



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI
FACOLTÀ DI GIURISPRUDENZA

DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE GIURIDICHE
XXX CICLO

Carcere e Salute.

**Un'indagine sulla sanità penitenziaria
tra Sardegna e Lombardia**

Tutor: Prof. Gian Paolo Demuro

Co-Tutor: Prof. Alvisè Sbraccia

Candidata: Carlotta Cherchi

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO UNO. IL CARCERE COME ORGANIZZAZIONE BUROCRATICA	12
I.I BREVI CENNI IN MATERIA DI SOCIOLOGIA DELL'ORGANIZZAZIONE	12
I.II L'INDIVIDUO E L'ORGANIZZAZIONE: QUALI INFLUENZE?	20
I.III REGOLE E DISCREZIONALITÀ	26
I.IV IL FINE DELL'ORGANIZZAZIONE	32
I.V POTERI E VIOLENZE	42
I.VI IL MUTAMENTO	46
CAPITOLO DUE. RIFLESSIONI SUL RUOLO ATTUALE DELLA MEDICINA	52
II.I BREVI CENNI SUL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE: STORIA E ORGANIZZAZIONE	52
II.II DISUGUAGLIANZE E SALUTE	63
II.III ALCUNI CONTRIBUTI SOCIOLOGICI SULLA MALATTIA	76
II.IV MEDICINA E MEDICALIZZAZIONE	91
CAPITOLO TRE. LA DIMENSIONE GIURIDICA DELLA SALUTE IN CARCERE	100
III.I LA TUTELA DELLA SALUTE NELLA LEGGE 354 DEL 26 LUGLIO 1975	100
III.II IL TRASFERIMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA DEL DETENUTO DAL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	114
III.III LA TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE NELLA GIURISPRUDENZA DELLA CORTE EUROPEA DEI DIRITTI DELL'UOMO	122
III.IV BREVI CENNI SUI RIMEDI PREVENTIVI E COMPENSATIVI INTRODOTTI DOPO LA SENTENZA TORREGGIANI	134
CAPITOLO QUATTRO. SGUARDI DA DENTRO	145
IV.I METODOLOGIA DI RICERCA	145
IV.II LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DETENUTA	153
IV. III "DETENUTI NESSUNO": TOSSICODIPENDENTI E STRANIERI	173
IV.III.I LA TOSSICODIPENDENZA IN CARCERE	174
IV.III.II LA POPOLAZIONE STRANIERA IN CARCERE	177
IV.IV L'ASSETTO ORGANIZZATIVO	184
IV.V COMPETENZE E RAPPORTI TRA STRATI	191
IV.VI TURN-OVER E PRECARIETÀ DEGLI OPERATORI SANITARI	200
IV.VII IL RAPPORTO TRA MEDICO E PAZIENTE	207
CONCLUSIONI	217
BIBLIOGRAFIA	234
APPENDICE	243

Introduzione

Le ricerche empiriche nell'ambito della sociologia carceraria in Italia, se paragonate alla fiorente esperienza di paesi quali gli Stati Uniti, ma anche Francia e Inghilterra, risultano ancora poco numerose¹ (Sarzotti 2007). Le ragioni di questa carenza derivano da molteplici fattori. Tra questi rilevano innanzitutto la tendenza dell'amministrazione penitenziaria a mantenersi impermeabile agli sguardi esterni (Sbraccia, Vianello 2016) e la vocazione degli approcci prescelti nello studio della penalità. In effetti l'analisi del carcere in Italia si è articolata principalmente su riflessioni filosofiche e giuridiche aventi ad oggetto i principi fondativi della detenzione, nelle sue prevalenti articolazioni retributive e riabilitative, e il loro progressivo fallimento alla luce di quanto riscontrabile negli istituti di pena nostrani. Sul punto assumono particolare rilevanza gli studi sulla criminalizzazione dei migranti e sulla carcerazione degli stranieri (Quadrelli 2005, Sbraccia 2007); quelli riguardanti gli alti tassi di recidiva e il loro costante andamento rispetto all'inasprirsi delle politiche penali, con l'evidente corollario dell'inutilità del carcere (Pavarini 1997, 2004) e, più recentemente, le analisi inerenti il sovraffollamento penitenziario, non solo nelle sue conseguenze in termini di violazione dei diritti, ma anche nelle stesse cause generative (Anastasia, 2010; Manconi, Anastasia, Calderone, Resta 2015). In questo quadro non possono non evidenziarsi quali ulteriori cause di questa scarsità di ricerche qualitative inerenti il mondo carcerario, le oggettive difficoltà di carattere organizzativo e metodologico riscontrabili nell'indagare un contesto chiuso come il carcere, nonché la scarsa attendibilità delle statistiche prodotte dalla nostra amministrazione penitenziaria (Sarzotti 2007).

Queste carenze risultano ancora più manifeste se rapportate alle analisi di stampo più spiccatamente giuridico. Raramente emerge infatti la volontà, soprattutto nell'ambito

¹ Per un'analisi esaustiva sui principali contributi nell'ambito della sociologia carceraria cfr. Sbraccia, Vianello 2016.

della scienza penalistica, compresa quella di matrice procedurale, di occuparsi delle questioni inerenti il profilo sanzionatorio. L'approccio prescelto è spesso orientato alla teoria del reato, ai presupposti della responsabilità penale e alle evoluzioni delle politiche penali. Sull'ultima fase di questo articolato processo, ossia il punire, se ne prende spesso atto tralasciando di compiere adeguate indagini sulla concretezza del suo manifestarsi (Pulitanò 2016). Al contrario riteniamo che gli studi ibridi, a cavallo tra diritto e sociologia, basati sulla comparazione tra le statuizioni legislative, le interpretazioni prodotte e il loro dinamismo nella realtà fattuale, consentano di accrescere il patrimonio conoscitivo sul mondo penitenziario in un periodo storico in cui, come il titolo dell'ultimo rapporto dell'Associazione Antigone rileva, "torna il carcere" (Antigone 2017). Nell'accogliere questo monito, non intendiamo certo affermare che del carcere ci eravamo effettivamente liberati, ma piuttosto concentrarci sulle preoccupanti variazioni in aumento dei tassi di detenzione attualmente riscontrabili. In effetti gli ultimi anni si erano caratterizzati per una significativa diminuzione della popolazione reclusa, dato in assoluta controtendenza rispetto alla storia meno recente del penitenziario (Scandurra 2017). Più specificatamente nel 2010 la popolazione detenuta raggiungeva livelli senza precedenti nella storia repubblicana, tanto da indurre le istituzioni a dichiarare lo stato di emergenza per il sovraffollamento penitenziario. Sono stati allora adottati diversi interventi che hanno determinato un calo notevole delle presenze: si è passati dai 68.000 detenuti del 2010 ai 52.000 del 2015. L'ultimo anno si caratterizza invece per una nuova tendenza all'aumento. Dalle 54.912 presenze del 31 ottobre si è passati alle 56.436 presenze del 30 aprile 2017, con una crescita di 1.524 detenuti in un semestre. Si tratta di un incremento di notevole rilevanza, soprattutto se si considera l'accrescimento – seppur più contenuto – del semestre precedente e, di conseguenza, il consolidarsi di questa tendenza e la sua costante accelerazione.

Questo fenomeno si iscrive in un momento storico in cui, nonostante continuino a predominare retoriche securitarie, è riscontrabile una sensibile diminuzione dei reati (Rizzo 2017). Alcuni dati spiegano meglio questa tendenza. Nel 2015 venivano denunciati 2.687.249 reati, contro i 2.812.936 del 2014. Nel 1991 gli omicidi sono stati 1.916, a fronte dei 397 del 2016. Nel giugno del 1991 i detenuti erano però 31.053. Dunque si ammazzava cinque volte di più, ma si finiva in galera due volte di meno (Scandurra 2017). Tra il 2014 e il 2015 diminuiscono altresì tutti i reati che generalmente destano maggior allarme sociale: violenze sessuali (-6,04%), rapine (-10,62%), furti (-6,97%), usura (-7,41%) e omicidi volontari (-15%). Nonostante ciò, se nel 1993 il 31,2% delle famiglie italiane aveva la percezione di vivere in una zona a rischio criminalità, nel 2015 la percentuale è salita al 38,9 % (Rizzo 2017).

L'aumento delle presenze ha ovviamente dei risvolti negativi sulle condizioni detentive. In effetti generalmente un carcere più affollato è anche un carcere in cui aumentano le persone appartenenti alle fasce più marginali, in cui diminuiscono le prospettive e le occasioni di reinserimento, in cui i diritti, primo tra tutti quello alla salute, subiscono delle ulteriori compromissioni. Proprio la progressiva degradazione dei diritti è confermata dall'aumento dei tentati suicidi e dei gesti di autolesionismo che, ad oggi, sembrano modulare la comunicazione tra custode e custodito, imponendosi come una delle forme prevalenti di rivendicazione (Torrente 2017). In effetti, nonostante sia riscontrabile una diminuzione dei tassi di suicidio, che comunque continuano a rappresentare almeno un terzo delle cause di morte, è ancora constatabile un'alta incidenza dei tentativi. Questa circostanza ci induce a ritenere che l'attenzione rivolta alla prevenzione di questo fenomeno non stia comportando tanto un innalzamento del livello di benessere, ma piuttosto che stia funzionando nella gestione dell'immediato, quale mero intervento attualistico per evitare l'evento infausto (Manconi, Torrente 2015). Ancor più rilevante il dato sull'incidenza

dell'autolesionismo: nell'ultimo biennio i casi di autolesionismo raggiungono quasi le 90.000 unità, attestandosi su cifre sconosciute in tutta la storia repubblicana (Torrente 2017).

La criticità dei dati sopra richiamati impone una rinnovata attenzione e riflessione critica sul mondo penitenziario e sulle sue variegate articolazioni. Obiettivo del presente lavoro è pertanto quello di ricostruire l'implementazione della disciplina sul passaggio di competenze nella sanità penitenziaria attraverso la percezione che di essa hanno gli operatori sanitari a vario titolo coinvolti nell'erogazione di prestazioni sanitarie in carcere. In tal modo non pretendiamo certo colmare le lacune della ricerca sociologica sul tema. Più semplicemente intendiamo fornire qualche spunto conoscitivo in più sul tema, attraverso il filtro di professionisti che si collocano in una via mediana tra l'interno e l'esterno dell'istituzione (Sarzotti 2007). Proprio questa sostanziale ambivalenza del personale sanitario rende, a nostro avviso, particolarmente interessanti la sua analisi del contesto carcerario e il potenziale innovativo racchiuso nel suo operato.

Come sopra chiarito, la ricerca ha ad oggetto l'implementazione della riforma sulla sanità penitenziaria, e di conseguenza il livello di tutela della salute garantito, secondo la percezione che di essa hanno gli operatori sanitari. In effetti crediamo che la degradazione del diritto alla salute in carcere (Baccaro 2003), causata dalla componente afflittiva della detenzione e implicitamente acuita dalla marginalità sociale della popolazione reclusa, imponga al ricercatore di valorizzare costantemente, tra i vari elementi, la portata dinamica dello stesso. Preso atto che, a livello sostanziale, il benessere della popolazione detenuta viene garantito in maniera residuale – cosa peraltro riscontrabile anche all'esterno con riferimento a classi sociali marginali – riteniamo necessario concentrarci sulla tutela concreta dello stesso, ovvero sulle modalità di accesso alle cure, sull'erogazione di prestazioni, sulla costruzione di

percorsi di presa in carico, sul monitoraggio e sulla prevenzione dei fattori di rischio. Crediamo in effetti che, con tutte le criticità insite nell'affrontare questo tema, non si possa perdere di vista il fatto che la salute, seppur compressa, rappresenti il presupposto per l'esplicarsi di un tentativo di umanizzazione della pena. Detto altrimenti riteniamo che il diritto alla salute, tanto in carcere, quanto nella realtà esterna, vada interpretato come diritto ad ottenere che vengano predisposte le precondizioni, innanzitutto di carattere sanitario, per il dispiegarsi delle opportunità di vita di ciascuna persona (Esposito 2007).

In questo quadro, la riforma introdotta dal decreto legislativo 230 del 1999, e compiutamente attuata con il d.p.c.m del 2008, ha il pregio di scalfire un'antica concentrazione sulla medesima istituzione del potere di punire e allo stesso tempo di curare. L'obiettivo non è certo quello di rilevare acriticamente la distanza tra quanto sancito formalmente dal legislatore e quanto effettivamente implementato nella realtà carceraria. Siamo coscienti che, per qualsiasi operatore del diritto, questa discrasia rappresenti un dato pressoché connaturato nella natura stessa delle norme. Riteniamo tuttavia importante colmare questo distacco attraverso i contenuti emergenti dalle prassi organizzative e dalle esperienze dei singoli professionisti chiamati ad amministrare il benessere della popolazione reclusa.

Siamo altresì coscienti delle criticità, inerenti tanto il mandato, quanto l'attuale assetto, dell'organizzazione sanitaria. Ciò nonostante crediamo che riconoscere alla stessa un ruolo esclusivo nella gestione della salute in carcere rappresenti, già sul piano simbolico, un importante elemento di innovazione che necessita di essere compiutamente analizzato.

Non si tratta certo di una tendenza isolata. In effetti questa riforma si inserisce in più ampio processo di esternalizzazione che ha riguardato il carcere negli ultimi decenni. Ci riferiamo all'ingresso riguardante dapprima i servizi per le tossicodipendenze, al ruolo

di spicco progressivamente riconosciuto ad enti e associazioni private nell'elaborazione di percorsi trattamentali e, più recentemente, ai cambiamenti intervenuti nella gestione dell'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna. Nonostante ciò, a nostro avviso, l'ingresso dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso ha in sé un potenziale di cambiamento e contemporaneamente di criticità senza precedenti.

Il carcere continua a configurarsi come un'organizzazione di stampo eminentemente burocratico, in cui la rigidità rispetto all'esterno, l'assetto fortemente gerarchico, le forme di esercizio del potere, la discrezionalità e l'informalità delle pratiche rendono spesso utopico l'innescarsi di seri processi di riforma. L'alto livello di burocratizzazione in effetti sembra ancora configurarsi come legittimazione di una sorta di ordine preconstituito, acriticamente accettato, senza considerare che è proprio sullo stesso che si snoda una delle forme di violenza esercitate in carcere (Torrente 2016). Il formalismo organizzativo, basato su tempi di decisione ampi e procrastinabili, sull'utilizzo della copertura delle norme quale predominante giustificazione, sul rendere oscuro e allo stesso tempo negoziabile secondo il livello di disciplinamento il processo che lo governa, rappresenta una delle tante modalità di de-responsabilizzazione e infantilizzazione tipiche delle istituzioni chiuse (Goffman 1961). Proprio questa configurazione del penitenziario ci ha indotto a riflettere criticamente sul suo funzionamento attraverso il filtro degli studi sulle organizzazioni (tra gli altri Bifulco 2002, Crozier 1969, Etzioni 1967, Merton 1966, Selznick 1957). La valorizzazione di questo approccio teorico ci ha consentito di mettere in evidenza innanzitutto come l'alta burocratizzazione del penitenziario sia una delle motivazioni su cui si basa la sostanziale incapacità del sistema di correggersi in funzione dei suoi errori e che, anzi, proprio le disfunzioni siano una delle caratteristiche essenziali del suo equilibrio. Tuttavia, sotto altra prospettiva, il carcere – come qualsiasi altra organizzazione complessa – non può certo definirsi del tutto impermeabile rispetto ai condizionamenti,

anche legislativi, provenienti dalla realtà esterna. Questa incidenza non può che comportare delle trasformazioni negli assetti sino a quel momento esistenti. In effetti, come chiarito da Crozier (1969), è proprio nelle forme di reazione al cambiamento e nelle modalità di controllo dei suoi effetti che si cela l'essenza più profonda di qualsiasi struttura organizzativa. In questo senso riteniamo, come daremo conto nel prosieguo, che la riforma della sanità penitenziaria sia in grado di creare i presupposti per l'elaborazione di nuovi schemi d'azione, assetti gerarchici, strutture relazionali capaci di risignificare l'esistente. Risignificazione non scevra di eventuali risvolti negativi che, come già richiamato sopra, possono derivare dall'attuale configurazione dell'organizzazione sanitaria, caratterizzata dal progressivo affermarsi di logiche manageriali e aziendali di gestione della malattia, e da una sempre crescente crisi delle risorse concretamente investite nella sanità (Lega 2013). Ulteriori criticità possono altresì derivare dallo stesso mandato attualmente riconosciuto alla medicina, soprattutto in termini di progressiva medicalizzazione dei bisogni sociali (Ongaro Basaglia 2012). Si tratta di due strutture organizzative il cui accostamento all'interno del carcere può dar vita a mutamenti originali e non sempre univocamente interpretabili. Possono in effetti riscontrarsi finalità elettive più collimanti di quanto non si possa pensare e, al contrario, larghi spazi di conflittualità dettati dalle divergenze dei ruoli e delle modalità operative. In questo quadro rilevano in maniera predominante le componenti etiche e deontologiche del singolo, nonché le sue capacità, soprattutto in termini di precondizioni lavorative, di assumere un ruolo proattivo nel processo di mutamento.

Infine, con riferimento alla struttura del testo, premettiamo che abbiamo tentato di costruire la stessa sulla base delle argomentazioni sopra richiamate. Nel primo capitolo, basandoci sulle riflessioni prodotte nell'ambito della sociologia dell'organizzazione, ripercorriamo le caratteristiche – storicamente determinate – del penitenziario che, a nostro avviso, consentono di interpretarlo quale organizzazione di stampo

eminentemente burocratico. Una volta tracciati i contorni del modello organizzativo di matrice weberiana e le disfunzioni che nel corso del tempo sono state individuate, proponiamo dei percorsi analitici – basati su focus specifici, quali le reciproche influenze tra individuo e organizzazione, le regole e la discrezionalità, il fine organizzativo, l'esercizio del potere, le forme di violenza e il mutamento – utili nell'individuare, da una parte, i fattori che ostano ad una piena attuazione della riforma della sanità penitenziaria e, dall'altra, gli assetti che in virtù della stessa stanno subendo un processo, seppur lungo, di smussamento. Nel secondo capitolo, avendo ormai ripercorso alcuni dei tratti essenziali nel declinare la cultura, le dinamiche e le prassi organizzative del contesto carcerario, tentiamo di procedere ad un iniziale accostamento tra lo stesso e l'organizzazione sanitaria. Come sopra chiarito, riteniamo che anche quest'ultima rappresenti dei livelli di criticità insiti tanto nella sua strutturazione, quanto nel suo mandato. In tal senso intendiamo dapprima ripercorrere, seppur sinteticamente, gli interventi legislativi che nel tempo hanno contribuito a caratterizzare in chiave manageriale il sistema sanitario, concentrandoci altresì sui modelli organizzativi che ne sono derivati. Quanto alle funzioni attuali della medicina, riteniamo invece proficuo, da una parte, valorizzare l'incidenza delle disuguaglianze nel rimodulare lo stato di benessere dell'individuo e, dall'altra, evidenziare il monopolio che caratterizza il sapere medico, non solo nel processo di costruzione di significati e ruoli attorno alla malattia, ma anche nella stessa categorizzazione dei bisogni sociali.

Nel terzo capitolo, avendo ormai chiarito le caratteristiche delle strutture carceraria e sanitaria, procediamo a ricostruire il loro rapportarsi secondo le indicazioni storicamente fornite a livello legislativo e giurisprudenziale. Partiamo pertanto dalle norme che tutelano il diritto alla salute in carcere contenute nell'ordinamento penitenziario, per poi evidenziare le innovazioni introdotte dalla riforma della sanità penitenziaria. Inoltre, considerata l'influenza che negli ultimi anni ha assunto il livello

di tutela sovranazionale, procediamo ripercorrendo alcune delle principali pronunce in materia di salute in carcere assunte dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, per poi concludere con i rimedi che, a fronte delle inadempienze rilevate dai giudici di Strasburgo, sono stati adottati nell'ordinamento interno. Infine, nell'ultimo capitolo, attraverso un costante rimando alla cornice legislativa e teorica disegnata in quelli precedenti, vengono analizzati in chiave critica i dati emersi durante le interviste e gli accessi effettuati negli istituti di pena sardi e lombardi. In una prima fase, dopo aver esplicitato la metodologia di ricerca, tentiamo di definire i contenuti essenziali dello stato di salute della popolazione detenuta, con specifico riferimento alle patologie sovrarappresentate e all'incidenza della marginalità e della detenzione nella costruzione del quadro clinico. Continuiamo poi concentrandoci su due categorie di detenuti, tossicodipendenti e stranieri, le cui condizioni di salute risultano spesso aggravate e nei cui confronti la legge ha imposto ai sanitari di elaborare precisi interventi di presa in carico. Infine concludiamo analizzando la modalità attraverso le quali viene concretamente gestita la salute dei detenuti, concentrandoci sugli assetti organizzativi derivanti dall'applicazione della riforma della sanità penitenziaria, sulle condizioni contrattuali dei sanitari e sulla conflittualità insita nei rapporti tra area custodiale e area sanitaria, nonché tra singolo operatore e paziente ristretto.

Capitolo uno

Il carcere come organizzazione burocratica

Nel presente capitolo cercheremo di ricostruire una cornice teorica, basata principalmente sulle produzioni di matrice sociologica, che ci consenta di approcciare lo studio del carcere quale organizzazione di stampo eminentemente burocratico. Partiremo pertanto dalla concezione classica di stampo *durkhemiano* che, a nostro avviso, riveste ancora una notevole attualità nel mondo penitenziario, per poi proseguire con le riflessioni teoriche successive che, mettendo in evidenza le varie criticità del modello burocratico, consentono di cogliere delle sfumature utili nella comprensione delle dinamiche insite nell'amministrazione della pena. Proprio a partire da queste teorizzazioni, tenteremo di tracciare dei percorsi analitici che ci consentono di individuare i fattori che ostano ad una piena attuazione della riforma della sanità penitenziaria e, sotto altro punto di vista, gli assetti che vengono influenzati – seppur lentamente – dalla stessa. L'analisi si snoderà attraverso la valorizzazione di alcuni focus specifici, quali le reciproche influenze tra individuo e organizzazione, le regole e la discrezionalità, il fine organizzativo, l'esercizio del potere, la violenza e il mutamento.

