizzazione dei malati di mente autori di reato*, "Dei delitti e delle pene", n° 2, 29.
- Serra C. (1994), *Il Castello, S. Giorgio e il Drago*, Edizioni Seam, Roma.
- Sica G., Cicconi P.M. (1992), *Funzioni sanitarie e trattamentali nell'ambito delle istituzioni penitenziarie*, "Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria", n° 19, 36.
- Solivetti L. (1983), *Società e risocializzazione: il ruolo degli esperti nelle attività di trattamento rieducativo*, "Rassegna penitenziaria e criminologica", 259.
- Speziale Bagliacca R. (1984), *Matti da imprigionare*, "Difesa penale", III, supplemento al n° 5, 59.
- Starnini S. (1997), *L'ospedale psichiatrico giudiziario: l'isola che non c'è*, "Il reo e il folle", n° 2, 36.
- Tantalo M., Colafigli A. (1995), *Controllo o trattamento del reo malato di mente. Riflessioni critiche sul sistema giudiziario italiano*, "Rassegna italiana di Criminologia", 565.
- Testoni I. et al. (2006), *Motivazione all'astinenza: conflitto sociale tra fiducia e logica punitiva* in *Ecologia della mente*, n. 1, pp. 34-47
- Ugolini P. et al. (2008), *Sbarreaperte*, In "Sestante", n. 28
- Valentini D. (1996), *I trattamenti e gli accertamenti sanitari obbligatori in Italia*, Piccin, Padova.
- Valia D. (1999), *I diritti del recluso*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica".
- Valitutti C. (1997), *Dubbi di confine*, "Il reo e il folle", n° 2, 112.
- Valitutti C. (1997), *Il ricovero psichiatrico in carcere: analisi di un'esperienza*, "Il reo e il folle", n° 4, 260.

- Vassalli G. (1988), *Funzioni della pena*, “Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria”, n. 2, 857.
- Verdolini V. (2007), *La salute incarcerata: analisi comparata di modelli di sanità penitenziaria*, in Esposito M. (a cura di), *Malati in carcere* “Salute e Società”, Franco Angeli, Milano.
- Vincenzi A.D. (1983), *Tutela della salute e libertà individuale*, in “Trattamenti sanitari tra libertà e doverosità”, Napoli.
- Young A. (1996), *Imagining Crime*, Sage, London.
- Zucchetti A. (1995), *I Servizi sanitari*, Giuffrè, Milano.
- Zuffa G. *et al.* (2008), *I servizi per le dipendenze patologiche*, in “Salute e Territorio”, n. 167.