I.I Brevi cenni in materia di sociologia dell'organizzazione

La storia organizzativa del carcere in Italia, con riferimento agli ultimi decenni, conferma una sorta di “decomplessificazione” interna (Verde 2011), intesa come progressiva delega di funzioni a enti e apparati esterni rispetto all'amministrazione penitenziaria. Questo processo si manifesta con particolare evidenza nei cambiamenti che dapprima hanno interessato la gestione e il trattamento dei detenuti tossicodipendenti e, in un secondo momento, si sono estesi alla sanità penitenziaria nel

suo complesso. In effetti, in entrambi gli ambiti, le competenze spettanti al Ministero di Grazia e Giustizia sono state progressivamente attribuite al Ministero della Salute e alle sue articolazioni territoriali.

Si tratta di una tendenza che può inoltre essere ascritta al ruolo del volontariato in ambito penitenziario e, più in generale, al ruolo di enti e associazioni private nell'elaborazione e nella gestione dei percorsi trattamentali, quale conseguenza della carenza di educatori nell'organigramma di diversi istituti di pena². Un'ultima delega, iniziata gradualmente nel 2015 e compiutasi definitivamente nel 2017, riguarda la capacità di spesa e la gestione dell'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (UEPE), non più sotto la responsabilità del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), bensì sotto la direzione del Dipartimento di Giustizia Minorile e di Comunità (DGMC).

Una conferma di questo fenomeno emerge dall'analisi delle previsioni di spesa del DAP elaborate per l'anno finanziario 2017³. Come puntualmente evidenziato nell'ultimo rapporto di Antigone, quest'anno le risorse hanno subito una contrazione di circa quaranta milioni rispetto al 2016. Dalle singole voci di spesa si evince che l'8,5% delle risorse è destinato ai percorsi trattamentali a favore dei detenuti, a fronte di circa l'80% delle risorse attribuite invece al personale complessivamente inteso, di cui il 70% riguarda esclusivamente i membri del corpo della Polizia Penitenziaria (Brioschi 2017).

Questa progressiva esternalizzazione di funzioni – spesso connessa a esigenze di mera contrazione della spesa, ovvero alla necessità di liberarsi di sfere di competenza che con una certa frequenza sono state oggetto di critica da parte della società civile (Verde 2011) – ha sicuramente il pregio di introdurre nel sistema penitenziario sempre

² Per avere dati precisi sul numero di educatori previsti dalla pianta organica di ciascun istituto e sul numero di educatori effettivamente presenti cfr. Antigone, Osservatorio sulle condizioni di detenzione, consultabile all'indirizzo http://www.associazioneantigone.it/osservatorio_detenzione/ (ultimo accesso 2 luglio del 2017).

³ Non si tratta di una tendenza ascrivibile esclusivamente a quest'ultimo anno, anche se è evidenziabile una progressiva riduzione delle risorse destinate al trattamento penitenziario. Ad esempio, nelle previsioni di spesa dell'anno 2014 le risorse erano così suddivise: il 65,4% era destinato alla sicurezza degli istituti penitenziari; il 15,1% per il funzionamento delle strutture e per la strumentazione; il 10,4% per il mantenimento e il trattamento penitenziario dei detenuti; il 6,7% per la direzione, il supporto, la formazione del personale e altri oneri; il 2,5% per l'esecuzione penale esterna (Manconi 2015).

maggiori elementi di innovazione, derivanti dall'immissione nel contesto carcerario di differenziate culture professionali.

Tuttavia non si può non evidenziare come la rigidità organizzativa di cui il carcere si è storicamente dotato, abbinata a una sempre crescente esigenza punitiva (Pulitanò 2016, Torrente 2016), continuano a rendere problematico e a tratti utopico l'innescarsi di un serio processo di cambiamento e di riforma.

Riteniamo che per comprendere tale fenomeno, e in tal senso problematizzarlo, sia utile dotarsi di una piattaforma sociologica che consenta di districare la complessità delle dinamiche organizzative, caratterizzate da un alto livello di burocratizzazione, da differenziati ambiti di esercizio del potere e da una gestione costantemente oggetto di negoziazione e mediazione tra le parti.

Il carcere, inteso quale articolazione statale deputata all'esercizio della potestà punitiva, è una delle organizzazioni moderne⁴ per eccellenza, il cui assetto fortemente gerarchico e regolamentato sembra rispondere con spiccata attualità al modello idealtipico elaborato da Max Weber.

Secondo alcuni, la genesi di tale coincidenza deve essere individuata nelle riforme⁵ che hanno interessato il sistema penitenziario dal 1860 al 1931, le quali erano tese a eliminare le ampie sacche di frammentarietà che in quel momento storico caratterizzavano il territorio italiano. Tale obiettivo è stato perseguito attraverso l'applicazione pedissequa del modello organizzativo ritenuto maggiormente convincente, ossia quello burocratico (Buffa 2013).

⁴ Le organizzazioni, così come la burocrazia, non sono un'invenzione attribuibile esclusivamente alla modernità. Come chiarito da Etzioni (1967), i faraoni si sono serviti di organizzazioni per costruire le piramidi, gli imperatori della Cina se ne sono serviti per costruire i grandi sistemi d'irrigazione su tutto il territorio, così come i primi Papi hanno dato vita alla Chiesa, intesa come organizzazione universale. Tuttavia è evidente che le società moderne si snodano su un numero molto maggiore di organizzazioni, destinate a soddisfare una più ampia varietà di bisogni personali e sociali e a influenzare un maggior numero di individui.

⁵ Ci si riferisce a tutta una serie di interventi legislativi che, a partire dall'Unità di Italia in poi, hanno tentato di ricondurre a sistema la disciplina penitenziaria, incidendo su ambiti quali il trattamento dei detenuti, il personale di custodia, la gestione degli spazi deputati alla detenzione e le competenze ministeriali. Per un dettagliato quadro storico evolutivo delle norme organizzative che si sono susseguite in quegli anni cfr. Parente A., *La chiesa in carcere*, Ufficio Studi Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Roma, 2007.

Effettivamente secondo Weber le organizzazioni che intendono operare in maniera efficace ed efficiente, mantenendo un adeguato livello di razionalità, non possono che svilupparsi come strutture burocratiche. Dunque in questa visione la burocrazia, per quanto oggi si tenda spesso a sovrapporre i piani, rappresenta esclusivamente un modello a cui ciascuna struttura organizzativa dovrebbe tendere.

Le burocrazie si caratterizzano innanzitutto per una rigida strutturazione degli uffici secondo il principio della gerarchia, il cui rispetto deve essere garantito attraverso la predisposizione di appositi meccanismi di controllo e di sorveglianza. Al fine di un corretto funzionamento, rivestono notevole importanza la delimitazione di specifiche aree di competenza, a cui consegue una sistematica suddivisione e standardizzazione del lavoro e dei doveri da adempiere, nonché la predisposizione di regole tecniche e norme tali da eliminare o quanto meno ridurre ai minimi termini le aree di incertezza.

Ulteriori caratteristiche delle strutture così definite sono una sostanziale autonomia organizzativa e chiusura rispetto a forme di controllo esterno, nonché una netta distinzione tra il potere riconosciuto ai funzionari, quali addetti a uno specifico ufficio, e i mezzi impiegati dall'amministrazione. Tutti elementi, eccezion fatta per la rigida suddivisione delle competenze, riscontrabili agevolmente nel contesto carcerario. Riguardo la delimitazione di specifici ambiti di intervento, riteniamo infatti che in carcere le esigenze afferenti all'area custodiale si sovrappongano con una certa frequenza alle altre sfere di competenza, quali la sanità, ovvero la finalità rieducativa, plasmandone le pratiche e rimodulandone gli obiettivi. Si tratta evidentemente di una tendenza che, influenzando negativamente i margini di iniziativa e autonomia dei singoli operatori, può contribuire a confermare la predominanza della dimensione punitiva.

Ciò detto, secondo Weber la burocrazia rappresenterebbe l'unico modello idoneo a rispondere alle esigenze degli apparati amministrativi delle società moderne, sotto una

duplice prospettiva: innanzitutto incarnerebbe la razionalità e la legalità del potere – e del dominio – dello Stato moderno e, sotto altro aspetto, sarebbe adeguata per rispondere alle prerogative di massa e dunque a intervenire su un numero indeterminato di beni e di persone (Bifulco 2012).

Si tratta di un modello che, nonostante continui a caratterizzare molte delle strutture organizzative che ci circondano, soprattutto quelle di rilievo pubblicistico, negli anni è stato sottoposto, almeno dal punto di vista teorico, a differenti critiche. Tali critiche, focalizzandosi sull'impianto teorico razionale e sulla discussione di problemi da esso non contemplati, quali il ruolo dei soggetti, le conseguenze inattese delle loro strategie, i limiti della razionalità organizzativa e le dinamiche di potere, hanno dato vita ad un fecondo sviluppo delle scienze sociali e degli studi organizzativi (Bonazzi 2002).

Gouldner (1959) è tra i primi che, al modello descritto da Weber che, come sopra chiarito, risulta connotato da grande razionalità, dalla presenza di variabili conosciute e controllabili e dall'erogazione di prestazioni regolari e costanti, contrappone un modello "naturale" (Buffa 2013), secondo cui l'organizzazione viene costantemente influenzata dagli attori che vi operano e dall'ambiente in cui è inserita. Tale apertura secondo l'autore consente ai singoli individui di sviluppare strategie di adattamento e di sopravvivenza costantemente rimodulabili.

È tuttavia con Merton, considerato fra i precursori del revisionismo postweberiano (Crozier 1969), che la critica si snoda nel mettere in evidenza i limiti della razionalità organizzativa. L'autore sostiene che le caratteristiche intrinseche al modello burocratico non solo danno vita a fenomeni di alienazione, come già intuito da Weber, ma possono altresì generare processi e conseguenze caratterizzati da profonda inefficienza e irrazionalità.

Secondo il modello weberiano una burocrazia per essere efficiente necessita che gli addetti ai vari uffici si comportino responsabilmente e che aderiscano pedissequamente

ai regolamenti. Tuttavia, tale rispetto incondizionato delle norme conduce ad una loro progressiva assolutizzazione e fa sì che le stesse smettano di essere concepite quali meri strumenti per la realizzazione di determinati scopi. Questo atteggiamento rispetto all'organizzazione ostacola fortemente la pronta percezione e la capacità di adattarsi a situazioni particolari non specificatamente contemplate dai regolamenti. In tal modo si genera quella che Merton (1966) definisce "incapacità addestrata", ossia la condizione in cui le capacità professionali di una persona, strettamente circoscritte a determinate sfere di specializzazione, agiscono quali ostacoli o difficoltà, impedendo che si sviluppi una duttilità sufficiente a rispondere alle esigenze di un ambiente mutato. Un altro aspetto cruciale della struttura burocratica che incide su questa progressiva incapacità di adattamento è la spersonalizzazione dei rapporti, ossia la tendenza a ignorare le peculiarità dei casi individuali a fronte di prestazioni categorizzate e generali.

Con Crozier (1969) l'accento si sposta sulle dinamiche di potere e sulle strategie individuali e collettive. L'autore, al modello meccanicistico tipico delle strutture burocratiche, contrappone un modello strategico, in cui vengono valorizzati e analizzati i fenomeni di potere che si verificano all'interno dei vari livelli gerarchici. Più specificatamente Crozier, dopo aver evidenziato come il principio della *one best way* sia del tutto inapplicabile alla realtà della vita organizzativa e alle esigenze che di volta in volta si presentano, sostiene l'impossibilità di leggere il funzionamento della struttura esclusivamente attraverso la valorizzazione dei rapporti di potere dettati dall'assetto verticistico.

Al contrario, a suo avviso, le dinamiche di potere interessano i vari strati dell'organizzazione e si sviluppano su presupposti non necessariamente coincidenti con il ruolo ricoperto. In tal senso, Crozier ritiene che i membri dell'organizzazione, qualunque sia il livello gerarchico in cui sono inseriti, hanno potere su altri membri tutte le volte in cui il comportamento dei secondi è strettamente condizionato da norme e

regolamenti, mentre quello dei primi è maggiormente svincolato. Ciò significa che la prevedibilità dei comportamenti, simbolo di razionalizzazione intrinseca e caposaldo della struttura burocratica classica, si trasforma in una prova irrefutabile di inferiorità. Il potere in questo quadro diviene dunque capacità di agire e manovrare le aree che sfuggono alla normazione, altrimenti dette aree di incertezza.

Da tale situazione tenderanno così a svilupparsi costantemente due forme di potere: il potere dell'esperto, ovvero il potere di cui un individuo dispone per la sua abilità di controllare determinate fonti di incertezza che potrebbero pregiudicare il funzionamento dell'organizzazione, e il potere gerarchico funzionale, riconosciuto a determinati membri in virtù del ruolo ricoperto e finalizzato a controllare il potere dell'esperto (Crozier, 1969 p. 183).

Anche Etzioni (1967) si concentra sulle riflessioni di Weber inerenti il potere e l'autorità, quali componenti imprescindibili per garantire la sopravvivenza dell'organizzazione. Nell'opera di Weber l'autorità designa la combinazione tra potere, inteso come capacità di indurre gli altri ad obbedire, e legittimazione, intesa come accettazione dell'esercizio del potere in quanto aderente al sistema di valori collettivi. Weber delinea tre forme di autorità: quella tradizionale, basata su un'obbedienza aprioristica, quella carismatica, in cui il rispetto degli ordini avviene per l'influenza della personalità dei superiori, e quella burocratica, che si esplica tutte le volte in cui i soggetti accettano il potere altrui perché in accordo con un sistema di norme astratte che considerano legittime. Quest'ultima forma di autorità è l'unica idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza delle strutture organizzative burocratiche. Tale classificazione, oltre a essere applicabile nell'analisi dei rapporti che intercorrono tra i soggetti e i loro superiori in una determinata realtà organizzativa, secondo Weber risulterebbe adeguata per comprendere le differenziazioni tra società e tra semplici unità sociali.

È proprio questa rigida categorizzazione che viene posta alla base della critica elaborata da Etzioni. L'autore sostiene infatti che non sia possibile leggere delle così nette distinzioni tra autorità e strutture sociali/organizzative che ne derivano, essendo le stesse spesso caratterizzate da elementi misti e modificabili nel tempo. Inoltre le doti carismatiche secondo Etzioni, e dunque la capacità di esercitare un potere su altri membri, non riguardano esclusivamente i capi dell'organizzazione, ma possono caratterizzare anche i membri subalterni. In definitiva non è tanto l'autorità burocratica a garantire la sopravvivenza dell'organizzazione, ma piuttosto la capacità dei superiori di esercitare un controllo, fisico, materiale o simbolico sui sottoposti.

Ulteriori processi degenerativi delle strutture burocratiche sono stati esaminati, tra gli altri, da Selznick (1957). Quest'ultimo interpreta l'organizzazione come un Giano bifronte: da un lato questa rappresenta uno strumento indispensabile per raggiungere un determinato obiettivo, ma dall'altro si manifesta come strumento imperfetto capace di deformare lo stesso obiettivo a cui tende. In tal senso, Selznick sostiene che il funzionamento concreto dell'organizzazione sia un'attività necessaria e specializzata da cui spesso deriva l'esigenza di gestire problematiche attraverso soluzioni che possono discostarsi dai fini originari o dichiarati dalla stessa. Il comportamento di routine dei membri è finalizzato alla risoluzione di problemi specifici e al raggiungimento di fini parziali che hanno rilevanza esclusivamente sotto il profilo interno e, considerato che queste attività consumano la maggior parte del tempo dei membri delle organizzazioni, divengono – dal punto di vista del comportamento effettivo – i veri fini dell'organizzazione, sostituendosi a quelli proclamati tali.

Dopo aver chiarito, senza pretese di esaustività, le varie critiche mosse al modello burocratico classico, nei prossimi paragrafi cercheremo di dar forma a delle categorie analitiche, molte delle quali oggetto di studio degli autori sopra richiamati, a nostro avviso utili nella comprensione delle dinamiche carcerarie.

I.II. L'individuo e l'organizzazione: quali influenze?

Come chiarito nelle righe precedenti, è con Crozier (1969) che gli studi sulle burocrazie compiono un passo decisivo. L'autore infatti, concentrandosi sulle strategie individuali e collettive agite dai membri all'interno delle strutture burocratiche, introduce un nuovo modo di interpretare le dinamiche di potere. Si tratta di un passaggio di estrema rilevanza nell'analisi della realtà organizzativa, in quanto consente di introdurre un secondo argomento, secondo l'autore del tutto tralasciato negli studi classici sulle burocrazie, ossia il ruolo che la soggettività riveste nella costruzione e nella definizione delle organizzazioni burocratiche.

Si tratta altresì di un approccio ineludibile per tutti coloro che intendono analizzare le dinamiche carcerarie. In effetti, non si tratta di negare che in carcere siano individuabili delle variabili costanti – quali l'ambiente, le caratteristiche strutturali e, non ultime, le funzioni che, al di fuori delle retoriche istituzionali, riveste – idonee a retroagire inevitabilmente tanto su coloro che subiscono la pena, quanto su coloro che sono chiamati ad amministrarla. Tuttavia riteniamo che un'analisi che non intenda arrestarsi alla declinazione – seppur fondamentale – di un modello istituzionale, non possa prescindere dal riconoscimento e dalla valorizzazione dell'assetto specifico di ciascun istituto penitenziario. Questo fenomeno, altrimenti definito individualismo penitenziario (Buffa 2013), risulta fondamentale nella comprensione e nella declinazione delle caratteristiche gestionali della detenzione. È evidente che in questo paradigma giocano un ruolo fondamentale la personalità e la cultura professionale di quanti all'interno del carcere, in virtù della posizione di vertice ricoperta e della struttura gerarchica a cui afferiscono, sono in grado di plasmare e rimodulare costantemente la concreta applicazione di norme e regolamenti.

Si tratta pertanto di declinare il complesso rapporto tra soggettività, intese singolarmente ovvero all'interno di determinati comparti, e presunta oggettività

organizzativa. In questo quadro occorre altresì comprendere in che misura, attraverso quali modalità e secondo quali condizionamenti, anche di tipo ambientale, interagiscono gruppi di individui afferenti a strutture gerarchiche differenti.

Si chiarisce sin da ora che non è nostro intento stabilire una linea di demarcazione netta, ma che, al contrario, riteniamo che sia più adeguato allo studio delle dinamiche organizzative privilegiare una declinazione dei due aspetti mista, fluida e costantemente modificabile. Bonazzi (2002) ad esempio, nel ripercorrere la letteratura esistente sul tema, giunge alla conclusione che, se da un lato è necessario svincolarsi dall'idea di organizzazioni immanenti che raccolgono soggetti privi di *agency*, poiché al contrario sono i membri delle stesse che contribuiscono costantemente a plasmarle con le loro percezioni e le loro pratiche, dall'altro la realtà organizzativa non può essere oggetto di un' indefinita modifica.

Detto altrimenti l'autore ritiene che l'ambiente retroagisca prepotentemente sui soggetti che lo hanno forgiato, li obbliga a prendere atto dei suoi limiti e ad agire di conseguenza. È evidente che posta in questi termini la questione circa la prevalenza della soggettività ovvero dell'oggettività delle organizzazioni appare irrisolvibile. Riteniamo comunque opportuno ripercorrere alcuni dei contributi in materia.

Tra i contributi più datati è possibile annoverare la scuola delle Relazioni Umane, nata negli Stati Uniti come reazione alla teoria classica delle organizzazioni, altrimenti detta teoria della direzione scientifica. Quest'ultima corrente, sviluppatasi principalmente sull'analisi delle dinamiche inerenti le fabbriche e, solo in via residuale, l'amministrazione pubblica, si basa su una concezione strettamente formale dell'organizzazione, in cui per garantire un più alto livello di efficacia ed efficienza devono essere assicurate una rigida gerarchia di autorità, un'accurata divisione del lavoro e la presenza di operai altamente specializzati, la cui motivazione dev'essere

costantemente tenuta viva attraverso ricompense di carattere meramente economico (Etzioni 1967).

Al contrario, l'indirizzo delle relazioni umane⁶, pur indagando lo stesso campo d'analisi, pone un accento specifico sugli aspetti emotivi e non prevedibili del comportamento organizzativo. Vengono quindi studiati fenomeni quali l'amicizia, la solidarietà e il formarsi di gruppi tra i lavoratori e le loro ripercussioni sulla determinazione del livello di produzione della fabbrica. Sulla base di queste tematiche è stato dunque elaborato il concetto di organizzazione informale, in cui si valorizzano le relazioni che si sviluppano tra gli operai e gli impiegati al di là di quelle previste dalla struttura sociale, nonché le conseguenze che tali relazioni producono nella determinazione delle dinamiche organizzative. Si tratta di un approccio che, per quanto abbia il merito di mettere in luce l'importanza delle dinamiche sociali all'interno di una struttura organizzativa quale la fabbrica, non sembra ancora idoneo a svelare il reale contributo delle soggettività nella modulazione della realtà organizzativa.

Gli autori che più recentemente sostengono la predominanza delle soggettività nella definizione dell'organizzazione prediligono una lettura interazionista sulla cui base i soggetti, attraverso un costante scambio di percezioni, contribuiscono a plasmare l'assetto e le pratiche della struttura di cui fanno parte (Bifulco 2002). In tal senso, la riforma della sanità penitenziaria, attraverso un progressivo potenziamento dell'equipe sanitaria, e attraverso l'individuazione di figure prima sconosciute, quali i direttori sanitari e i coordinatori infermieristici, incide fortemente sugli equilibri preesistenti. Come vedremo nel prosieguo, non si tratta certo di una tendenza univoca: esistono in effetti assetti che potrebbero essere cristallizzati dall'intervento medico, soprattutto per

⁶ La maggior parte dei fondamenti di tale indirizzo derivano da una serie di esperimenti condotti nelle fabbriche statunitensi. Il primo studio venne effettuato a Chicago, negli stabilimenti della Western Electric Company dal 1927 al 1932. Attraverso una serie di esperimenti incentrati sull'analisi dell'influenza dei fattori fisici nella determinazione di maggiori o minori livelli di produttività degli operai, i ricercatori scoprirono che in realtà il rendimento era fortemente influenzato da fattori sociali, quali il livello di soddisfazione psicologica, i modelli di interazione sociale e i cambiamenti intervenuti tra i gruppi. Per una dettagliata analisi cfr. Etzioni (1967).

quanto attiene al rapporto con il paziente detenuto, e altri su cui al contrario l'esercizio di forme di contropotere potrebbe creare nuove forme di assestamento.

Tra i vari contributi merita di essere citata la produzione di Weick (1997) che, abbracciando la prospettiva che intende l'organizzazione come processo, ci invita a spostare l'attenzione dall'organizzazione come struttura alla pratica dell'organizzare: dunque da entità e realtà prestabilite ad azioni e processi che plasmano l'organizzazione e l'ambiente. In questa ricostruzione i concetti di attivazione e creazione di senso sono inestricabilmente intrecciati tra loro. Weick interpreta l'attivazione come processo attraverso il quale gli attori organizzativi, attraverso le loro azioni e interazioni, si dotano di una serie di significati condivisi e di una realtà organizzativa, o di un ambiente, che altro non è se non il frutto di tali interazioni. L'attivazione è dunque un processo finalizzato alla creazione di senso e alla costruzione di un ambiente in cui gli attori organizzativi agiscono e al quale successivamente rispondono.

Sotto altro punto di vista, questo processo risponde ad esigenze di selezione e di riduzione dell'ambiguità, attraverso l'utilizzo di cornici, o mappe cognitive, in cui si radicano i significati elaborati, condivisi e selezionati nel tempo dagli stessi attori organizzativi (Ibidem). Dunque questi schemi cognitivi, che possono essere preservati o modificati attraverso le interazioni e le esperienze organizzative, concorrono a determinare le pratiche dei membri dell'organizzazione e gli effetti che ne scaturiscono.

La creazione di senso e l'elaborazione di mappe cognitive non attengono tanto a una facoltà mentale di riflettere su una data realtà, ma piuttosto si configurano anch'esse come prodotto dell'interazioni tra soggetti, dei significati che le guidano e delle realtà che derivano da tale combinazione.

Il noto esperimento condotto da Rosenhan (1973) su alcuni ospedali psichiatrici americani ci aiuterà a definire meglio questa impostazione. Sinteticamente Rosenhan, convinto dell'impossibilità di effettuare una diagnosi esclusivamente sulla base di dati

obiettivi, decise di verificare se il personale sanitario avrebbe scoperto l'intento simulatorio di un campione di persone "sane" – senza diagnosi attuale o anamnesi di disturbi psichiatrici – ricoverate presso ospedali psichiatrici. Le otto persone selezionate si presentarono presso differenti ospedali psichiatrici dichiarando di "sentire le voci" e di provare un generale senso di insoddisfazione per la vita. Nel continuo della narrazione fu loro imposto di non alterare le storie personali e di riferirle in modo veritiero tutte le volte in cui se ne fosse presentata l'occasione.

Tutti i simulatori vennero ricoverati presso reparti psichiatrici, sette dei quali peraltro con una diagnosi di schizofrenia. Una volta entrati nei reparti smisero di fingere e si comportarono in maniera del tutto normale e collaborativa. Si servirono di un diario in cui quotidianamente annotavano varie impressioni circa il trattamento loro riservato, ma anche tale attività fu considerata del tutto coerente con la patologia diagnosticata. Nessuno di loro fu mai scoperto e dopo un periodo di degenza variabile dai sette ai cinquantadue giorni, furono dimessi con una diagnosi di "schizofrenia in remissione".

Nonostante gli ospedali psichiatrici rappresentino delle realtà particolari, così come quella carceraria, è evidente che l'esperimento richiamato dimostra ampiamente come il patrimonio cognitivo, prescrittivo e simbolico, quale prodotto dell'interazione tra soggetti e della fissazione di significati condivisi, condizioni fortemente l'operato dei membri dell'organizzazione, facendo sì che nella concretezza delle dinamiche quotidiane il patrimonio sopra citato si auto realizzi, nonostante l'erroneità dei suoi presupposti. In effetti tutto il personale sanitario richiamato, seppur dotato di adeguate competenze mediche, aveva ricondotto tutte le informazioni ricevute a una specifica cornice cognitiva – la diagnosi – facendo sì che questo presupposto si intelaiasse nella realtà del ricovero degli otto pazienti nonostante l'inesistenza dei parametri di riferimento.

Come Rosenhan mette in luce, ci troviamo di fronte a una profezia che si autorealizza, ossia a una definizione – quale appunto la diagnosi – che vera o sbagliata che sia, prende forza nelle interazioni quotidiane, nelle comunicazioni e nelle pratiche, manifestandosi come irrefutabile nelle sue conseguenze⁷. Per riprendere Weick, la diagnosi iniziale si configura quale matrice che conduce i processi organizzativi di attivazione di realtà e ambienti e di creazione di senso (Bifulco 2002).

Coerentemente con questa impostazione, Strati (2004) ha recentemente chiarito che la realtà organizzativa altro non è se non una costruzione sociale e collettiva, costantemente rinegoziata e interagita nelle differenti relazioni che intercorrono tra l'individuo e l'organizzazione.

Contrariamente agli autori sinora citati, altri si concentrano maggiormente sulle modalità attraverso le quali l'organizzazione influenza i modi di pensare e di agire degli individui che la compongono. Come anticipato, Bonazzi (2002) – pur riconoscendo che la realtà si configura come il prodotto del conferimento di senso ai flussi di esperienza – ritiene che un ambiente così attivato sia comunque in grado di retroagire pesantemente sugli individui che lo hanno creato, imponendo loro di riconoscerne i limiti e di comportarsi di conseguenza.

Lo stesso Bonazzi cita il filone teorico dell'istituzionalismo, che pone l'accento sui condizionamenti materiali e simbolici che certe istituzioni esercitano sui comportamenti e sugli orientamenti umani. Anche secondo March e Olsen il contesto in cui viene assunta una specifica decisione impone sulla determinazione della stessa una specifica razionalità (Buffa 2013). I due autori non intendono certo negare che tutti gli attori organizzativi tendono a massimizzare i propri vantaggi, ma evidenziano come certi fattori sono predeterminati dall'istituzione e condizionano i termini della situazione decisionale, imponendosi come vero e proprio schema cognitivo.

⁷ Rosenhan D.L., *On Being Sane in Insane Places*, Science, Vol. 179, 4070, pp. 250–258, 1973.

Tuttavia tale schema viene necessariamente condizionato dalle pressioni e dalle interazioni della quotidianità organizzativa. È evidente allora che la prevalenza sembra un'altra volta propendere per le influenze di carattere soggettivo piuttosto che su quelle di stampo ambientale, seppur nell'ambito di una cornice formale che, per quanto condizionata dai singoli, non può comunque essere annullata.

I.III. Regole e discrezionalità

Nelle organizzazioni meccanicistiche predominano forme strumentali dell'azione di carattere prettamente esecutivo. In effetti in questa tipologia di strutture, almeno a livello formale, l'azione organizzativa si esplica nell'utilizzo dei mezzi necessari per raggiungere degli obiettivi prestabiliti. I mezzi a loro volta sono disciplinati in maniera dettagliata da regole formali, nel caso di procedure burocratiche, e da regole tecniche, nel caso di procedure tayloristiche (Bifulco 2002).

A prescindere dalla natura delle regole, la razionalità di queste organizzazioni è principalmente di stampo esecutivo e, almeno nelle teorizzazioni iniziali, non è previsto alcuno spazio per l'iniziativa individuale, soprattutto di quanti si trovano alla base della struttura gerarchica (ibidem). Tuttavia riteniamo che tale assetto, pensato per garantire l'erogazione di prestazioni standardizzate, non corrisponda in alcun modo al reale funzionamento delle organizzazioni, in cui la cornice normativa non rappresenta altro che uno dei possibili schemi all'interno dei quali agire e orientarsi.

La proliferazione di regolamenti e norme, a cui conseguono altrettante procedure esecutive, è uno dei tratti su cui si è fondata e tutt'ora resiste la critica delle organizzazioni burocratiche. In effetti l'esecutività si configura sovente come ostacolo alla capacità delle organizzazioni di fornire prestazioni sufficientemente adeguate alle esigenze del singolo. Gouldner (Bonazzi 2002) ad esempio evidenzia come le regole, pur rendendo possibile un'attività, finiscono per compromettere una reale partecipazione dei loro destinatari nonché lo sviluppo di comportamenti proattivi e

sufficientemente flessibili. Anche Merton (1966), preso atto che la burocrazia per poter funzionare deve esercitare una costante pressione sui suoi membri affinché siano metodici, prudenti e disciplinati, evidenzia come tale assetto produca forti disfunzioni. Parla a tal proposito di ritualismo, ossia la devozione iperconformista, non necessariamente retta da un'adesione morale, ai regolamenti.

Il burocrate assume un comportamento ritualista tutte le volte in cui investe tutte le sue energie nel rispetto apodittico e pedissequo delle procedure a lui imposte. Scrive Merton, “il formalismo, e in misura maggiore il ritualismo, risultano da un'incontestata insistenza su un'adesione puntigliosa alle regole formali” (Merton 1966, p. 410). In tal modo l'adesione alle regole, concepita originariamente come mezzo per raggiungere determinati obiettivi, diventa fine a se stessa, facendo sì che si sviluppi quel che Merton definisce “trasposizione delle mete”, fenomeno per cui “un valore strumentale diventa un valore finale” (ibidem).

Questo rilievo esasperato di trasposizione delle mete si sviluppa successivamente in estrema rigidità e sostanziale incapacità di adattamento da parte del burocrate. A nostro avviso questo fenomeno può altresì comportare una sostanziale de-responsabilizzazione dei membri dell'organizzazione: questi ultimi infatti, una volta applicate le procedure con una certa conformità e acriticità, non sono chiamati a rispondere degli effetti – voluti o no – derivanti da tale applicazione.

Riteniamo che la trasposizione delle mete analizzata da Merton risulti particolarmente aderente al contesto carcerario: è spesso constatabile per chiunque abbia occasione di travalicare le mura del carcere che l'esigenza di garantire la sicurezza all'interno dell'istituto, intesa come necessità di evitare situazioni di disordine nelle sezioni, ovvero il compimento di gesti auto ed etero aggressivi, pervada con talmente tanta intensità le pratiche della polizia penitenziaria, ma anche della stessa direzione e

del personale sanitario, da divenire interesse e obiettivo primario, a cospetto delle finalità istituzionali della detenzione.

Accade infatti spesso che la “qualità” di un istituto di pena, o quantomeno la sua aderenza a canoni di dignità e umanità, venga valutata non tanto sulla base delle occasioni di reinserimento garantite ai detenuti e dunque sulla capacità di perseguire il fine rieducativo costituzionalmente previsto, ma piuttosto sulla base di indici quali l’assenza di rivolte, scioperi della fame, suicidi, gesti autolesionisti o aggressioni al personale di sezione. Si tratta sicuramente di indici capaci di svelare la qualità delle condizioni detentive, soprattutto in termini di tolleranza e sopportazione da parte della popolazione reclusa, la cui analisi tuttavia non può prescindere da una lettura più ampia che coinvolga ulteriori aspetti, quali ad esempio tassi di sovraffollamento, impiego delle risorse, status giuridico dei detenuti, personale impiegato e progetti attivi, altrettanto idonei a palesare il reale funzionamento dell’istituto.

L’esecutività tipica delle strutture burocratiche produce anche altre tipologie di disfunzioni, spesso di segno opposto rispetto a quelle evidenziate da Merton. Come già accennato, secondo Crozier (1969) le organizzazioni di stampo strettamente esecutivo favoriscono l’insorgere di forme di resistenza di varia tipologia e intensità da parte dei membri che ne fanno parte. La razionalità esecutiva è infatti chiamata a soccombere davanti alle capacità di scelta e di azione dei singoli, i quali elaboreranno tutta una serie di strategie, siano esse individuali o collettive, per manovrare tra gli interstizi di incertezza generati dai regolamenti. L’iper-regolamentazione può dunque condurre a effetti opposti rispetto a quelli desiderati: non la conformità e il rispetto delle regole, bensì una progressiva distanza tra l’organizzazione e i suoi membri, i quali agiranno con la prevalente finalità di aggirare o infrangere le prescrizioni formali.

L’organizzazione rimane pertanto intrappolata in un circuito vizioso che si autoriproduce: le forme di resistenza dei membri spingeranno i vertici ad adottare nuove

prescrizioni che eliminino la situazione iniziale, ma questa proliferazione di norme non farà che accrescere l'intento dei singoli di trovare nuove strategie di elusione, che a loro volta condurranno ad una nuova regolamentazione e così via, con l'effetto finale di una massa indeterminata di norme che immobilizza l'organizzazione e la rende inadeguata a rispondere alle esigenze di una condizione mutata.

Le riflessioni di Crozier ci consentono di concentrarci non solo sulle forme di potere da lui studiate, ma anche sulla discrezionalità che pervade l'applicazione di norme e regolamenti in qualsiasi tipologia di organizzazione. Riteniamo che la discrezionalità, per quanto possa ormai apparire connaturata alla realtà delle pratiche, e non solo di tipo organizzativo, risulti ancora di notevole rilevanza nella spiegazione delle dinamiche carcerarie. Come chiarito nel precedente paragrafo, crediamo che sia fondamentale valorizzare l'assetto specifico di ciascun istituto. Questa operazione non può che concentrarsi, tra i vari fattori, sui margini di discrezionalità che pervadono l'amministrazione della pena. Come recentemente chiarito da Gonnella:

non è la stessa cosa finire in un carcere piuttosto che in un altro. Chiunque abbia a che fare con il diritto sa che la sua capacità d'impatto, positiva o negativa, sull'esistenza delle persone, dipende da chi nelle aule di giustizia, o ancor prima nell'amministrazione quotidiana, dovrà interpretarlo. Le norme in carcere vengono tradotte in ordini di servizio che disciplinano, in senso letterale, la vita dentro. Dagli ordini di servizio trasuda la cultura giuridica e umanistica degli operatori penitenziari. È questa che a sua volta trasforma un istituto di pena in un luogo "normale" oppure "anomalo", in un posto dove la vita segue decisioni ragionevoli o il cui unico senso è quello meramente punitivo. Molto di quello che accade in un carcere, a volte troppo, è affidato alle decisioni discrezionali di chi lo gestisce, tendenzialmente il direttore in sinergia con il commissario di polizia penitenziaria che ha la funzione di comandante di reparto⁸ (Gonnella 2017).

⁸ Gonnella P., *Ogni cella ha la sua pena e a decidere è il direttore*, su Il Manifesto, edizione del 31.5.2017.

L'autore poi si cimenta nell'elencazione di una serie di discrasie tra istituti di pena, del tutto discrezionali, se non addirittura "bizzarre" (ibidem), aventi ad oggetto la gestione dei vari aspetti della quotidianità detentiva, quali ad esempio la possibilità di avere colloqui con familiari e non, di ricevere dei pacchi dall'esterno, la facoltà di leggere un giornale durante le ore d'aria, le modalità di fare la doccia, fino alla gestione delle attività trattamentali e dei benefici per il progressivo reinserimento nella società. In questo quadro riteniamo fondamentale mettere in evidenza che l'ambiente così descritto viene attivato dall'interazione tra appartenenti a strutture gerarchiche differenti la cui sinergia – come definita dallo stesso autore con riferimento alla relazione tra il direttore dell'istituto e il commissario di polizia penitenziaria – può basarsi sulla condivisione di pratiche, obiettivi e strategie d'azione non sempre coerenti con le finalità, parzialmente autonome, riconosciute alle varie figure professionali.

In un altro contributo Gonnella e Anastasia (2005), richiamando ancora una volta il tema della burocrazia nella burocrazia sopra esplicitato, hanno chiarito come la discrezionalità non sia agita esclusivamente dai ruoli di vertice, ma riguardi anche le pratiche della polizia penitenziaria, le cui esigenze di carattere prettamente organizzativo – quali ad esempio la durata dei turni di lavoro – si riflettono sull'organizzazione della vita interna. In tal senso paragonano il carcere, confermando ancora una volta il suo assetto spiccatamente burocratico, agli uffici pubblici degli anni Sessanta, in cui prima di tutto vengono i bisogni del personale di polizia e poi, se collimanti con i loro interessi, troveranno soddisfacimento anche quelli dei detenuti. Questo fenomeno, a nostro avviso, è pacificamente riscontrabile anche con riferimento al personale sanitario. Molti degli operatori, soprattutto tra i medici, vuoi per l'instabilità caratterizzante le forme di assunzione, vuoi per i benefici derivanti da accordi contrattuali pre-riforma – primo tra tutti il regime di compatibilità con altre mansioni esterne – svolgono diversi lavori che impongono una ristrutturazione del

servizio interno calibrata sulle esigenze lavorative del singolo. Si tratta di una serie di evidenze che, per quanto possano apparire di lieve incidenza per un cittadino libero, rivestono un'importanza fondamentale nell'affrontare la quotidianità detentiva, facendo sì che la stessa sia o meno caratterizzata da un ingiustificabile surplus di coercizione e afflittività.

A parere di Lippi e Morisi (cfr. Buffa 2013) il livello normativo è inadeguato ad affrontare le problematiche della realtà organizzativa, poiché coloro che sono chiamati ad emanare norme e regolamenti sono privi di strumenti idonei a prevedere tutte le possibili fonti di ambiguità e incertezza e, in tal senso, a predisporre e regolare delle procedure a priori. Qualsiasi procedimento appare dunque viziato intrinsecamente dai limiti cognitivi di coloro che lo hanno predisposto, generando in tal modo il paradosso già evidenziato da Crozier (1969) per cui un'azione tesa alla regolamentazione non può che aumentare le fonti di incertezza.

Anche Friedberg si concentra su questo paradosso ed evidenzia come tutti i processi che mirano a razionalizzare i problemi, a stabilizzare e guidare i comportamenti organizzativi e, non ultimo, a strutturare l'organizzazione rendendone prevedibile il suo funzionamento, sono chiamati a fare i conti con le difficoltà e le discrasie emergenti dalla loro attivazione (Buffa 2013). Il quadro è dunque costantemente destinato a complicarsi e a caratterizzarsi per ambiguità e incoerenza.

Graeber (2016), in forma quasi provocatoria, esaspera tali disfunzioni e giunge ad ipotizzare che all'interno di qualsiasi sistema burocratico si sviluppi una sorta di cultura della complicità rispetto alla discrezionalità altrui. Ciò secondo l'autore significa che non solo viene concesso a determinati membri di aggirare o infrangere le regole, ma la stessa fedeltà all'organizzazione viene spesso misurata in base a quanto si è disposti a far finta di niente.

In tal senso sarebbe connaturata a qualsiasi struttura burocratica l'esistenza di una sorta di doppia morale, una caratterizzata dalla conformità alle regole, l'altra dal livello di accettazione e di connivenza nell'infrangerle. Tuttavia secondo Graeber questa condizione agevola coloro che ricoprono posizioni di vertice e consente loro di accrescere le loro forme di potere.

Una diretta applicazione della connivenza su pratiche di sospensione, o meglio di annullamento, del diritto è facilmente ricontrabile negli episodi di violenza, per cui pende ancora giudizio, perpetrati all'interno del carcere di Asti da parte degli agenti della polizia penitenziaria tra il 2004 e il 2005: tutte le lesioni provocate ai danni dei detenuti furono refertate dal personale sanitario come causate da "fatti accidentali", quali cadute dalle scale, dal lavatoio o incidenti in cui i detenuti si aulesionavano sbattendo le teste contro armadietti e finestre (Manconi 2015). Riteniamo che questi fatti, non unici nella loro assoluta gravità⁹, non solo provino la complicità tra operatori a vario titolo chiamati ad amministrare la pena, ma dimostrino ancora una volta il rischio che la sanità penitenziaria si configuri quale mero strumento per l'agevolazione o l'occultamento di pratiche di degradazione dello stato di benessere della persona.

I.IV. Il fine dell'organizzazione

In una recente pubblicazione Pulitanò ha dichiarato:

il profilo sanzionatorio è quello cui è meno rivolto l'interesse della dottrina. Ci piace occuparci della teoria del reato, della razionale pesatura dei presupposti della responsabilità sulla bilancia della giustizia. Sull'uso della spada – il punire – prendiamo atto che è decisione politica, e che non disponiamo di criteri assoluti di giustizia. Ci sentiamo a disagio di fronte alla pena detentiva, l'istituto che

⁹ Alcuni gravi episodi di violenza all'interno del carcere sono richiamati in Manconi (2015), *Abolire il carcere. Una ragionevole proposta per la sicurezza dei cittadini*, Chiarelettere; per altri rilevanti dati sugli episodi di morte in carcere e sulle loro cause cfr. *Morire di carcere: dossier 2000-2017. Suicidi, assistenza sanitaria disastrosa, morti per cause non chiare, overdose*, curato dall'associazione Ristretti Orizzonti, consultabile all'indirizzo web <http://www.ristretti.it/> (ultimo accesso 2 luglio 2017).

incorpora più d'ogni altro, nell'orizzonte della nostra modernità, il profilo punitivo di un diritto che si definisce penale (Pulitano 2016, p. 5).

Effettivamente la produzione attuale di stampo più strettamente penalistico tende spesso a concentrarsi sulle retoriche, le pratiche, i profili sostanziali e processuali del reato, dalla sua elaborazione in sede legislativa sino alla sua trattazione nelle aule di giustizia, spesso tralasciando le conseguenze sanzionatorie dello stesso. Riteniamo che questa sostanziale disattenzione sia dettata, da una parte, dal considerare la detenzione quale elemento connaturato delle società moderne e, dall'altra, dalla consapevolezza degli esperti del settore sulla sostanziale inefficacia del carcere nel perseguimento delle finalità costituzionalmente previste, nonché su una progressiva evoluzione del diritto penale in chiave spesso giustizialista (Ibidem).

Crediamo tuttavia che l'imbarazzo derivante da tale consapevolezza non possa comunque frenare l'esigenza sempre attuale di riflettere criticamente sulla pena, sulla finalità, istituzionali e non, della detenzione, sulle politiche legislative che ancora la sorreggono e sulle pratiche di coloro che l'amministrano. E ciò con lo scopo primario di comprendere a fondo cosa sia il carcere oggi, che ruolo rivesta, che tipologia di cittadini rinchioda e quali sofferenze provochi, nella speranza, un giorno, di poterne fare a meno.

Come ribadito più volte, in questo primo capitolo abbiamo cercato di analizzare il penitenziario secondo il filtro degli studi organizzativi. È evidente che un tale approccio non possa prescindere dall'analisi dei fini, dichiarati o no, intesi come situazioni desiderabili alle quali qualsiasi organizzazione tende. Quali sono pertanto le finalità del carcere e della detenzione? Quali le realtà auspicabili a cui tende? Sul tema possiamo distinguere tra teorie ideologiche e teorie esplicative (Pavarini 2004).

Le prime, nate nell'alveo della teoria classica del diritto, possono sostanzialmente ricondursi a tre differenti *leitmotiv*: la retribuzione, la prevenzione generale e la prevenzione speciale. La teoria retributiva si basa sull'idea che si debba punire *quia*

peccatum est. Si tratta di una pena rivolta al passato, che si basa su ragioni etiche prima ancora che giuridiche. Il significato della pena risiede nel compensare, attraverso l'inflizione di un male, il male rappresentato dal fatto commesso. In questa concezione la pena non è caratterizzata da finalità rieducative. Davanti alla commissione di un reato lo Stato ha il dovere e il diritto di rispondere attraverso l'esercizio della potestà punitiva, intesa come risposta ad un'insopprimibile esigenza di giustizia sociale. Nonostante abbia origini molto lontane, l'affermarsi della teoria retributiva è attribuito al Cristianesimo, il quale ha contribuito al diffondersi dell'idea di una responsabilità del delinquente di carattere etico (Canestrari 2007). È evidente che l'approccio retributivo porti con sé il rischio di derive eticizzanti: uno Stato moderno, laico e pluralista, non può porsi come obiettivo la creazione di una giustizia di carattere assoluto.

Nella teoria della prevenzione generale la pena è concepita come strumento volto ad evitare che vengano commessi ulteriori reati. In tal senso non è rivolta al soggetto punito, ma all'intera collettività che, davanti alla punizione altrui, dovrebbe desistere dal violare le norme poste dall'ordinamento. Gli autori del filone della teoria della prevenzione generale negativa sostengono che la pena abbia una funzione deterrente. L'inflizione di una pena afflittiva e certa agisce in maniera suggestiva sui membri della società, spingendoli a non delinquere esclusivamente per paura che venga loro inflitto un medesimo trattamento.

Questa ricostruzione ammette che la certezza e la drasticità del diritto penale siano strumenti utili a garantire il rispetto dei precetti posti dall'ordinamento. Se si accettasse questa tesi, dovrebbe anche accogliersi l'idea che, eliminata qualsiasi forma di confronto, la società si baserebbe, almeno per quanto riguarda i rapporti del cittadino con le norme di carattere penale, esclusivamente sulla paura di una punizione.

Al contrario i sostenitori della teoria della prevenzione generale positiva ritengono che, attraverso la punizione del delinquente, la cui azione è considerata ingiusta,

illegittima e in quanto tale sanzionata, i membri della società finiscano per interiorizzare una serie di paradigmi etici, culturali e normativi che li allontanano dal crimine. In tal modo l'autore del reato diviene uno strumento per la realizzazione di fini che prescindono completamente dalla sua persona. Questa teoria non presuppone solo che esista un ampio numero di valori altamente condivisi o perlomeno condivisibili, ma anche che il sistema penale sia in grado di tenerli in vita e perfino di crearli.

Infine la teoria della prevenzione speciale si focalizza sull'autore del reato. Anche qui la pena è uno strumento con cui perseguire uno specifico obiettivo, ma tale obiettivo è costruito esclusivamente sul soggetto detenuto. Si punisce affinché il delinquente recepisca la drasticità e la certezza della reazione dell'ordinamento e si astenga dal commettere ulteriori delitti. La prevenzione speciale può configurarsi in tre distinti approcci. Si può privilegiare l'aspetto neutralizzante della pena, quello intimidatorio e infine si può perseguire la risocializzazione del detenuto¹⁰ (Ibidem).

Come sopra evidenziato, gli approcci di stampo più spiccatamente giuridico si caratterizzano per un tentativo di giustificazione assiologica della pena. Al contrario, le riflessioni di stampo sociologico si concentrano maggiormente sulla finalità che di fatto sono perseguite attraverso la pena e sugli effetti concreti che derivano da una sua applicazione (Anastasia 2012).

David Garland, nel suo *Punishment and Modern Society* (1990), nel compiere una rassegna delle principali teorie elaborate nell'ambito della sociologia della pena, ne evidenzia sostanzialmente quattro, tre consolidate e una in corso di elaborazione: la tradizione durkheimiana che si concentra sulle radici morali e socio-psicologiche della

¹⁰ La neutralizzazione è finalizzata a relegare il soggetto detenuto in una condizione di incapacità materiale e giuridica. Le mura invalicabili della struttura carceraria e la certezza della pena fanno sì che il soggetto sia materialmente impossibilitato ad assumere ulteriori comportamenti devianti. Secondo l'approccio che privilegia la funzione intimidatoria, la pena applicata ed eseguita è idonea a coartare psicologicamente colui che la subisce, in modo talmente pregnante e drammatico da distoglierlo dal perseguire la carriera criminale. Infine secondo la prospettiva della risocializzazione, il detenuto è considerato portatore di deficit culturali, economici e sociali che lo hanno condotto a commettere il crimine. Attraverso il carcere si offre una seconda possibilità di esistenza mediante l'elaborazione di uno specifico paradigma trattamentale e assistenziale. Questa seconda chance, se recepita, dovrebbe agevolare il detenuto in un progressivo reinserimento nella società.

pena e sulla sua capacità di generare solidarietà sociale; gli studi marxisti che evidenziano il ruolo della pena nei processi di regolazione sociale ed economica basati sui rapporti di classe; le opere di Michel Foucault che mettono in luce come le sanzioni disciplinari debbano essere interpretate come strumenti di potere e sapere all'interno di più ampie strategie di dominio e subordinazione; ed infine la teoria di Nibert Elias, sviluppata poi da Peter Spierenburg, secondo cui la pena deve essere interpretata all'interno del contesto sociale e culturale in cui si manifesta (Garland 1990, p.51).

È con Durkheim dunque che si assiste al primo tentativo dichiarato di interpretare la pena in base alla funzione che riveste all'interno della società. Lo scopo della sua opera principale, *La divisione del lavoro sociale*, è spiegare come si origina la solidarietà sociale, come si strutturano la vita collettiva e la coesione tra i consociati (Treves 2002). In questo quadro la divisione del lavoro introdotta dai nuovi sistemi di produzione diviene la manifestazione del passaggio da una solidarietà meccanica, caratterizzata da una comunanza di pensiero e di vita, ad una solidarietà organica, maggiormente evoluta e basata su una progressiva differenziazione funzionale dei componenti della società. In questo passaggio anche il diritto, le cui sanzioni servono a ripristinare le condizioni di solidarietà infrante dalla devianza, subisce un'importante evoluzione: ecco allora che si passa dal diritto penale al diritto civile e amministrativo e dunque dalla sanzione repressiva alla sanzione restitutiva. Per quanto le riflessioni di Durkheim rivestano ancora forte attualità, soprattutto per quanto riguarda la concezione della sanzione quale strumento per rispondere alle esigenze della collettività, siano esse di coesione, o di mero consenso, è evidente che il passaggio da lui ipotizzato non può essere lineare e che, nonostante la trasformazione degli strumenti sanzionatori, il diritto meramente repressivo ha ancora una sua elevata incidenza (Anastasia 2012).

Con Rusche e Kirchheimer (1978) si introduce l'esigenza di uno studio autonomo della pena e delle sue forme, svincolato tanto dall'esigenza durkheimiana di interpretare

le forme di coesione sociale, quanto dallo studio sociologico della criminalità. È proprio in tal senso che Anastasia (2012) ritiene che l'opera di questi due autori fondi la sociologia della pena e, considerato il metodo storiografico adottato, costituisca la prima opera di un ricco filone di ricostruzione storica della penalità. Ricorrendo alla categoria marxiana dei rapporti di produzione, Rusche e Kirchheimer tentano di spostare l'attenzione dalle cause generative di atti devianti all'interpretazione della funzione che la pena riveste all'interno degli assetti di potere determinati dal capitalismo. Scrivono i due autori:

la pena non è né una semplice conseguenza del delitto, né il lato nascosto di esso, né un mero strumento determinato dallo scopo che si propone. Non neghiamo certo che la pena abbia fini specifici, ma neghiamo che possa essere compresa solo sulla base di questi; analogamente, si può osservare che nessuno si sognerebbe di scrivere la storia delle istituzioni militari o di un esercito determinato, prescindendo dallo scopo immutabile di questi apparati (Rusche, Kirchheimer 1978, p. 14).

Sostengono pertanto che la pena in quanto tale non esista, ma che esistano piuttosto concrete forme punitive e specifiche prassi penali. L'evoluzione e la trasformazione di tali forme e prassi necessitano di essere contestualizzate nella dimensione storica in cui si manifestano, poiché ogni modo di produzione tende a scoprire delle forme punitive che corrispondono ai suoi rapporti di produzione. Questa impostazione consente ai due autori di ripercorrere le varie forme di penalità a seconda dei sistemi economici e sociali che si sono susseguiti dal Medioevo in poi, per giungere ad affermare che la pena pecuniaria risponde alle esigenze tipiche del capitalismo.

È con Foucault che la pena rientra in una più ampia analisi delle strategie del potere e dell'impatto dello stesso sugli individui che ne sono soggetti. *In Sorvegliare e punire. Nascita della prigione* (1975) Foucault si concentra, anche lui in un'ampia valorizzazione dell'evoluzione storica della penalità, sulle pratiche istituzionali di

controllo e di disciplina degli individui. In tal senso ritiene che, tra il Settecento e l'Ottocento, sia progressivamente scomparsa la spettacolarizzazione dei supplizi, in cui il corpo era il bersaglio principale della repressione penale, per lasciar spazio a un sistema più velato di costrizioni, privazioni, obblighi e divieti, capace di esercitare un controllo altrettanto pervasivo sulla personalità degli individui.

Infine è sulla base delle riflessioni di Nobeert Elias, sviluppate da Peter Spierenburg, che Garland individua una quarta teoria. Spierenburg ritiene che le forme punitive si trasformino e si adeguino al contesto culturale in cui si manifestano, per cui non possono che riflettere la sensibilità degli individui e la cultura collettiva in cui si inseriscono e da cui sono in fin dei conti prodotte ed elaborate (Anastasia 2012). Sostanzialmente rilegge il mitigarsi delle forme della penalità quale prodotto del progressivo affermarsi della società delle buone maniere. Garland tenta di superare questa impostazione, ponendo in rilievo il fenomeno inverso, ossia la possibilità che la pena, intesa al pari di altre in quanto istituzione sociale, sia in grado di influenzare e determinare i modelli di significato di tutti coloro che abitano il contesto in cui si manifesta.

Gli apporti sinora menzionati dimostrano che, tanto nell'ambito del diritto, quanto nell'ambito della sociologia della penalità, non vi sia in alcun modo convergenza di vedute sulla funzione della pena, compresa quella detentiva. Quel che possiamo evidenziare per tentare di districare la matassa è che le retoriche istituzionali, sancite nell'art. 27 della Costituzione e nelle pronunce giurisprudenziali emesse al riguardo, hanno accolto la rieducazione quale funzione prevalente nel legittimare qualsiasi forma di restrizione della libertà. Tuttavia, gli alti tassi di recidiva, abbinati ad una scarsa valorizzazione delle occasioni di reinserimento dei detenuti, anche in termini di risorse investite, dimostrano ampiamente come l'utopia rieducativa sia del tutto sfumata per lasciar spazio ad una massiccia dose di afflittività e sofferenza comminata.

In questo quadro gli studi organizzativi ci agevolano nel fornirci gli strumenti per distinguere tra fini reali, alla cui realizzazione sono diretti gli sforzi del personale e l'investimento delle risorse, e fini dichiarati da coloro che sono autorizzati alla costruzione di una certa retorica ma rispetto ai quali mancano concreti investimenti. Per comprendere concretamente l'atteggiarsi dei fini del penitenziario nelle pratiche quotidiane sarà quindi necessario non solo cercare di comprendere attraverso i singoli individui il senso della loro azione all'interno dell'organizzazione-carcere, ma anche cercare di comprendere come sia organizzato concretamente il lavoro e soprattutto come vengono distribuite le risorse umane e finanziarie (Etzioni 1967).

Etzioni ci aiuta a comprendere meglio le sue riflessioni sul fine organizzativo servendosi dell'esempio dei manicomi. Sostiene in tal senso che, qualora i vertici di una struttura psichiatrica dichiarino che il fine della stessa è la cura dei pazienti, ma l'esame dell'organigramma rivela che vi sono solo quattro medici per cinquemila pazienti, mentre il restante personale non ha una formazione sanitaria, e soprattutto i pazienti sono ricoverati da più di dieci anni, non si può che dedurre che il fine reale del manicomio sia esclusivamente evitare che persone potenzialmente pericolose restino in circolazione.

La stessa ricostruzione può essere applicata al contesto carcerario attuale: nella maggior parte degli istituti di pena nostrani è riscontrabile una carenza di organico tra il personale afferente all'area trattamentale, è spesso assente la figura del mediatore culturale per i detenuti migranti e continua ad essere predominante una prospettiva carcerocentrica. Come chiarito da Ronco (2017), i dati sull'esecuzione penale in Italia degli ultimi vent'anni tendono a confermare l'ipotesi del *net widening*: i numeri complessivi delle persone detenute e delle persone sottoposte a misure alternative procedono su binari paralleli. Al crescere delle misure alternative corrisponde un aumento della popolazione detenuta, confermando che la funzione deflattiva delle

misure alternative e, aggiungiamo noi, l'ipotesi di percorsi extramurari che si manifestino come occasione di reinserimento sociale, rimangono spesso illusori (Ibidem).

Per comprendere nel dettaglio i fini dell'organizzazione-carcere, Etzioni (1967) evidenzia la necessità di concentrarsi anche sull'influenza dei fattori ambientali e sulla cornice di valori condivisi dalla società. In tal senso, sempre riferendosi a strutture contenitive, ipotizza che una prigioniera, volendo investire maggiormente sulla riabilitazione, con molta probabilità incontrerebbe la disapprovazione della comunità in cui si trova tanto da dover abbandonare lo scopo iniziale. Sul punto ci sentiamo di evidenziare che è sicuramente innegabile che il contesto locale in cui un istituto penitenziario è inserito abbia una rilevante influenza sull'andamento dell'istituto stesso, anche in termini di occasioni di incontro tra cittadini liberi e cittadini detenuti. Tuttavia, riflettendo su larga scala, riteniamo che sia altrettanto riscontrabile il fenomeno inverso, ossia che le istituzioni chiamate ad elaborare il diritto penale, e a maggior ragione quelle deputate ad applicarlo, siano esse stesse in grado di orientare, spesso in termini giustizialisti, i gradi di minore o maggiore apertura dei contesti locali nei confronti del mondo carcerario, di cui raramente si conosce il reale funzionamento (Garland 1990).

Le prassi dei membri dell'organizzazione, le tensioni e gli equilibri che si creano tra gli stessi, oltre a svelare i fini realmente perseguiti, danno spesso atto di una loro costante trasformazione, distorsione e, non ultimo, sostituzione. Il fenomeno è stato studiato per la prima volta dal sociologo Robert Michels (Etzioni 1967). Esso si verifica quando l'organizzazione sostituisce i suoi fini legittimi con altri fini, diversi da quelli per cui è stata creata, per i quali non avrebbe dovuto essere impiegata nessuna risorsa e per i quali non è ufficialmente chiamata ad agire. Nella forma più lieve tale fenomeno si concretizza con la trasformazione del fine in mezzo e del mezzo in fine: ciò avviene

quando gruppi o individui interni all'organizzazione si servono del fine della stessa quale mezzo per continuare ad accrescere il loro potere.

La sostituzione dei fini è stato analizzata anche da Merton (1966). Quest'ultimo ha evidenziato come tale fenomeno non riguardi esclusivamente i vertici dell'organizzazione, ma si verifichi con una certa frequenza anche nei ranghi organizzativi. Merton sostiene inoltre che questa distorsione, per quanto verificabile anche nelle associazioni di minori dimensioni, quali partiti politici e sindacati, sia tipica delle grandi organizzazioni burocratiche, i cui membri, una volta inseriti, tenderanno a modificare la loro personalità e a rinchiudersi in un rigido rispetto di norme e regolamenti, la cui applicazione non sempre risponde al fine effettivo dell'ente.

Particolarmente interessante è la forma di sostituzione studiata da Selznick. L'autore sostiene che:

far funzionare un'organizzazione è un'attività necessaria e specializzata, tale da porre dei problemi che nulla hanno a che fare con i fini "originari" o dichiarati dell'organizzazione stessa, e che, anzi, spesso sono del tutto opposti a questi. Il comportamento di routine del gruppo è tutto dedicato a problemi specifici e fini parziali che hanno importanza sotto un profilo interno. D'altra parte, dal momento che queste attività consumano la maggior parte del tempo dei membri delle organizzazioni, esse divengono, dal punto di vista del comportamento effettivo di essi, i veri fini dell'organizzazione, sostituendosi a quelli proclamati tali (Selznick 1957, p. 64).

Questa impostazione, particolarmente acuita negli uffici pubblici, può essere applicata anche al contesto carcerario. In tal senso appare chiaro che se la maggior parte degli sforzi degli operatori impiegati a vario titolo nel penitenziario sono quotidianamente orientati nel mantenere alte le esigenze di sicurezza e in generale l'ordine della prigione, il fine del comportamento effettivo per questi non potrà che identificarsi nel custodire e

recludere, in tal modo legittimando – ovvero provocando o acuendo – il rilevante livello di sofferenza insita nella detenzione.

I.V. Poteri e violenze

Come già evidenziato nei precedenti paragrafi, ogni organizzazione, indipendentemente dalla sua struttura e dagli obiettivi che persegue, richiede ai suoi membri una misura più o meno variabile, ma sempre presente, di conformità alle norme e ai regolamenti (Crozier 1969). Detto altrimenti, il successo o il fallimento di un'organizzazione sono dettati, in larga misura, dalla sua capacità di esercitare il controllo sui suoi membri. L'irrazionalità tipica delle strutture burocratiche, la costante esigenza di dirimere tensioni tra gruppi, di ribadire una gerarchia tra i ruoli, impongono l'esercizio costante di forme di potere (Ibidem).

Etzioni (1967) classifica il controllo in tre diverse categorie: controllo fisico, materiale e simbolico. A seconda dei mezzi di controllo utilizzati derivano differenti tipologie di potere: coercitivo, se basato sull'utilizzo di mezzi fisici; utilitaristico se fondato sull'utilizzo di mezzi materiali, quali ad esempio la remunerazione attraverso l'offerta di beni o servizi; normativo, normativo-sociale o sociale se fondato sull'utilizzo di mezzi simbolici.

Il potere coercitivo, tra tutti, è quello che genera maggiore alienazione in chi lo subisce e che ad oggi continua a caratterizzare l'organizzazione penitenziaria. Qualsiasi forma di potere viene esercitata tanto sulle attività strumentali, ossia le attività che riguardano il funzionamento più concreto dell'organizzazione, quanto sulle attività espressive, che attengono invece alle relazioni sociali che si instaurano tra i membri e al rispetto delle norme (Ibidem).

Secondo Etzioni (1967) nelle prigioni, e più in generale nelle organizzazioni che fanno largo uso del potere coercitivo, accade che il controllo sia esercitato da differenti personalità e che, più specificatamente, spetti alle guardie carcerarie monitorare il

compimento delle attività organizzative, mentre sia prerogativa dei leaders informali, riconosciuti come tali dai detenuti, esercitare un controllo sui comportamenti degli stessi.

Questa costante suddivisione nell'esercizio di forme di controllo, secondo l'autore, fa sì che i funzionari, nel nostro caso le guardie carcerarie e la direzione dell'istituto, abbiano scarso potere sulle relazioni sociali e sulle norme, da cui deriva una scarsa riuscita dei programmi riabilitativi. Ciò significa che sino a quando le caratteristiche coercitive saranno poste alla base della struttura organizzativa e comporteranno un alto tasso di alienazione dei detenuti, nessun programma di umanizzazione del carcere avrà l'effetto sperato. Riteniamo che su tale aspetto non possa comunque essere negata la rilevanza, anche nella riuscita dei percorsi di reinserimento, delle capacità di adattamento, di resistenza e resilienza del singolo detenuto.

Un altro aspetto strettamente connesso al potere riguarda la necessità per l'organizzazione di prevedere delle norme che sanzionino il mancato rispetto di un determinato comportamento e di circoscrivere un ambito all'interno del quale norme e rispettive sanzioni operino. Nell'art. 77 del DPR 230/2000, il cosiddetto regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario, vengono stabiliti i comportamenti vietati e le relative sanzioni in caso di violazione di norme o regolamenti. In tale disciplina possono essere individuati tre differenti livelli di normazione della vita detentiva, ossia le norme che disciplinano la vita nell'istituto, le disposizioni impartite dal personale e i regolamenti che definiscono le relazioni tra detenuti (Santorso 2017). Nel caso di violazione il detenuto può essere sottoposto a provvedimento disciplinare che, a seconda della gravità, può concretizzarsi in un mero richiamo scritto o orale, nell'ammonizione, nell'esclusione dalle attività sportive e ricreative, ovvero nell'isolamento. Desti particolare perplessità che, in alcuni casi, le sanzioni siano assunte da un consiglio di disciplina composto, oltre che dal direttore e da un educatore, da un membro dello staff

sanitario con un'evidente e potenzialmente pregiudizievole commistione tra cura e custodia.

Come è facile intuire, in carcere – seppur senza negare la capacità dei singoli di eludere e aggirare la sorveglianza – l'ambito su cui incidono regole, norme, infrazioni e sanzioni è decisamente molto esteso. È proprio tale estensione che spingeva Goffmann a definire il carcere un'istituzione totale. Scriveva in tal senso:

la caratteristica principale delle organizzazioni totali può essere descritta come un annullamento delle barriere che separano normalmente queste tre attività. Innanzitutto tutti gli aspetti della vita sono svolti nel medesimo luogo e controllati dalla stessa autorità. Secondo, ogni fase dell'attività giornaliera dei membri si svolge in compagnia di un gran numero di persone, ciascuna delle quali riceve lo stesso trattamento e deve svolgere gli stessi compiti. Terzo, tutte le fasi dell'attività giornaliera si svolgono secondo un orario rigido che ciascuna delle attività, ad un momento determinato, cede il posto ad un'altra e l'intera serie è imposta dall'alto, attraverso un sistema esplicito di regole formali, da una serie di superiori (Goffman 1961, p. 17).

Le prigionie, in quanto organizzazioni totali, hanno la necessità di mantenere un ambito organizzativo molto esteso e anzi, la netta separazione rispetto alle unità sociali esterne rappresenta di per sé uno strumento di controllo e di punizione (Etzioni 1967). Il tentativo di ridurre il potere coercitivo a favore di un'estensione del potere normativo non può che corrispondere a una progressiva riduzione dell'ambito organizzativo su cui esercitare il controllo, favorendo così il contatto e l'apertura verso l'ambiente esterno.

Come sinora abbiamo evidenziato, riteniamo che la burocrazia carceraria si caratterizzi per una costante minaccia del potere coercitivo. Tuttavia, crediamo che le forme di controllo esercitate in carcere siano solo uno tra i tanti elementi che è necessario valutare ai fini di una più ampia comprensione dei tassi di alienazione e sofferenza provocati dalla detenzione. Le caratteristiche della popolazione detenuta, anche di tipo sanitario, nonché l'attuale fisionomia del carcere quale contenitore di un

dilagante disagio sociale, impongono di considerarlo quale epilogo di un processo molto più articolato di selezione, oppressione ed esclusione di determinate categorie sociali (De Vito 2009). Detto altrimenti, il carcere altro non è se non una delle agenzie chiamate a riprodurre, a confermare e, non ultimo, ad amministrare gli esiti della violenza strutturale esercitata su determinate categorie sociali. Per violenza strutturale intendiamo una violenza esercitata in modo sistematico, sia a livello diretto, che a livello indiretto, su chiunque appartenga ad una determinata classe sociale. Scrive in tal senso Farmer:

la violenza strutturale è strutturata e strutturante. Essa limita la capacità d'azione delle sue vittime. Stringe un cappio intorno ai loro colli, e tale strangolamento determina le modalità in cui le risorse – cibo, medicine, ma anche affetti – sono allocate e vissute (Farmer 2006, p. 39).

Secondo questa chiave di lettura pertanto le norme, i regolamenti, le sanzioni, anche di tipo fisico, derivanti da una loro violazione si configurano come utili strumenti idonei a gestire, e in fondo a riprodurre, meccanismi di esclusione sociale molto più articolati e pervasivi.

Graeber (2016) in tal senso ritiene che le regole e le norme impersonali di cui è pervasa la nostra quotidianità necessitano di una costante minaccia della violenza per funzionare. Secondo l'autore questa strategia è talmente insita in tutte le attività che quotidianamente ci riguardano che ognuno di noi finisce per non rendersene conto. Per Graeber è quindi fondamentale porre al centro dello studio della burocrazia il concetto di violenza. Secondo lui, le situazioni di violenza strutturale, ovvero le forme di disuguaglianza sociale diffuse accompagnate da una costante minaccia di danni fisici, tendono inevitabilmente a generare procedure burocratiche tipicamente ottuse. Detto altrimenti, le procedure burocratiche rappresentano uno strumento per gestire situazioni di violenza strutturale attraverso la predisposizione di regole e norme che non potranno

che essere applicate se non attraverso altra violenza o comunque attraverso la minaccia della stessa.

La violenza a cui si riferisce non è una violenza concettuale, ma una violenza in senso letterale. Sicuramente riconosce il carattere simbolico e comunicativo degli atti violenti, ma preferisce concentrarsi sul fatto che la violenza è forse l'unica azione potenzialmente capace di produrre effetti sociali senza essere comunicativa. Più precisamente la violenza è l'unico modo attraverso il quale una persona è in grado di fare qualcosa che avrà effetti relativamente prevedibili sulle azioni di un'altra della quale conosce ben poco.

In tale quadro appare manifesto il rischio che la riforma della sanità penitenziaria non riesca a tradurre in pratiche le importanti statuizioni di principio contenute al suo interno, ma finisca per arrestarsi in una fase in cui l'intervento medico si configura quale strumento – come d'altronde spesso confermato dal complesso rapporto tra cura e custodia di cui le istituzioni manicomiali hanno ampiamente dato conferma – capace di agevolare la riproduzione di forme di esclusione sociale attraverso la patologizzazione della devianza, ovvero l'imposizione di pratiche di carattere prettamente sanitario, quali la somministrazione di psicofarmaci, per la gestione e la risoluzione di problematiche non necessariamente afferenti all'area sanitaria.

I.VI. Il mutamento

Sinora la nostra riflessione si è basata sulla constatazione che un sistema organizzativo, anche di tipo burocratico, è sostanzialmente incapace di correggersi in funzione dei propri errori e che, anzi, le disfunzioni che lo caratterizzano sono uno dei punti essenziali del suo equilibrio. Riteniamo tuttavia che, per cogliere appieno l'essenza, i limiti e le forme di sviluppo di un sistema burocratico, sia necessario valorizzare anche un'altra prospettiva: dalla stasi delle rigidità sinora evidenziate, è

pertanto necessario cimentarsi nella comprensione delle modalità attraverso le quali si innescano forme di mutamento (Bifulco 2002).

Come già chiarito, oggetto specifico della nostra trattazione è l'analisi delle modalità attraverso le quali la riforma sulla sanità penitenziaria è stata recepita nelle pratiche della quotidianità detentiva, tanto dalle professionalità direttamente preposte all'erogazione delle prestazioni di carattere sanitario, quanto dal personale più strettamente afferente all'area custodiale. Si tratta in effetti di una riforma di indubbia portata simbolica che, incidendo direttamente sulla disciplina delle competenze e sostituendo alla precedente regolamentazione una chiara ripartizione tra area custodiale e area sanitaria, può rivelarsi utile nell'introdurre all'interno del sistema penitenziario degli importanti elementi di innovazione nella gestione e, non ultimo, nell'interpretazione del diritto alla salute delle persone private della libertà personale.

Appare infatti manifesto come la garanzia di condizioni di benessere, con tutti i limiti che questo processo subisce all'interno del carcere, tanto in termini di caratteristiche sanitarie della popolazione detenuta, quanto di incidenza della stessa detenzione nella definizione del quadro sanitario di coloro che la subiscono, rappresenti un presupposto essenziale per l'esplicarsi di qualsiasi altra tipologia di diritto.

Riteniamo pertanto utile, anche in un'ottica di comprensione dell'attuale assetto del carcere, comprendere come la nuova disciplina abbia interagito con le preesistenti forme di amministrazione penitenziaria, se e quali modifiche abbia concretamente apportato nel precedente assetto e con quali interpretazioni e modalità sia tradotta nelle pratiche dei vari membri chiamati ad applicarla, o quantomeno a rispettarne i precetti.

Considerate la complessità e le capacità di resistenza dell'ambiente carcerario, crediamo che per compiere tale operazione sia opportuno dotarsi preliminarmente di uno schema cognitivo che consenta di dotare la ricerca di lenti e filtri di interpretazione adeguati, al fine di non cadere in una superficiale lettura, secondo cui il carcere,

qualsiasi siano gli elementi di trasformazione introdotti, è chiamato a respingerli e a confermarsi nel suo granitico assetto. Riteniamo infatti che, per quanto questa considerazione non possa che essere corrispondente a quanto osservabile nel contesto carcerario, esista comunque la possibilità che certi interventi di modifica, unitamente alla cultura professionale di chi li traduce in pratica, si inneschino seppur lentamente nelle modalità di gestione della pena.

Occorre in tal senso premettere che qualsiasi struttura burocratica, qualunque sia la sua funzione, i suoi scopi e l'ambiente in cui è inserita, è chiamata a porre in essere delle trasformazioni, imposte tanto dall'interno, quanto dall'esterno. In questa cornice crediamo che i cambiamenti espressamente destinati a modificare l'assetto organizzativo, come avvenuto nel caso della sanità penitenziaria, siano idonei ad incidere sui repertori culturali e cognitivi dell'organizzazione e che tale influenza possa creare le basi per l'elaborazione di nuovi significati e per la trasformazione di consolidati schemi d'azione (Ibidem).

Da un punto di vista metodologico è sicuramente indispensabile comprendere il quotidiano funzionamento dell'organizzazione al fine di individuare le caratteristiche degli schemi d'azione. Tuttavia, solo l'analisi delle modalità di reazione al cambiamento e di controllo degli effetti consente di svelare il significato più profondo delle *routines* (Crozier 1969).

Una prima considerazione che si impone, come sopra chiarito, riguarda il problema della rigidità. In effetti un sistema burocratico così caratterizzato non è capace di adattarsi facilmente al mutamento e tenderà a resistere a qualsiasi tipo di trasformazione. Tuttavia il cambiamento rimane un fenomeno immanente che lentamente coinvolge la qualità dei servizi prestati, i rapporti interni e persino le capacità e gli atteggiamenti dei membri interni alla struttura. Sono proprio i membri attivi dell'organizzazione, e nel nostro caso il personale sanitario, che, avendo diretta

esperienza delle innovazioni e degli elementi di disequilibrio e di criticità che hanno condotto a ripensare l'organizzazione, sono chiamati ad introdurle e ad ottenere che le autorità gerarchiche si adeguino. È evidente che tale capacità di *agency* con grande probabilità verrà contenuta dai vertici, i quali cercheranno di far sì che le decisioni necessarie ad attuare il cambiamento rimangano tra le loro prerogative.

Coerentemente con quanto ritiene Crozier (1969), nel penitenziario una prima conseguenza dei processi di mutamento riguarda l'aumento, diciamo noi vertiginoso, della centralizzazione che si concretizza in una sostanziale discrezionalità da parte della direzione nel recepire la nuova normativa, o comunque nel circoscriverne gli effetti in virtù di una spesso dichiarata predominanza di esigenze non afferenti all'ambito sanitario e nel tentativo della stessa di ritagliarsi all'interno della costruzione dei percorsi di carattere sanitario un ruolo decisionale di spicco.

Anche se nel prosieguo ne daremo ampiamente conto, per ora basti anticipare che la maggior parte degli intervistati hanno evidenziato come i margini di mutamento, imposti dalla nuova normativa in materia di sanità penitenziaria, siano spesso stati disegnati dalle direzioni degli istituti, e che tale incidenza ha ovviamente comportato un'applicazione a macchia di leopardo, facendo sì che la riforma seguisse differenti velocità a seconda dei contesti territoriali analizzati.

Tuttavia, come insegnatoci da Crozier, questa incidenza dei vertici nei processi di ricezione delle innovazioni, non solo è chiamata a scemare gradualmente, ma necessita di essere interpretata come un passaggio imprescindibile all'interno di una più ampia crisi delle trasformazioni che interessa l'intera struttura organizzativa, il cui funzionamento si basa proprio sull'alternanza di momenti di sostanziale equilibrio e momenti di crisi e mutamento. L'autore sostiene che

la crisi è uno degli elementi distintivi indispensabili di ogni sistema organizzativo burocratico. Essa costituisce il solo mezzo per giungere a operare gli adattamenti

necessari e svolge dunque un ruolo essenziale nello sviluppo stesso del sistema: solo la crisi consente questo sviluppo, nonché, sia pure indirettamente, la crescita dell'impersonalità e della centralizzazione (Crozier 1969, p. 219).

I momenti di crisi non producono esclusivamente un aumento della gerarchia e dell'accentramento dei poteri decisionali. Da questa tipologia di situazioni possono scaturire schemi di azione e rapporti personali o tra i gruppi fino a quel momento non sperimentati. È infatti inevitabile l'emergere di nuove figure, alle volte individuate dallo stesso processo di trasformazione, come nel caso dei dirigenti sanitari, poste in posizioni strategiche e a cui altri individui saranno sottoposti, nonché la sperimentazione di nuove forme di tensione e negoziazione in cui l'autorità del singolo si sostituisce al ruolo ricoperto dalla norma. È evidente la capacità di queste situazioni di creare forte disordine all'interno dell'organizzazione, motivo per cui saranno tollerate per il tempo strettamente necessario a far sì che l'organizzazione si riasseti seppur su fondamenta in parte rivisitate.

È altresì evidente l'importanza di questi elementi che, nonostante in parte confermino modelli di autorità tipici della struttura burocratica, sono capaci di mantenere viva una certa vocazione riformatrice. Accanto al burocrate ritualista, sicuramente necessario a confermare la struttura burocratica nei suoi tratti essenziali, possono pertanto trovare spazio ulteriori figure capaci di inserire, alle volte servendosi degli stessi strumenti autoritari utilizzati da coloro che resistevano al mutamento, elementi di innovazione. Si tratti dunque di analizzare quella capacità innovatrice studiata da Merton (1966) seppur in relazione a contesti sociali differenti rispetto alla struttura burocratica. Detto altrimenti si tratta di valorizzare le strategie individuali poste in essere da quelli che Crozier definisce agenti di cambiamento (1969). L'autore ritiene che questi individui, considerata la necessità di innovare, ma allo stesso di compiere tale

operazione servendosi di strumenti retrogradi di autorità, non possano che essere individuati nelle posizioni apicali.

La nostra ricerca ha sicuramente confermato che i dirigenti sanitari, in virtù della posizione ricoperta e dell'autorità di cui sono dotati, hanno margini di azione più elevati e possono contribuire con notevole incidenza all'attuazione di un serio processo di trasformazione, ma ha anche mostrato come non sempre nei ruoli di vertice sia viva una vocazione riformista: i medici infatti, pur non essendo direttamente a capo della struttura sanitaria, ma ricoprendo un ruolo comunque di vertice nel contesto carcerario, si sono spesso mostrati resistenti al cambiamento, nonostante l'ampiezza delle possibilità concrete in cui tale cambiamento poteva trovare attuazione. Al contrario, tra i membri inquadrati nei livelli inferiori, quali gli infermieri, abbiamo riscontrato con una certa costanza la volontà di mobilitarsi affinché la nuova disciplina si trasformasse in schemi d'azione, comportamenti, protocolli e approcci differenti rispetto al passato.

Nonostante sia riscontrabile una certa frequenza dei comportamenti sopra richiamati all'interno delle due categorie professionali, non intendiamo certo negare che i confini siano mobili e che, all'interno di questo paradigma, un ruolo considerevole sia rivestito dalle singole soggettività che, a prescindere dalla professione ricoperta, e sulla base della loro etica, della loro esperienza e cultura professionale, pensano e agiscono attraverso modalità non standardizzabili.

Capitolo due

Riflessioni sul ruolo attuale della medicina

Dopo aver declinato la complessità del contesto carcerario attraverso la valorizzazione di alcune categorie tipiche del suo equilibrio organizzativo, nel presente capitolo gettiamo le basi per un progressivo accostamento tra carcere e sanità. Ci occupiamo dapprima di ripercorrere alcuni degli interventi legislativi che hanno contribuito a rimodellare il sistema sanitario, concentrandoci altresì sui modelli organizzativi che ne sono derivati. A fronte del carattere universalistico della salute normativamente imposto, procediamo nel definire come le disuguaglianze incidano nel rimodulare lo stato di benessere e quali significati – secondo la teoria sociologica – assumano malato e malattia nel contesto sociale di riferimento. Infine concludiamo con alcune riflessioni sul processo di medicalizzazione che continua a caratterizzare l'attuale assetto della medicina.

II.I. Brevi cenni sul sistema sanitario nazionale: storia e organizzazione

Come precisato nelle precedenti pagine, riteniamo che per comprendere compiutamente il potenziale di innovazione, e allo stesso tempo di criticità, insito nell'ingresso del servizio sanitario nazionale in carcere, sia innanzitutto necessario avere un quadro storico delle evoluzioni che hanno interessato l'organizzazione sanitaria nel suo complesso. A nostro avviso, si tratta in effetti di un elemento imprescindibile per riflettere criticamente sugli assetti e sulle dinamiche organizzative riscontrabili all'interno del contesto carcerario, soprattutto in termini di risorse e condizioni lavorative degli operatori coinvolti.

Prima dell'Unità d'Italia, le strutture presenti sul territorio, seppur definite ospedali, si caratterizzano per lo più come semplici luoghi di confino e di degenza e sono

deputate ad accogliere qualsiasi forma di bisogno sociale (Lega 2013, Ongaro Basaglia 2012). In questa prima fase gli enti ospedalieri rientrano nel patrimonio esclusivo delle singole città o dei singoli Stati. Successivamente, nel corso del XVIII secolo, iniziano a svilupparsi gli ospedali per i malati acuti e, tra la fine dell'Ottocento e i primi del Novecento, vengono costruiti i primi grandi policlinici nazionali. A questa evoluzione corrisponde l'instaurarsi della medicina come scienza riconosciuta, nonché l'emersione di nuove specializzazioni mediche e il riconoscimento delle diverse professioni sanitarie. Gli ospedali smettono di essere i luoghi deputati ad accogliere tutte le esigenze, sia di carattere sanitario sia di carattere sociale, della marginalità urbana e iniziano a caratterizzarsi come spazi in cui prestare cura e assistenza per bisogni di tipo specifico (Lega 2013).

Con la legge Crispi¹¹ si assiste al primo tentativo di riordino dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso (Cosmacini 2016). Tutti gli enti ospedalieri, a prescindere dal carattere pubblico o privato rivestito, vengono ricondotti sotto il controllo statale. La disciplina traccia i margini dell'intervento dello Stato, non più confinato a mere competenze di carattere patrimoniale e amministrativo, ma esteso al merito dell'attività assistenziale. Inoltre le opere pie, ossia quegli enti di assistenza sociale, quali ospedali, asili, orfanotrofi e istituti di carità, vengono assorbiti sotto un'unica figura giuridica, ne vengono disciplinate la costituzione, le finalità e il funzionamento. Si definiscono pertanto Istituti di assistenza e beneficenza (Ipab) le opere Pie ed ogni altro Ente che abbia il fine di assistere i poveri in stato di indigenza, di malessere e di infermità e di procurare l'educazione e l'istruzione ai bisognosi. Tali strutture, di cui è ribadito il carattere pubblico e laico¹², devono garantire le prestazioni di beneficenza a tutti coloro che vi hanno titolo senza alcuna distinzione di culto religioso o di opinione pubblica.

¹¹ Legge n. 6972 del 17 luglio 1890, "Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale il 22 luglio 1890, n. 171.

¹² La laicità che si tentava di ribadire attraverso la nuova disciplina comportò la soppressione della maggior parte delle Opere Pie e il loro patrimonio fu devoluto ad altre forme di assistenza, in particolare verso quelle relative all'infanzia

Con questo intervento normativo si realizza dunque una prima inversione di tendenza: viene sancita la fine delle autonomie locali e private di molti enti ospedalieri e assistenziali, vengono affermati il carattere pubblico di queste strutture nonché un esteso potere di controllo e gestione da parte dello stato. Contestualmente si assiste alla trasformazione dell'architettura degli ospedali, con l'avvento delle strutture a padiglioni collegati da un corpo centrale o con percorsi protetti¹³. Si abbandona la grande corsia, tipica dei conventi, e si adotta l'articolazione in reparti di matrice anglosassone (Lega 2013).

Con l'avvento del fascismo l'ospedale continua a caratterizzarsi come struttura sanitaria di riferimento e vengono introdotte due figure professionali sino a quel momento non presenti: ovvero l'ufficiale sanitario, preposto all'ufficio igiene di uno o più comuni riuniti con funzioni di vigilanza igienica e profilassi, e il medico condotto, incaricato dell'assistenza sanitaria territoriale gratuitamente o dietro pagamento di apposite tariffe. Anche in questa fase si assiste allo sviluppo dei canoni architettonici delle strutture ospedaliere, con l'affermarsi delle costruzioni monoblocco già adottate in altri paesi, soprattutto negli Stati Uniti. Nonostante i tentativi di riordino, il contesto nazionale risulta comunque caratterizzato da importanti differenziazioni territoriali, attinenti tanto alla distribuzione delle strutture, con un notevole squilibrio tra centro nord e sud, quanto all'organizzazione interna, spesso caratterizzata da una rilevante arretratezza.

Con la Costituzione viene formalmente definito un sistema di sicurezza sociale. Vengono infatti sanciti il diritto alla salute¹⁴, quale diritto inviolabile dell'uomo e

abbandonata, all'istruzione e alla preparazione professionale. Mentre, per quelle rimaste in vita, fu disposta la sottrazione alla Chiesa delle loro risorse economiche e ne fu ridefinita l'amministrazione.

¹³ La prima tipologia viene adottata nel Galliera di Genova, nel Mauriziano di Torino e nell'ospedale di Monza; la seconda è invece adottata nel Policlinico Umberto I di Roma.

¹⁴ L'art. 32 cost. recita "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

interesse delle collettività, e il diritto all'assistenza sociale e al mantenimento¹⁵ nei confronti dei cittadini inabili al lavoro, ovvero dei lavoratori nei casi di infortunio, malattia, invalidità, vecchiaia e disoccupazione involontaria. Inoltre, all'art. 117 cost., rimasto inattuato sino al 1970, anno in cui vengono istituite le amministrazioni regionali, viene sancita una competenza concorrente¹⁶ tra Stato e Regioni per quanto attiene alla tutela della salute, secondo cui spetta alle seconde l'esercizio della potestà legislativa, seppur nell'ambito di una cornice di principi fondamentali definiti a livello centrale.

Tra gli anni '50 e gli anni '70 su tutto il territorio si assiste altresì al proliferare di enti mutualistici che sostanzialmente si interpongono, al pari dello stato o di altri enti territoriali, tra l'utente e il reale erogatore del servizio assistenziale. Le prestazioni vengono fornite spesso senza che l'assicurato ne anticipi il costo e secondo una logica che si limita alla dimensione diagnostica e terapeutica, senza alcuna valorizzazione delle attività preventive (Cosmacini 2016). Tutti gli ospedali sono convenzionati con enti mutualistici e non è previsto alcun limite all'imposizione dei prezzi per i servizi erogati. Questo dato conduce rapidamente a un aumento vertiginoso della spesa sanitaria e a un progressivo indebitamento degli enti nei confronti delle strutture sanitarie.

Pertanto, alla fine degli anni '70, l'organizzazione sanitaria si rivela inadeguata sotto molteplici aspetti: non è idonea a garantire una piena tutela del diritto alla salute, inteso anche come garanzia di attività di carattere preventivo; esistono forti disuguaglianze tra cittadini nella qualità e quantità dei servizi ricevuti, nonché nell'incidenza degli oneri contributivi; la politica sanitaria ha una scarsa incidenza e il sistema di finanziamento impedisce il controllo della spesa sanitaria (Lega 2013). È in questo quadro che prende

¹⁵ L'art. 38 cost. recita "ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera".

¹⁶ Questo l'assetto emergente dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3 di riforma del titolo V della Costituzione (nella parte relativa ai rapporti tra Stato – Regioni ed Enti locali). Il vecchio art. 117 cost. infatti limitava la competenza concorrente delle Regioni al più ristretto ambito dell'assistenza sanitaria e ospedaliera.

avvio il processo di riforma culminato nella Legge 833 del 1978. Con questo provvedimento, istitutivo del Servizio Sanitario Nazionale, si stabilisce un punto di rottura netto con il passato e la salute, almeno negli obiettivi programmatici, rappresenta un diritto da tutelare e garantire nei confronti di tutti i cittadini senza alcuna partecipazione finanziaria degli stessi, almeno nella fase iniziale di attuazione, nell'erogazione delle prestazioni (Comancini 2016). A livello organizzativo, il fulcro della riforma risiede nell'aver creato in ambito territoriale dei centri unitari di gestione di tutte le competenze preventive, diagnostico-curative e riabilitative, rappresentati dalle Unità Sanitarie Locali (Usl). Le Usl sono pertanto concepite come strumenti operativi, in cui confluiscono diversi enti territoriali, posti sotto il controllo dei Comuni, attraverso le assemblee delle Usl e i comitati di gestione.

Vengono inoltre definiti i diversi ambiti di esercizio del potere normativo. Al governo, al parlamento e al Consiglio Sanitario Nazionale spetta definire il quadro giuridico, operativo e finanziario entro il quale deve svolgersi l'attività di tutela della salute complessivamente intesa, al fine di garantire l'universalità dell'assistenza nonché l'uguaglianza e l'uniformità del servizio su tutto il territorio. Le Regioni sono chiamate, attraverso appositi organismi, a valutare le esigenze locali al fine di ripartire equamente le risorse tra singole Usl, nonché a predisporre dei Piani Sanitari Regionali e a controllare l'efficienza dei servizi resi. A livello locale le competenze delle Usl sono invece di tipo operativo e amministrativo e riguardano la concreta gestione ed erogazione dei servizi sanitari.

La gratuità del servizio è garantita attraverso la predisposizione di un Fondo Sanitario Nazionale, a cui viene riconosciuta una percentuale del PIL definita dalla legge finanziaria annuale e ritenuta sufficiente e coerente con l'esigenza di garantire la tutela della salute nei termini sopra chiariti. Nei fatti pertanto il sistema di finanziamento si concretizza in un meccanismo a cascata, secondo il quale la legge

finanziaria determina il fondo annuale, il governo attribuisce le risorse alle singole regioni, le quali a loro volta le distribuiscono a livello locale. Nonostante le buone statuizioni di principio, questo meccanismo non si è rivelato adeguato a ridurre e contenere la spesa sanitaria, facendo registrare notevoli scostamenti tra previsioni di spesa e consuntivi. Secondo Lega (2012) le cause di questa situazione vanno ricercate in motivazioni interne ed esterne. Tra le prime una costante sottostima delle risorse per gestire la sanità pubblica a livello locale, un controllo inadeguato della gestione delle singole Usl, nonché una sostanziale de-responsabilizzazione di queste ultime nel governo della spesa sanitaria. Tra le seconde invece individua una progressiva estensione delle proposte di cura derivante dallo sviluppo delle competenze tecniche e tecnologiche, l'invecchiamento della popolazione, la destrutturazione del tessuto urbano e l'aumento delle conoscenze della popolazione sui bisogni sanitari e sui relativi percorsi di accesso.

Con il decreto legislativo 502 del 1992, preso atto della limitata disponibilità di risorse a fronte di bisogni sociali in continua crescita, si tenta di procedere a un nuovo riordino della disciplina in materia sanitaria. Vengono innanzitutto previsti appositi strumenti di contenimento della spesa e di progressiva responsabilizzazione economica dei livelli istituzionali locali (Pellegrino 2005). Sotto il primo aspetto viene stabilito un meccanismo di riparto tra le Regioni basato su una quota capitaria di finanziamento, a sua volta derivante da una stima dei costi standard necessari per garantire in ciascun contesto territoriale i livelli essenziali di assistenza sanitaria¹⁷ (LEA). In questo quadro viene previsto l'obbligo in capo alle regioni di provvedere con proprie risorse al finanziamento sia di eventuali deficit rispetto ai trasferimenti statali, sia di livelli di

¹⁷ Sono definiti livelli essenziali in quanto racchiudono al loro interno le prestazioni, i servizi e le attività che ciascun cittadino ha diritto di ottenere in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale. Il sistema dei LEA prevede tre ambiti di intervento: l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro; l'assistenza distrettuale; l'assistenza ospedaliera.

spesa maggiorati per la volontà di offrire ai cittadini prestazioni ulteriori rispetto ai LEA.

Oltre alla regionalizzazione, la riforma del 1992 interviene sull'assetto organizzativo delle singole strutture ospedaliere. Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, nonché i presidi ospedalieri rispondenti a determinate caratteristiche organizzative e dimensionali, vengono trasformati in aziende ospedaliere. Le singole Unità sanitarie locali si costituiscono come Aziende Sanitarie Locali (ASL), dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Vengono definiti gli organi di amministrazione e le articolazioni interne¹⁸ e territoriali¹⁹ delle singole aziende. In questo quadro spetta agli enti locali definire i bisogni socio-sanitari della comunità di riferimento, mentre le Regioni hanno competenze organizzative, di finanziamento, di controllo e nomina di cariche interne.

È dunque evidente come con questo intervento legislativo inizino a insinuarsi all'interno del sistema sanitario nazionale le logiche proprie delle imprese di stampo economico, accolte anche dai provvedimenti di modifica successivi. Tra questi il decreto legislativo 299 del 1999, meglio conosciuto come Legge Bindi o riforma ter, che di fatto ha confermato l'assetto del decreto del 1992 e ha tentato di rafforzarne alcuni aspetti. Ha infatti disposto un'accelerazione nell'adozione del sistema dipartimentale, ha sancito l'esclusività nel rapporto di lavoro tra i medici – assunti a partire dal primo gennaio del 2000 – e il SSN, ha infine introdotto il principio dell'appropriatezza, intesa come adeguatezza della prestazione resa rispetto al problema

¹⁸ A livello interno ogni Azienda Sanitaria Locale è suddivisa in Dipartimenti, ossia strutture che raggruppano operatori appartenenti a unità operative e servizi diversi, al fine di rendere flessibile l'impiego di risorse e di suddividere l'impegno professionale a seconda della tipologia dei progetti in atto. Le concrete modalità di organizzazione spettano comunque alla legislazione regionale e soprattutto alle determinazioni delle singole ASL.

¹⁹ L'articolazione individuata a livello territoriale è il distretto, istituito al fine di assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale.

sanitario da risolvere e allo stato delle conoscenze, quale strumento ulteriore per valutare l'efficacia e l'efficienza del servizio.

Infine, nel nuovo impianto previsto dalla Riforma del titolo V della Costituzione approvata nel 2001, con la quale, come sopra accennato, è stata riconosciuta alle Regioni potestà legislativa e regolamentare in materia di sanità, seppur nell'ambito di una cornice di principi fissati dallo stato, sono stati approvati una serie di atti applicativi del c.d. federalismo sanitario²⁰. Tuttavia le Regioni, non solo hanno incontrato diverse difficoltà nel gestire la responsabilità finanziaria loro riconosciuta, ma ciascuna, attraverso i piani sanitari regionali, ha impresso traiettorie differenziate allo sviluppo dei SSR, tanto che oggi appare impossibile riconoscere un Servizio Sanitario Nazionale uniforme e coerente. Un indice di tale disomogeneità è offerto dal numero di Asl presenti nelle diverse regioni. Esso è legato alla storia e allo sviluppo del sistema sanitario, alla morfologia del territorio e a fattori demografici e sociali. Nel 2011, oltre la metà delle 145 Asl italiane si trova al Nord – il solo Veneto ne ha 21 – mentre nel Centro e nel Mezzogiorno il numero è notevolmente inferiore (Istat 2015).

Dalla predisposizione del sistema federalista in materia di sanità, sono seguiti una serie di interventi – che per dovere di sintesi riteniamo di non analizzare nel dettaglio – che hanno di fatto confermato la frammentazione territoriale sopra richiamata e si sono caratterizzati per un aumento progressivo dei tagli nei finanziamenti pubblici, da cui sono derivati un vertiginoso aumento della spesa sanitaria privata²¹ dei singoli utenti ovvero una sostanziale rinuncia alle cure²². Fenomeni di universalismo diseguale (Spandonaro 2017) che sembrano tradire con sempre maggiore intensità la linea politica che auspicava all'istituzione di un Sistema Sanitario Nazionale equo e universale.

²⁰ A mero titolo esemplificativo cfr. accordo Governo-Regioni 8.8.2001; Finanziaria 2005, L. 311 del 30.12.2004; Intesa Stato-Regioni 23.3.2005; Finanziaria 2006, L. 266 del 23.12.2005; Patto per la salute del 28.9.2006; DM salute 26.10.2006; Finanziaria 2007, L. 296 del 27.12.2006.

²¹ La spesa sanitaria privata degli italiani è pari a 35,2 miliardi di euro nel 2016, e in termini reali nel 2013-2016 è aumentata del +4,2%, mentre la spesa totale per consumi è aumentata del +3,4% (Censis 2017).

²² Le persone che durante questa prima parte del 2017 hanno rinunciato e/o rinviato almeno una prestazione sanitaria per ragioni economiche sono 12,2 milioni con un incremento di 1,2 milioni (+10,9%) rispetto al dato 2016 (Censis 2017).

Gli interventi legislativi sinora citati dimostrano come, nel corso di più di un secolo, la sanità abbia subito un processo di trasformazione costante, attraverso la rimodulazione delle competenze tra i vari livelli, la definizione degli assetti interni e l'introduzione di logiche manageriali e aziendali. Ad oggi l'organizzazione sanitaria risulta una delle strutture più complesse da analizzare (Lega 2013). Questo processo di trasformazione, in termini organizzativi, è stato tradotto nell'individuazione dei modelli gestionali che nel tempo si sono susseguiti.

Nello sviluppo iniziale è possibile rintracciare sostanzialmente due matrici. La prima, la iatocrazia, ossia la predominanza del potere del medico, ha interessato lo sviluppo delle strutture ospedaliere per quasi tutto il secolo scorso (ibidem). L'archetipo di questo modello è rappresentato dalle cliniche mediche universitarie che inizialmente si configurano come la somma delle articolazioni organizzative autogestite dai primari. La stessa architettura a padiglioni, in un primo momento predominante, sembra confermare questo assetto: ogni padiglione rappresenta un'isola governata dal medico di riferimento. In questa prima fase i medici sono dotati di assoluta autonomia e libertà, tanto nel definire e trattare le esigenze di carattere sanitario, quanto nel modulare l'assetto organizzativo dell'ospedale in cui operano. Secondo alcuni quest'ampia discrezionalità del personale medico viene tuttavia mitigata dal professionalismo (Friedson 1994), inteso come principio orientatore delle pratiche sanitarie, di cui il giuramento di Ippocrate rappresenta una sorta di teorizzazione esplicita. In questo senso l'etica del professionista, l'onestà e la rettitudine con cui esercita il proprio lavoro, in condizioni di forte asimmetria informativa tanto con il paziente quanto con l'organizzazione, consentono di garantire un allineamento tra gli interessi del singolo medico, le aspettative di cura del malato e le finalità della struttura di riferimento. Detto altrimenti gli ospedali, nella loro configurazione iniziale, sembrano rappresentare uno strumento o mezzo del professionista, asservito agli scopi personali di progressione di

carriera, prestigio e potere sociale, ma al tempo stesso un contesto in cui l'etica del singolo è in grado di produrre dei risultati positivi tanto sull'organizzazione quanto sul paziente.

Tuttavia la crescita dimensionale e la creazione di procedure altamente regolamentate su contabilità, acquisti e personale hanno comportato l'esigenza di sviluppare una seconda linea organizzativa interna, composta dal personale tecnico amministrativo. Si è pertanto affermato un modello di burocrazia professionale (Mintzberg 1985) in cui i singoli medici mantengono il controllo delle decisioni, ma si avvalgono di uno staff amministrativo per la gestione dei processi di supporto e per l'esecuzione operativa delle scelte decisionali. Questa progressiva trasformazione da struttura semplice a struttura altamente burocratizzata si è tradotta nella predisposizione di programmi standardizzati che devono essere applicati a determinate contingenze. Dal punto di vista sanitario, il medico in questo nuovo quadro ha dunque due compiti: effettuare la diagnosi, ossia classificare l'esigenza del paziente per individuare il protocollo da applicare a quella determinata situazione e, una volta individuata la soluzione, applicarla al caso concreto (Ibidem). Si tratta pertanto di incasellare il problema medico all'interno delle categorie derivanti da saperi specialistici differenti. La standardizzazione delle attività di diagnosi e cura conducono spesso ad una frammentazione delle aree di intervento e dunque ad un inadeguato coordinamento tra professionisti nella gestione di problematiche non rientranti nelle categorie di analisi standard, a scapito di percorsi terapeutici contrastati dalla frammentazione delle professionalità e dalla conflittualità insita tra differenti discipline (March, Olsen 1976). Un altro tratto che può caratterizzare le burocrazie professionali consiste nello sviluppo della logica missionaria, ossia lo sviluppo di gruppi coesi a cui fa capo un leader carismatico, capace di veicolare una missione comune e delle pratiche ispirate a valori condivisi e di identità, che possono porsi in contrasto con l'orientamento strategico e le

priorità aziendali. Strettamente connessa a questo fenomeno è la discrezionalità rivendicata dal medico nell'esercizio della sua professione. Nel ritenersi l'unico dotato delle competenze per risolvere il problema che affronta, vi può essere autoreferenzialità nel condurre le operazioni necessarie a risolvere il problema stesso (Despres, Chauvel 2000). Ma vi può altresì essere una forte resistenza all'innovazione, quale conseguenza dettata dalla necessità di capitalizzare le competenze acquisite attraverso percorsi di formazione spesso lunghi e onerosi. Questo dato si traduce nella ricerca e nella difesa di rendite di posizione legate alla replicazione di saperi spesso obsoleti (Lega 2013).

Nell'organizzazione sanitaria non agiscono esclusivamente necessità di stampo burocratico, ma – come sopra chiarito – i meccanismi di aziendalizzazione e lo stretto rapporto con gli enti territoriali, connesso al rilievo pubblicistico della salute, impongono di considerare anche le esigenze di carattere prettamente manageriale o politico. Questa convivenza di differenti culture organizzative, animate da scopi, pratiche e orientamenti non sempre collimanti, può tradursi in lotte intestine, compromessi e costanti negoziazioni tra gruppi finalizzati a far predominare gli interessi di parte. Tale conflittualità intrinseca spinge Lega a definire l'ospedale come arena politica, terreno di scontro e mediazione (Lega 2013). Tuttavia, quando le dinamiche di carattere politico si impongono sul lungo periodo, l'organizzazione finisce per perdere la sua coesione sistemica e quindi la capacità di perseguire in maniera efficace gli scopi istituzionali che sono qualcosa di diverso rispetto agli scopi dei singoli soggetti. Gli stessi confini tra azienda e ambiente si indeboliscono, diventano incerti e mal difesi. Le risorse organizzative tendono a divenire oggetto di contesa tra i gruppi in conflitto o elementi di un ambiente in cui tali gruppi si confrontano, perdendo sempre più la natura di strumenti deputati alla tutela e alla garanzia di un diritto (Rebora 1998).

Gli sviluppi attuali della sanità ci impongono di considerare che questo processo di evoluzione interna non sia deputato ad arrestarsi, ma che la scarsità di risorse, le

esigenze di razionalizzazione delle stesse, la crescita dei bisogni della popolazione e il rapporto con un sistema politico spesso instabile, condurranno alla definizione di assetti organizzativi costantemente modulati dagli equilibri tra i vari poteri interni ed esterni alla struttura, all'interno di una cornice in cui appaiono ancora rilevanti logiche di mercato spesso incompatibili con una reale tutela e garanzia del diritto alla salute dei cittadini.

II.II. Disuguaglianze e salute

Sinora ci siamo concentrati sull'evoluzione storica del sistema sanitario nazionale e sui modelli organizzativi che ne sono derivati. Ongaro Basaglia (2012) ritiene che in questa trasformazione sia chiaramente evincibile la volontà di far sì che la clinica, e più in generale i luoghi deputati alla cura, si strutturassero come branche del sistema economico, assoggettate a logiche aziendali e di profitto. Sostiene in tal senso che il sistema economico di stampo capitalista e l'ordine che ne deriva, se da una parte necessita di un controllo politico sulla vita sociale che tuteli il suo processo di espansione e conservazione (Foucault 1975), dall'altra ha bisogno di una scienza medica in grado di predisporre tecniche riparatorie tali da garantire che la malattia si esprima esclusivamente come fenomeno naturale ineluttabile. Quel che invece dev'essere del tutto eliminato – e questa sarebbe a suo avviso la funzione degli ospedali – è il diretto legame tra causa ed effetto, tra realtà sociale e individuo, in modo che la malattia sia sempre vissuta come fenomeno individuale, di cui deve risultare individuale anche la causa. Solo in tal modo sarebbero spiegabili il livello tecnologico sempre più sofisticato con cui il sapere e la ricerca scientifica si confrontano nel tentativo di comprendere l'uomo e di elaborare nuove proposte di cura e, dall'altra, la totale assenza di interventi sul piano sociale che agiscano nella rimozione delle cause che generano malattia. In questo quadro la cura tende pertanto a trasformarsi in uno strumento

attraverso il quale perseguire l'interesse dell'organizzazione ospedaliera, perdendo tutta la carica empatica e solidale insita nell'etimologia del termine. Scrive in tal senso:

se, dunque, le prime forme di cura organizzata erano orientate verso la povertà e l'indigenza e, insieme, verso la salvezza della sua anima, dal momento in cui sono inserite nella logica della produzione e del profitto, sono orientate verso il mantenimento e lo sviluppo di questa logica. L'uomo malato e la malattia non c'entrano mai. Essi sono o l'occasione per l'esplicarsi di uno spirito caritativo che si appaga di sé, o l'oggetto su cui può espandersi o dilatarsi l'organizzazione assistenziale. Il profitto, in quest'ultimo caso, non è diretto: il malato povero o il mutuato non rendono in termini economici all'ente ospedaliero, ma sono l'occasione per la creazione di posti di lavoro (...). La malattia diventa produttiva nel momento in cui l'ospedale si struttura come una fabbrica che produce la merce cura, dove la solidarietà nei confronti della sofferenza si trasforma in solidarietà nei confronti degli interessi dell'organizzazione (Ongaro Basaglia 2012, p. 61).

Seguendo questa visione, risulta pertanto evidente come il sistema sanitario nazionale, sotto le mentite spoglie di politiche universaliste, abbia progressivamente smesso di occuparsi della marginalità, contribuendo al contrario a selezionare e riprodurre forme di disegualianza sociale la cui gestione, a seconda delle specificità, sarà demandata ad ulteriori istituzioni, prima tra tutte il carcere, chiamate a contenere e trattare quel determinato disagio.

In effetti, se si considerano le statistiche sullo stato di salute della popolazione nella maggior parte dei paesi industrializzati a partire dalla seconda metà del '900, sono riscontrabili due tendenze contraddittorie: la crescita generalizzata della speranza di vita e il progressivo inasprimento delle disuguaglianze di mortalità e morbosità che separano gli individui a seconda della loro classe sociale (Cardano 2008). Procedendo dalle classi

egemoni alle classi subordinate, la speranza di vita tende a contrarsi con un andamento regolare²³.

Anche le profonde trasformazioni demografiche ed epidemiologiche (Marmot 1999) che si sono susseguite nello scorso secolo non sembrano aver scalfito la persistenza delle disuguaglianze sociali nella determinazione dello stato di salute. In effetti la stretta correlazione tra povertà e malattia non è un tema nuovo né originale (Maturò 2015). Nonostante ciò riteniamo che, ai fini della nostra ricerca, una chiara comprensione del ruolo della marginalità sociale nella definizione e riproduzione di determinate condizioni di (non) benessere rivesta un'importanza fondamentale. In carcere, circostanza di cui nel prosieguo si darà ampiamente conto, si assiste ad una costante tensione tra la precarietà del quadro sanitario degli individui al momento del loro accesso e l'incidenza delle condizioni di contesto nell'aggravare patologie già esistenti ovvero nel determinarne di nuove. In questa tensione si mostra con tutta evidenza la criticità della sanità penitenziaria che, se da un lato, rappresenta la prima occasione di cura per determinate categorie sociali, dall'altra agisce come mero strumento per contenere, attraverso pratiche spesso discutibili, gli esiti infausti della sofferenza fisica e psicologica provocata dalla detenzione.

Inoltre, se si accoglie l'impostazione richiamata sopra secondo cui la sanità nel tempo avrebbe progressivamente smesso di occuparsi della marginalità (Ongaro Basaglia 2012), favorendo in tal modo lo strutturarsi di processi di esclusione sociale, non possiamo non intravedere il rischio che le finalità elettive nella gestione di malattia e devianza riscontrabili all'esterno finiscano per cristallizzarsi in un critico connubio all'interno del mondo carcerario.

Il contributo nel contesto della storia contemporanea riguardante il rapporto tra salute e povertà dev'essere rintracciato nell'analisi che Engels, nel 1845, dedica a *La*

²³ Per una dettagliata analisi del fenomeno cfr. Marmot e Wilkinson (1999) e Mackenbach et al. (2003). A una rassegna delle disuguaglianze sociali di salute in Italia è dedicato il supplemento di "Epidemiologia e prevenzione" n. 28/2004, Disuguaglianze di salute in Italia, a cura di Costa, Spadea e Cardano.

situazione della classe operaia in Inghilterra. Basandosi su una rilevante mole di dati, Engels analizza le condizioni di vita del proletariato inglese, concentrandosi sulla questione abitativa, sull'alimentazione, sui ritmi e le modalità di lavoro e sui livelli di istruzione. In tal modo fornisce una descrizione dettagliata delle malattie di cui soffrivano gli operai, delle cause di morte che li colpivano e dei medicinali, spesso assenti, di cui si servivano (Ongaro Basaglia 2012, Maturò 2015).

Gran parte del dibattito successivo si è concentrato sui fattori che generano disuguaglianze sociali nelle condizioni di salute. Le argomentazioni esplicative, elaborate sostanzialmente da due forme di sapere contrapposte – le scienze sociali e le scienze biomediche – possono essere raggruppate in tre differenti approcci: quello genetico o naturalistico, quello che richiama l'importanza degli stili di vita e, infine, quello che sposta l'attenzione sui contesti ecologici e sociali (Cardano 2008).

Il primo, nato nell'alveo della sociobiologia, si sviluppa nell'università di Harvard intorno agli anni settanta e si propone di ricondurre le basi biologiche del comportamento umano alla dotazione genetica di ciascun individuo. In questa tipologia di spiegazioni i termini della macro-relazione analizzata risultano pertanto invertiti: lo stato di salute viene interpretato come la causa e non la conseguenza della posizione sociale ricoperta dagli individui. All'interno di questo approccio possono essere distinte due varianti che, servendoci della classificazione elaborata da Cardano (2008), possono essere definite l'una "ingenua", l'altra maggiormente "sofisticata". La prima ritiene che le disuguaglianze di salute siano riconducibili a irriducibili differenze genetiche riscontrabili tra coloro che vivono più a lungo e coloro che presentano una speranza di vita minore. In questa visione è dunque il patrimonio genetico l'unico fattore idoneo ad incidere sulle condizioni di salute e sulla conseguente posizione sociale rivestita dal singolo individuo. Tutto ciò si traduce in un'esplicita legittimazione di un processo di selezione naturale, evocativo di politiche dittatoriali, che conduce all'affermazione di

geni e dunque di individui più o meno adatti di altri. La solidità empirica di questo approccio riduzionista, oltre ad essere smentita da apposite ricerche sul patrimonio genetico dei membri di differenti classi sociali, è stata tradita dalle evoluzioni epidemiologiche riscontrate durante lo scorso secolo. In effetti si è passati da una fase in cui le malattie infettive costituivano la principale causa di morte della popolazione, ad un'altra in cui hanno preso piede le malattie degenerative, altrimenti definite malattie dell'opulenza. Queste ultime, individuate inizialmente come principali cause della mortalità tra le classi sovraordinate, sono progressivamente divenute malattie tipiche della povertà (Wilkinson 1996).

La variante più sofisticata, non discostandosi eccessivamente dalla precedente argomentazione, individua il fattore determinante le disuguaglianze nel capitale di salute acquisito alla nascita. Quest'ultimo consentirebbe agli individui di accedere alle diverse posizioni sociali e di muoversi all'interno della scala di mobilità a seconda del diminuire o dell'accrescersi dello stesso. È evidente come un approccio di questo tipo, affidando a mere occasioni naturali fortuite le cause delle differenziazioni sociali, conduca ad un'acritica e aprioristica accettazione dello *status quo*, senza riservare alcun tipo di riflessione sulle fonti di ingiustizia ed esclusione che operano fin dal momento della nascita.

Il secondo approccio, basato sulla valorizzazione degli stili di vita individuali, considera le disuguaglianze di salute come il risultato della diversa propensione dei singoli verso abitudini insalubri, caratterizzate da consumo di tabacco, alcool e sostanze stupefacenti, da promiscuità sessuale, alimentazione scorretta e attività fisica inadeguata. A ben vedere si tratta di un'argomentazione spesa con una certa frequenza nell'analisi dello stato di salute dei detenuti che, innegabilmente, abbracciano stili di vita spesso lesivi, ma per cause che non necessariamente rispondono a determinate propensioni personali, ma potrebbero altrimenti essere dettate dalle condizioni di

contesto, dalla necessità di sopperire a determinate sofferenze ovvero di ritagliarsi un ruolo all'interno della quotidianità detentiva. Quest'interpretazione si riversa inevitabilmente nei percorsi di carattere preventivo basati su un'auspicata sensibilizzazione della popolazione reclusa rispetto ai fattori di rischio sopra citati. Tuttavia, anche in questo caso, non considerare le variabili di tipo strutturale che possono indurre il singolo ad adottare delle condotte pregiudizievoli all'esterno e a riproporle nel contesto carcerario, seppur per motivazioni non sempre coincidenti, rischia di circoscrivere le iniziative preventive a mere occasioni di tipo cattedratico.

L'approccio che valorizza gli stili di vita si basa su alcuni assunti teorici ed etici: innanzitutto la salute viene intesa come responsabilità del singolo e non della realtà in cui è immerso. Si accoglie dunque l'impostazione richiamata nelle prime righe del paragrafo, secondo cui la malattia nella società liberale deve necessariamente configurarsi come mero fenomeno causato dal singolo, di cui individuali sono le cause generative (Ongaro Basaglia 2012). Detto altrimenti, si giustifica il meccanismo disciplinare di matrice foucaultiana, secondo cui il cittadino viene gravato della responsabilità del proprio autogoverno definito da norme di civilizzazione sorvegliate e imposte da saperi esperti che presiedono alla disciplina dei corpi e alla biopolitica delle popolazioni (Foucault 1975).

In secondo luogo, si ammette che le condizioni di benessere siano dovute esclusivamente a scelte individuali. La salute diviene l'oggetto di una specifica funzione di utilità che ciascun individuo tenderebbe a massimizzare, in perfetta armonia con la teoria della scelta razionale (Cardano 2008). Su questo aspetto si può considerare che salute e malattia non sempre rappresentano gli esiti intenzionali di determinate esperienze, ma che spesso quest'ultime sono vissute con finalità che non necessariamente includono il benessere o il malessere tra gli obiettivi e i relativi costi (Ibidem). Gli individui pensano e progettano il loro agire su orizzonti temporali limitati

e spesso incompatibili con l'impatto delle scelte che, al contrario, si manifesta su periodi di norma molto più estesi. Inoltre, in via più generale, si può evidenziare che le scelte dei singoli, per quanto dettate da capacità di *agency* individuale, sono in buona misura condizionate dal contesto in cui la decisione razionale si svolge. Questo dato conduce alla seconda criticità rilevabile nell'approccio sopra citato: la predilizione di stili di vita e abitudini insalubri raramente rappresenta l'esito di una ponderazione razionale. Al contrario, si configura spesso come la conseguenza di condizioni di deprivazione economica o sociale. Ad esempio, l'adozione di regimi alimentari inadeguati interessa con una certa frequenza coloro che vivono in una condizione di povertà. Ma non può certo dirsi che si tratti di una scelta razionale. Così come alcool, sigarette e sostanze stupefacenti rappresentano spesso uno strumento di compensazione dello stress cronico (Marmot 1999) determinato dall'esperienza di privazione che si attraversa.

Vi è un'ulteriore obiezione, di carattere etico e politico, che può essere mossa alla teoria degli stili di vita. Le argomentazioni basate su questo approccio finiscono in effetti per attribuire la responsabilità delle disuguaglianze di salute a coloro che, più di altri, ne subiscono gli effetti. Tale colpevolizzazione della vittima conduce a rilevanti implicazioni sociali ed epidemiologiche, ben illustrate dalle retoriche di stigmatizzazione ed esclusione riguardanti le persone tossicodipendenti ovvero affette da Aids. Questo processo è stato analizzato con profonda dedizione da Sontag (2002). L'autrice, ripercorrendo le definizioni semantiche da cui sono generate le rappresentazioni collettive che si sono alternate nella definizione di patologie quali la tubercolosi, il cancro e l'Aids, analizza il rapporto tra metafore e malattia, nel tentativo di decostruire il proliferare di interpretazioni denigratorie sulla patologia e su colui che la subisce. Si concentra pertanto sul fenomeno che definisce metaforizzazione della malattia, in base al quale nel momento in cui ad una determinata patologia si attribuisce

un determinato significato, per estensione lo stesso verrà trasposto sulla persona che ne è affetta. La malattia così non denota più uno stato psico-fisico, ma è connotata da uno stato morale per lo più negativo. È quanto avvenuto, tra gli altri, nella costruzione delle rappresentazioni collettive dei malati di Aids. Promiscuità sessuale e utilizzo di sostanze stupefacenti rendono in fondo coloro che ne sono affetti colpevoli, e aggiungiamo noi responsabili, di un determinato stile di vita, ascrivibile ad altrettanto determinati gruppi sociali (Maturò 2015).

L'ultimo approccio ecologico-sociale ci consente di andare oltre le argomentazioni basate sulle dotazioni genetiche e sugli stili individuali per concentrarci sui vari elementi che caratterizzano i corsi di vita in specifici contesti. Ciò che caratterizza questa modalità di analisi della salute, nonostante le teorie elaborate si differenzino per la valorizzazione di singoli fattori a scapito di altri, è che le disuguaglianze sono interpretate come il prodotto composito delle esperienze sociali che attraversano i corpi degli individui e ne riscrivono le biografie in determinate cornici d'interazione (Cardano 2008). Nel presente paragrafo, per esigenze di economia, ci concentreremo sulle teorizzazioni basate sulla valorizzazione dei luoghi abitati dagli individui e variamente definiti a seconda dell'ampiezza del contesto spaziale analizzato. Procedendo dal macro al micro, possiamo rilevare che una prima categorizzazione valorizza la collocazione geografica, gli assetti politico-istituzionali e i sistemi economici dei contesti. In base alla geografia si distingue tra paesi occidentali e paesi del terzo mondo, diversi tra loro per la speranza di vita dei rispettivi abitanti. La dimensione politica consente invece di interpretare le disuguaglianze di salute in base ai regimi di welfare presenti sul territorio, differenziando tra sistemi universalistici, che caratterizzano ad esempio i paesi scandinavi e sono considerati maggiormente tutelanti, e sistemi selettivi, quale quello statunitense, che al contrario può contribuire ad acuire le differenziazioni sociali. Proprio con riferimento al contesto statunitense, Wacquant (2006) nella sua opera

Punire i poveri. Il nuovo governo dell'insicurezza sociale, compie una dettagliata analisi delle connessioni sussistenti tra l'arretramento delle prestazioni sociali e la riaffermazione del diritto penale. L'autore sostiene che negli ultimi decenni lo Stato penale si sia progressivamente sostituito allo Stato assistenziale. Ciò è avvenuto principalmente attraverso due modalità. Innanzitutto si sono irrigidite le politiche penali dando luogo a quel fenomeno che è stato definito di *mass-incarceration*²⁴. Punire è un processo decisionale fortemente connesso ad esigenze di carattere politico. È un processo in cui diversi attori partecipano alla produzione di idee idonee a legittimare l'azione punitiva. In tal senso gli USA, a partire dagli ultimi decenni del secolo appena trascorso, hanno deciso di guardare al crimine in maniera differente e così tutta una serie di categorie considerate pericolose, siano essi disoccupati, tossicodipendenti o senza fissa dimora, sono oggi maggiormente passibili di sanzione penale. In secondo luogo il controllo penale ha valicato i confini delle mura carcerarie per estendersi all'interno del sistema delle prestazioni sociali. Sotto questo aspetto sono stati predisposti sempre più stringenti requisiti, e il godimento dei benefici assistenziali è stato riservato ad una fetta sempre meno consistente della popolazione. Anche i servizi sociali sono stati riorganizzati come strumenti di sorveglianza e di controllo delle categorie collocate ai margini dell'ordine economico²⁵. La contrazione dello Stato sociale e la riduzione della rete di sicurezza hanno contribuito all'aumento della povertà e a ciò l'apparato statale ha deciso di reagire spiegando gli strumenti propri del diritto penale.

²⁴ Con il termine *mass-incarceration* ci si riferisce all'aumento vertiginoso dei tassi di carcerazione. Negli USA, a partire dalle ultime decadi del XX secolo, la popolazione carceraria è sensibilmente aumentata sino a diventare un fenomeno eccezionale se paragonato all'esperienza degli altri Paesi. Le persone private della libertà e detenute nei vari istituti penitenziari sono raddoppiate in dieci anni e quadruplicate in venti. Si tratta di un fenomeno senza precedenti che non può essere correttamente spiegato attraverso l'analisi dei tassi di delittuosità. I dati, infatti, dimostrano che non ci sono state in tal senso variazioni tali da giustificare l'iperinflazione carceraria. Al contrario, la *mass-incarceration* si è verificata in un periodo di stagnazione e di successiva diminuzione della criminalità (Wacquant 2006, p. 120).

²⁵ All'evoluzione di queste politiche ha contribuito il diffondersi dell'idea, a partire dagli anni '80, che il welfare contribuisca alla creazione di soggetti oziosi, incapaci di sottostare alla logica del mercato. In quanto tali devono essere ricondotti verso i binari del lavoro salariato e a tal fine lo strumento più idoneo è la cesura del cordone con i programmi d'assistenza.

Inoltre l'economia e, in particolare la valorizzazione del reddito, consente di distinguere i paesi, soprattutto quelli a economia avanzata, sulla base della distribuzione più o meno egualitaria di questa risorsa. Questa è l'impostazione accolta da Wilkinson (1996), il quale in uno studio pubblicato nei primi anni novanta e poi variamente ripreso, sostiene che i paesi in cui sussiste una distribuzione più egualitaria dei redditi si caratterizzano per una maggiore speranza di vita. Questa relazione non è interpretabile esclusivamente in termini quantitativi: l'autore ritiene infatti che l'iniqua distribuzione delle risorse contribuisca ad acuire un senso di privazione relativa. Introduce pertanto la teoria dello stress dovuto alla gerarchia (Maturò 2015), secondo la quale il senso di inferiorità avvertito dai membri delle classi disagiate, oltre a produrre un progressivo indebolimento della coesione sociale, finisce per imporsi come autorappresentazione del sé fortemente patogenica, sia in termini di stress e disagio, sia in termini più strettamente fisiologici.

L'incidenza sulla salute della scarsità di risorse, soprattutto di carattere materiale, che caratterizza determinati ambienti sociali, è stata analizzata anche da Marmot (2004), padre dell'epidemiologia sociale. Egli ritiene infatti che tale penuria esponga gli individui ad un maggior rischio di contrarre malattie, anche di carattere infettivo, e a una minore capacità di resistere alle stesse. L'autore in modo estremamente semplice ma eloquente afferma che:

lungo il percorso della metropolitana che attraversa Washington D.C. dai quartieri poveri e neri a sud-est fino alla ricca e bianca contea di Montgomery si guadagna un anno e mezzo di speranza di vita ogni miglio, per un totale di venti anni e mezzo di speranza di vita tra gli estremi. A Londra, lo scarto tra gli estremi è di sei anni di speranza di vita. A Torino, dove c'è meno segregazione territoriale, la distanza tra quartieri ricchi e quartieri poveri è di circa tre anni di speranza di vita (Marmot in Esposito 2007, p. 322)

L'ambiente sociale influisce sui processi psicologici, che a loro volta incidono sui processi biologici. La povertà materiale e sociale rende l'individuo più esposto a patologie, anche di carattere cronico.

Vi sono poi numerosi studi che, muovendosi in una prospettiva ecologica ridotta, che analizza ad esempio le differenziazioni tra aree territoriali dello stesso paese ovvero tra quartieri della medesima città, si concentrano sulla relazione positiva esistente tra capitale sociale²⁶ e salute (Cardano 2008, Maturò 2015). Come scrivono Umberson e altri, “gli studi sul supporto sociale hanno la loro origine nella sociologia. Come minimo sin dal Durkheim de *Il suicidio*, i sociologi hanno sostenuto che il coinvolgimento nelle relazioni sociali serve a proteggere la salute degli individui” (Umberson et al. 2010, p. 357). Una ricerca celebre in tal senso è stata condotta su una comunità italiana stanziata a Roseto, in Pennsylvania (Maturò 2015). Gli italiani, nonostante non godessero di uno status economico e sociale migliore rispetto al resto della popolazione e nonostante gli stili di vita adottati non fossero certo caratterizzati da salubrità, presentavano una scarsa incidenza di infarti e questo dato è stato imputato alle loro strette relazioni sociali. Successivamente, negli anni settanta, quando i legami della comunità si indebolirono, i tassi di malattia iniziarono a crescere attestandosi sui medesimi livelli della restante fetta di popolazione.

Anche Kawachi (1997), a seguito di una dettagliata ricerca su tutti gli stati americani, nota che i contesti caratterizzati da scarsa fiducia sociale e forti disuguaglianze nella distribuzione dei redditi presentavano i più elevati tassi di mortalità. Al contrario contesti connotati da importanti differenziazioni economiche e da una fiducia sociale elevata non presentavano la stessa correlazione tra morte e disuguaglianza. Questo dato

²⁶ Maturò (2015) ripercorrendo le definizioni che si sono susseguite sul concetto di capitale sociale, ritiene che siano sostanzialmente due gli elementi costantemente presenti: il *network*, con le relative norme e sanzioni, e la fiducia. Sulla base di questi due indici distingue tre forme di capitale sociale: il *bonding social capital*, ossia il capitale sociale vincolante derivante dai legami di parentela ovvero di appartenenza etnica; il *bridging social capital*, inteso come capitale sociale collegante tipico dei membri di associazioni o gruppi; il *linking social capital*, tradotto come capitale connettivo che rimanda alla possibilità che si instaurino connessioni più o meno forti tra i membri di differenti classi sociali.

conduce il ricercatore ad affermare che le reti sociali generino supporto, sia in termini materiali che psicologici, e che questa funzione abbia effetti diretti in termini di abbattimento dei tassi di mortalità.

Secondo alcuni non è neppure necessario avere effettivamente delle relazioni sociali, ma è sufficiente la percezione che tali legami esistano per godere di migliori condizioni di salute. Berkman e altri (1992) hanno in effetti mostrato come coloro che percepiscono di avere un'elevata rete di supporto, a parità di ulteriori parametri bio-medici, presentino una minore incidenza di patologie cardiache rispetto a quanti credono di non avere alcun tipo di relazione supportiva. La percezione di sostegno sociale può dipendere dalla disponibilità di una rete di relazioni nel contesto di vita dell'individuo, dal grado di integrazione sociale e dalle capacità di costruire e mantenere queste relazioni.

Le riflessioni sopra citate possono apparire particolarmente fertili nell'analisi dello stato di salute della popolazione detenuta. In effetti, nonostante l'incarcerazione e, dunque, l'immediata cesura dei contatti e delle relazioni con l'esterno, incida con modalità graduabili sull'equilibrio psico-fisico di ciascun individuo, ci sentiamo di ipotizzare che nel prosieguo della detenzione l'assenza di reti di supporto possa ulteriormente aggravare le condizioni di salute. In effetti, se pensiamo ai detenuti stranieri, è possibile riscontrare – secondo quanto più volte ribadito durante le interviste – che presentino un quadro clinico e un livello di sofferenza maggiore rispetto ai detenuti autoctoni. Una delle spiegazioni di tale aggravamento, oltre all'esposizione più frequente a condizioni di povertà, può essere ricondotta alla mancanza di sostegno esterno, tanto relazionale quanto istituzionale, e all'oggettiva carenza di prospettive di de-carcerazione.

Ripercorrendo la suddivisione spaziale che procede dal macro al micro proposta da Cardano (2008), la tossicità dei contesti sociali può essere ascritta ai luoghi di lavoro le

cui analisi, secondo l'autore, consentono raramente di individuare con precisione i luoghi a cui si riferiscono, ma procedono per raggruppamenti di professioni, categorie di individui che svolgono le medesime mansioni in posti relativamente omogenei o che sono esposti ai medesimi fattori di rischio al fine di individuare l'incidenza delle malattie professionali. Anche in queste ricostruzioni è evidente l'importanza della posizione sociale del lavoratore con riferimento alla possibilità di insorgenza di determinate patologie.

A prescindere dalle connotazioni spaziali su cui si concentra l'approccio ecologico, negli ultimi anni le riflessioni e le ricerche sulla relazione tra povertà e salute si sono estese ad ulteriori dimensioni sociali e a fenomeni fino a quel momento non contemplati. Si parla infatti di "nuove povertà", "esclusione sociale", "povertà operosa", "fragilità", "vulnerabilità sociale". Quel che emerge da questo nuovo lessico è che la povertà non è ascrivibile esclusivamente a fattori economici, quali ad esempio la distribuzione più o meno iniqua del reddito. Come chiarito da Maturò:

certo non si possono dimenticare le povertà estreme di quelle persone che la società dipinge come "residuali" rispetto all'ordine sociale nel suo complesso, però oggi dobbiamo fare i conti con forme di povertà "opaca" tanto invisibile quanto diffusa. Si tratta di una povertà "basculante", ovvero oscillante tra normalità e precarietà (Maturò 2015, p. 41).

L'incidenza sulle condizioni di salute di queste nuove forme di disuguaglianza, alle volte dettate da eventi imprevedibili, quali la perdita del lavoro, della casa, ovvero un divorzio, seppur modulabile nella sua intensità, non può certo essere sottovalutata. Anzi queste esperienze improvvise di vulnerabilità sono in grado di innescare reazioni a catena che si riversano su molteplici dimensioni, quali quella economica, familiare, affettiva e sociale. Tuttavia l'opacità che le accompagna non può certo esimerci dal continuare a rifletterne nel tentativo, non solo di definirne contorni e implicazioni, ma

anche, per quanto possibile, di elaborare adeguate strategie di contrasto che si snodino innanzitutto su una presa di coscienza dell'esistente. Come ribadito precedentemente, obiettivo del presente lavoro è quello di ricostruire l'implementazione della riforma della sanità penitenziaria secondo la percezione che di essa hanno gli operatori sanitari. Non possiamo non evidenziare, come l'intento ulteriore, seppur mediato, sia anche quello di restituire una fotografia della tutela della salute in carcere, nella speranza che le problematiche riscontrabili rappresentino una feconda occasione per riflettere criticamente sulle funzioni non sempre esplicite della pena detentiva e sul livello di garanzia dei diritti dei detenuti che ne deriva.

II.III. Alcuni contributi sociologici sulla malattia

Sinora ci siamo concentrati sul ruolo che le disuguaglianze rivestono nella definizione delle condizioni di benessere degli individui. Come abbiamo tentato di dimostrare, la salute delle persone appartenenti a categorie marginali, per i fattori sopra richiamati, è spesso minata. Una volta che tale evento si verifica, quale significato assume la patologia e quale la condizione di malato? Sul punto riteniamo di dover richiamare alcuni contributi sociologici²⁷ che ci consentano di comprendere come l'esercizio del potere medico, l'interazione tra soggetti e la produzione di significati che ne deriva siano fenomeni altrettanto fondamentali nel rimodulare la stessa concezione di salute.

Parsons è il primo ad elaborare una griglia di concetti tra loro connessi di stampo prettamente sociologico per l'analisi del ruolo del malato e del medico all'interno della società industriale. Nonostante altri studiosi avessero indagato quest'ambito, è con Parsons che la sociologia diviene una scienza di assoluta rilevanza nello studio dei rapporti intercorrenti tra malattia e società (Maturò 2015). Il modello teorico elaborato ha fornito ai sociologi la legittimazione per rivendicare le proprie competenze, sino a

²⁷ Per un'esaustiva analisi delle teorie sociologiche sui concetti di salute e malattia cfr. Maturò (2015) e Cipolla (2015);

quel momento prerogativa esclusiva della professione medica, nei confronti della dimensione sociale della salute e della medicina (Riska 2012). Come scrive Cockeram

il funzionalismo non può essere un paradigma ottimale per spiegare la malattia, ma Parsons ha formulato un concetto dell'esperienza di malattia in relazione alla società che ha avuto un profondo effetto nel successivo sviluppo della *medical sociology*. Parsons ha reso la *medical sociology* accademicamente rispettabile (Cockeram 1983, p. 1527).

La sua impostazione teorica, così come molte di quelle successive, è debitrice nei confronti delle riflessioni elaborate da Durkheim e Weber, nonostante nessuno dei due si sia mai occupato in maniera specifica di salute (Maturò 2015). Il primo ha tentato di trovare una giustificazione sociologica alle distinzioni tra situazioni normali e situazioni patologiche, mentre il secondo, con le sue riflessioni sulla burocrazia, ha fornito il retroterra concettuale per lo studio della professione medica.

L'assunto che sta alla base delle teorizzazioni di Parsons contenute ne *Il sistema sociale* (1965) è che la malattia rende gli uomini incapaci di assolvere in maniera proficua i ruoli sociali a cui sono deputati. In questo senso il malato si configura come deviante rispetto alle norme e alle aspettative del contesto in cui vive e questo dato genera un interesse funzionale della società al suo controllo, realizzato attraverso il dispiegarsi della professione medica. Il ruolo del medico pertanto, oltre a caratterizzarsi per meccanismi di incorporazione di valori di realizzazione connessi all'erogazione di una prestazione (ibidem), si configura tanto in termini universalistici, quanto in termini funzionalmente specifici. Detto altrimenti, il professionista – attraverso la diagnosi – esprime proposizioni altamente generalizzabili e tratta la malattia così definita secondo un'elevata competenza tecnica che non implica necessariamente ulteriori conoscenze in altri ambiti.

Inoltre tale attività deve necessariamente manifestarsi come affettivamente neutrale: nessun sentimento di empatia deve interessare la relazione del medico con il paziente. Quest'ultimo, in tale quadro, viene esentato – sulla base di una legittimazione proveniente dal sapere tecnico – dalle responsabilità derivanti dal ruolo sociale sino a quel momento ricoperto. Viene altresì eliminata la possibilità di guarire attraverso un suo atto di volontà, motivo per cui, una volta riconosciuta la malattia come situazione del tutto indesiderabile, è chiamato a mobilitarsi nel cercare un aiuto tecnicamente competente e a cooperare nel perseguire le direttive così impartite. In questo modo tra medico e paziente si realizza una struttura complementare di ruoli (Parsons 1965).

Parsons approfondisce anche la malattia in relazione con la struttura sociale. In perfetta coerenza con il sistema che analizza, individua nella patologia

uno stato di turbamento del funzionamento *normale* dell'individuo umano nel suo complesso, in quanto comprende sia lo stato dell'organismo come sistema biologico sia i suoi adattamenti personali e sociali. Essa viene così definita in parte biologicamente e in parte socialmente. La partecipazione al sistema sociale è sempre potenzialmente rilevante per lo stato di malattia, per la sua eziologia e per le condizioni di successo della malattia, nonché per altri aspetti (Parsons 1965, p. 438).

In quest'ambito, il ruolo del soggetto affetto da una malattia si caratterizza in termini di contingenza, intesa come indipendenza dallo status ricoperto in altri ambiti, temporaneità²⁸, che giustifica l'intervento medico, e negatività, nel senso che la sua condizione è definita in termini deficitari rispetto alla salute. Pertanto, tentando di riassumere, secondo Parsons la condizione del paziente è connotata da debolezza e

²⁸ Maturo (2015) sul punto precisa che la temporaneità debba essere declinata come possibilità del soggetto, attraverso l'intervento medico, di migliorare o comunque modificare la sua condizione di malato. Tale connotazione gli consente di ritenere che le riflessioni di Parsons siano applicabili anche alle malattie croniche da cui raramente si può guarire ma di cui possono comunque essere alleviati i sintomi.

subordinazione rispetto all'intervento medico di cui avverte il bisogno e nei cui confronti è del tutto incompetente, nonostante la sua implicazione emotiva.

Proprio queste caratteristiche della teoria del *sick role* conducono alcuni a ritenere che la posizione di Parsons fosse in fondo del tutto collimante con le logiche e le visioni della classe egemone (Maturò 2015). Scrive ad esempio Donati: “la sociologia funzionalista della medicina opera sempre sull'assunto che, in linea di principio, l'integrazione sociale debba e possa essere ricondotta sempre all'integrazione sistemica e non viceversa, né sono previsti *feedbacks* di nessun genere” (Donati 1987, p. 30).

Anche la connotazione del malato come deviante non menziona alcun intento di contrasto o ribellione rispetto all'ordine sociale, ma si configura, come sopra chiarito, come deresponsabilizzazione, da altri legittimata, rispetto al ruolo sino a quel momento ricoperto. Da ciò discende un completo assoggettamento dell'individuo al volere del medico, il quale elabora la terapia esclusivamente attraverso l'applicazione di nozioni specifiche al caso concreto. In questo senso Maturò ritiene che Parsons abbia assolutizzato l'aspetto unilaterale della cura e l'asimmetria del rapporto medico paziente che, seppur presenti ancora oggi, necessitano comunque di essere rivisti alla luce della *compliance* del singolo, ovvero la volontà di aderire al percorso proposto, nonché della necessità che l'approccio medico si caratterizzi per empatia e vicinanza rispetto al paziente e non esclusivamente in termini diagnostico-prescrittivi. Tali aspetti conducono a ritenere che il contributo di Parsons sia comunque ambivalente: infatti se, da una parte, non può non riconoscersi il merito di aver fornito una struttura concettuale alla sociologia della salute, dall'altra le sue riflessioni contribuiscono a rafforzare una prospettiva medico-centrica che rischia di aprire la strada ad un paradigma medicalizzante della vita sociale, basato su una sostanziale neutralità affettiva, in cui è pertanto scarso lo spazio per una considerazione della persona nella sua interezza e, più

in generale, per una progressiva umanizzazione dei servizi socio-sanitari (Donati 1987, Maturò 2015).

Nonostante le criticità rilevate nelle riflessioni di Parsons, a nostro avviso, la teoria del *sick role* da egli elaborata ci consente di concentrarci sul rapporto incrociato tra le forme di devianza. Nello specifico, accogliendo la nozione di malattia sopra richiamata, è possibile evidenziare una correlazione della stessa con il processo di costruzione della devianza. Si tratta in entrambi i casi di situazioni idonee a interrompere, alterare e modificare lo stato di normalità. Il malato smette di essere normale nel momento in cui il suo disturbo, reale o presunto, lo allontana dal ruolo ricoperto fino a quel momento rendendolo di fatto improduttivo. Il deviante è tale dal momento in cui sceglie di non condividere l'insieme di pratiche, non necessariamente riconosciute e interiorizzate, ma comunque rispettate dalla comunità. In questo senso tanto la malattia quanto la devianza, intese entrambe come situazioni idonee a identificare e diversificare l'individuo, rompono il legame che sussiste tra lo stesso e la società (Cerosimo, Rauty 2001). In entrambi i processi menzionati il concetto di cura appare centrale. Seppur diversi, gli strumenti trattamentali di carattere medico e di carattere penale mirano entrambi a ricondurre il soggetto verso uno stato di pretesa normalità.

Nel contesto carcerario si curerebbe il detenuto attraverso l'inflizione di un male idoneo a ricreare i presupposti per un futuro reinserimento nella società. Nell'ambito ospedaliero invece gli strumenti della tecnica dovranno essere in grado di eliminare l'elemento patogeno. È il raggiungimento di uno stato normale perso ad essere centrale. Tuttavia la normalità, intesa come risocializzazione dell'individuo, per quanto legislativamente assunta come funzione principale ed esclusiva, non è l'unico obiettivo del sistema penale. Quest'ultimo, a nostro avviso, sia a livello funzionale che nei criteri di legittimazione, presenta anche altri scopi, come quello della neutralizzazione e della difesa sociale. Anche in relazione a queste finalità è possibile leggere delle forti

analogie con le forme di esclusione preventiva rispetto al contagio. In ogni caso, sia che si privilegi l'aspetto normalizzante, sia quello neutralizzante o di difesa sociale, è ancora una volta il corpo ad esser contenuto, gestito, trattato e controllato. Riprendendo Foucault "non è la prima volta che il corpo è oggetto di investimenti così imperiosi e pressanti; in ogni società, il corpo viene preso all'interno di poteri molto rigidi, che gli impongono costrizioni, obblighi e divieti" (Foucault 1975, p. 149).

Con Goffman l'attenzione si sposta sullo strutturarsi delle interazioni tra la persona malata e la società e sugli effetti che da tale fenomeno derivano. Si concentra principalmente sui risvolti che il trattamento della malattia mentale produce sugli individui e sulle istituzioni manicomiali deputate alla loro contenzione. In *Stigma* Goffman analizza la condizione sociale dei soggetti portatori di diversità considerate socialmente indesiderabili. Utilizzando un termine che nel mondo greco rappresentava i segni che venivano incisi sui corpi di schiavi, di traditori e di coloro che si fossero macchiati di qualche colpa, ritiene che lo stesso possa essere applicato su tre differenti livelli:

al primo posto stanno le deformazioni fisiche; al secondo gli aspetti criticabili del carattere che vengono percepiti come mancanza di volontà, passioni sfrenate o innaturali, credenze malefiche e dogmatiche, disonestà. Tali aspetti sono dedotti, per esempio, dalla conoscenza di malattie mentali, condanne penali, uso abituale di stupefacenti, alcolismo, omosessualità, disoccupazione, tentativi di suicidio e comportamento politico radicale. Infine, ci sono gli stigmi tribali della razza, della nazione, della religione, che possono essere trasmessi di generazione in generazione e contaminare in egual misura tutti i membri di una famiglia (Goffman 1983, pp. 4-5).

Servendosi di numerose testimonianze di ciechi, menomati e altri portatori di handicap, dimostra come la diversità si inserisca nell'interazione sociale innescando reazioni che non si sarebbero manifestate se entrambi i membri della relazione fossero stati

“normali”. Ferma la condanna in capo allo stigmatizzato di perturbare – in maniera più o meno intensa – l’interazione, può accadere che l’altro soggetto coinvolto nella relazione reagisca in maniera umiliante e denigratoria, ovvero in modo comprensivo e normalizzante. Ma può anche accadere che lo stigma conduca a meccanismi di esclusione sociale talmente pervasivi da trasformare il diverso in una non-persona, di cui viene sostanzialmente negata l’esistenza. Qualunque sia la reazione innescata, va precisato che lo stigma acquisisce senso non tanto all’interno della persona, bensì in un contesto sociale connotato da significati condivisi. In tal senso Goffman precisa:

vorrei ripetere che lo stigma non riguarda tanto un insieme di individui concreti che si possono dividere in due gruppetti, lo stigmatizzato e il normale, quanto piuttosto un processo sociale a due, assai complesso, in cui ciascun individuo partecipa in ambedue i ruoli, almeno per quello che riguarda certe connessioni e durante certi periodi della vita. Il normale e lo stigmatizzato non sono persone, ma piuttosto prospettive (Goffman 1983, pp. 150-151).

Lo stigma pertanto si configura come prodotto sociale dotato di specifica diacronicità e con uno sviluppo che si innesca in maniera graduale nelle relazioni sociali. La sua esistenza di fatto dipende dal contesto in cui viene riconosciuto, rielaborato, trattato e rinegoziato.

In *Asylums* Goffman si concentra sul funzionamento delle istituzioni totali e sugli effetti che le stesse producono su coloro che vi sono internati. Nonostante individui diverse tipologie²⁹ di organizzazioni così definite, la sua attenzione si basa principalmente sugli ospedali psichiatrici e sulle prigioni. La caratteristica principale delle organizzazioni così definite è quella di recidere l’abituale distinzione spaziale tra

²⁹ Secondo Goffman (1968) le istituzioni totali possono essere raggruppate sostanzialmente in cinque categorie: istituzioni nate a tutela di incapaci non pericolosi, quali ciechi, vecchi, orfani e indigenti; ovvero a tutela di coloro che, incapaci di badare a se stessi, rappresentano un potenziale pericolo per la società, quali ad esempio sanatori per tubercolotici, ospedali psichiatrici e lebbrosari; altre create per segregare coloro che mettono in pericolo la società, tra cui prigioni, penitenziari, campi di concentramento e campi per prigionieri di guerra, o per svolgere all’interno una determinata attività, tra cui collegi, piantagioni coloniali e grandi fattorie, infine le organizzazioni che definisce staccate dal mondo e destinate principalmente alla carriera religiosa, tra cui abbazie, monasteri e conventi.

le varie attività quotidiane quali il dormire, il lavorare o il divertirsi. Detto altrimenti, posto che uno degli assetti fondamentali nelle società moderna è che l'uomo tende a svolgere le varie attività in luoghi diversi, con compagni diversi e sotto diverse tipologie di autorità, le istituzioni totali tendono ad eliminare queste barriere tra le varie sfere della vita. Pertanto, i vari aspetti della quotidianità si svolgono nel medesimo spazio, a stretto contatto con un numero indefinito di persone, sottoposte alla medesima autorità e obbligate a rispettare i medesimi doveri, tutto secondo un ritmo ben definito.

Il fatto cruciale delle istituzioni totali è dunque il dover “manipolare” molti bisogni umani per mezzo dell'organizzazione burocratica di intere masse di persone – sia che si tratti di un fatto necessario o di mezzi efficaci cui l'organizzazione sociale ripercorre in particolari circostanze (Goffman 1968, p. 36).

Una volta entrato nell'istituzione l'internato subisce una sostanziale degradazione del sé, realizzata attraverso processi – non necessariamente intenzionali – di mortificazione e umiliazione standardizzabili e attraverso l'immediata recisione dei contatti abituali con il mondo esterno, fattore quest'ultimo che conduce rapidamente a quella che Goffman definisce spoliamento dei ruoli (Goffman 1968, p. 45). Le procedure di ammissione, di cui la nudità fisica rappresenta una delle più frequenti concretizzazioni, si configurano pertanto come azioni di “smussamento” e di “programmazione” (ibidem) dell'identità dell'individuo che può essere attribuita al meccanismo amministrativo per essere rimodulata e plasmata attraverso incombenze quotidiane.

Goffman prosegue poi descrivendo le *routines* attraverso le quali l'internato è obbligato a impegnarsi in attività le cui implicazioni simboliche sono spesso contrastanti con la concezione che ha di se stesso, quali ad esempio il dover chiedere il permesso per cose del tutto irrilevanti, il dover utilizzare costantemente espressioni di deferenza con lo staff, ovvero dover vivere in spazi ristretti con un alto livello di promiscuità. Inoltre l'individuo vive in una costante condizione di esclusione dalla

comunicazione e asimmetria informativa che consente allo staff di costruire con lo stesso un'adeguata distanza che consenta di mantenere un ampio margine di controllo.

Mentre prosegue il processo di mortificazione e spoliatura sopra accennato, il soggetto internato tende a riorganizzarsi sulla base di un sistema di privilegi che gli vengono forniti dall'istituzione stessa in cambio dell'obbedienza – materiale e psicologica – allo staff e di un buon grado di collaborazione. Parallelamente, nelle istituzioni totali possono svilupparsi delle forme di adattamento secondario, ossia un insieme di pratiche che consentono all'internato, seppur senza porsi in palese contrasto con lo staff, di ottenere soddisfazioni proibite e, più in generale, di avvertire di essere ancora padrone di sé e del proprio comportamento. “Talvolta un adattamento secondario diventa quasi un margine di difesa del sé, una *churinga*³⁰ nella quale si sente che l'anima risiede” (Goffman 1968, p. 82).

Questi sono alcuni dei temi che conducono Goffman ad avere un impatto elevato nel campo della psichiatria, della psicologia sociale e della sociologia della devianza. Le sue riflessioni, per quanto a noi interessa, sono utili nel fornirci gli strumenti per comprendere come alcuni significati costruiti socialmente rispetto a determinate categorie di soggetti siano idonei a slittare in ambiti istituzionali per poi agire come profezie che si auto-avverano. Per quanto attiene più strettamente al diritto alla salute in carcere, possono altresì orientarci nell'indagare lo status sociale di detenuti affetti da determinate patologie, quali quelle sessualmente trasmissibili, nel comprendere come forme di stigma meno visibili – come nel caso dei detenuti migranti – siano potenzialmente idonee a determinare la condizione di malato e le connesse fobie di contagio e, non ultimo, a decifrare i rituali normativi che all'interno del carcere consentono al personale sanitario di mantenere un determinato ordine cognitivo e morale nell'interazione con il paziente.

³⁰ Oggetto costituito spesso da tavolette di legno o pietra riportanti delle incisioni o dei dipinti, utilizzato da alcuni popoli nativi dell'Australia nei riti di iniziazione.

Per Illich (2004), in *Nemesis Medica. L'espropriazione della salute*, il presupposto di qualsiasi approccio allo studio di salute e malattia è molto chiaro. Precisa infatti nelle righe introduttive del testo citato:

la corporazione medica è diventata una grande minaccia per la salute. L'effetto inabilitante prodotto dalla gestione professionale della medicina ha raggiunto le proporzioni di una epidemia. Il nome di questa nuova epidemia, *iatrogenesi*, viene da *iatros*, l'equivalente greco di medico, e *genesis*, che vuol dire origine (...) Un'approfondita discussione pubblica della pandemia iatrogena, che cominci con una sistematica demistificazione di tutto ciò che riguarda la medicina, non può essere pericolosa per la collettività. Pericoloso è invece un pubblico passivo ridotto ad affidarsi alle superficiali pulizie intraprese per suo conto dai medici (Illich 2004, pp. 9-10).

Per Illich pertanto la medicina, imponendosi nella definizione di malattia e, di conseguenza, di ciò che dev'essere considerato normalità e colonizzando sempre più estesi ambiti disciplinari, ha di fatto espropriato l'uomo della sua salute. In questo processo la stessa salute non può che subire una progressiva riduzione. In effetti, se si considera che la salute – almeno nel linguaggio quotidiano – designa la capacità dell'individuo di far fronte alla vita in modo autonomo e responsabile, avendo fiducia delle proprie azioni, l'attribuzione delle condizioni di sopravvivenza ad una regolazione eteronoma non può che generare reazioni di deresponsabilizzazione e dunque di progressiva riduzione delle condizioni di benessere. In questo quadro pertanto qualsiasi tutela istituzionale della salute, sia essa preventiva, curativa o ambientale, non può che concretizzarsi in una negazione sistematica della salute stessa (2004).

Illich distingue tre tipologie di iatrogenesi: clinica, sociale e culturale. La prima si basa sull'assunto che lo stato di salute di qualsiasi popolazione è determinato dall'ambiente, in correlazione con il livello di uguaglianza sociopolitica e con i meccanismi culturali che consentono di mantenere stabile un popolo. In questo quadro,

a differenza dei miglioramenti ambientali e dello sviluppo di misure sanitarie non professionale, l'intervento medico non appare mai significativamente collegato a un calo della morbosità globale o a un aumento della speranza di vita. Anzi, sono proprio gli interventi medici, la somministrazione di farmaci e l'aumento delle ospedalizzazioni a produrre, come effetti collaterali, una molteplicità di patologie e danni alle persone. Sono proprio tali effetti collaterali della terapeutica che Illich definisce iatrogenesi clinica.

Fornisce poi una serie di esempi di cattive pratiche mediche derivanti ad esempio dalla somministrazione inadeguata di medicinali, dalle conseguenze che da questa assunzione derivano, da interventi chirurgici non necessari e dalle cause di invalidità che generano, ovvero dagli infortuni e dalle infezioni che si verificano durante i ricoveri. A tutte queste pratiche di degradazione sono sottesi la serializzazione e il tecnicismo di quella che un tempo era definita arte medica.

Da quando il medico ha cessato di essere un artigiano che esercitava un'arte su individui che conosceva di persona ed è diventato un tecnico che applica regole scientifiche a classi di pazienti, la malapratica ha assunto un carattere anonimo, quasi rispettabile. Ciò che una volta era considerato un abuso di fiducia e una colpa morale ora può essere razionalizzato come una fortuita disfunzione dell'apparecchiatura o dei suoi operatori (Illich 2004, p. 38).

Con il termine iatrogenesi sociale, Illich si riferisce invece a tutte le menomazioni della salute causate dai cambiamenti socio-economici resi possibili, desiderabili o necessari dalla forma istituzionale assunta dalla cura della salute. La medicina in questo caso pregiudica il benessere non tanto come aggressione diretta agli individui, ma anche per l'effetto della sua stessa organizzazione istituzionale. La iatrogenesi sociale si genera tutte le volte in cui le pratiche burocratiche inducono stress, acuiscono i meccanismi di dipendenza dell'individuo dal sistema sanitario, generando nuovi bisogni, abbassando il

livello di sopportazione del dolore e riducendo la tolleranza che solitamente si concede a coloro che soffrono. Detto altrimenti, questa forma di minaccia si manifesta tutte le volte in cui:

la cura della salute si trasforma in un articolo standardizzato, un prodotto industriale; quando ogni sofferenza viene ospitalizzata e le case diventano inospitali per le nascite, le malattie e le morti; quando la lingua in cui la gente potrebbe fare esperienza del proprio corpo diviene gergo burocratico; o quando il soffrire, il piangere e il guarire al di fuori del ruolo di paziente sono classificati come forme di devianza (Illich 2004, p. 49).

Per Illich pertanto la medicina agisce per conservare l'esistente e, simultaneamente, entra in conflitto con altri sottosistemi sociali (Maturò 2015) per accrescere il proprio potere e la propria giurisdizione professionale (Giarelli 2003). In questo quadro il medico è l'unico ufficialmente riconosciuto come titolare dell'autorità diagnostica, chiamato a trasmettere all'individuo la possibilità di comportarsi da malato e a decidere quali dolori siano meramente soggettivi e simulatori e quali sintomi vadano riconosciuti come malattia e quali no. Il medico per Illich, al pari di preti e giudici, si configura come un imprenditore morale, dotato di un'ampia gamma di poteri inquisitori che gli consentono di categorizzare la diversità degli individui e di predisporre la cura che ritiene opportuna. In questo senso "la morale è altrettanto implicita nella malattia quanto nel delitto o nel peccato" (Illich 2004, p. 54). Queste forme di imperialismo diagnostico sono particolarmente aderenti al contesto penitenziario. In effetti, durante la ricerca condotta, è stato a più riprese confermato come nel rapporto medico-paziente detenuto si manifestino delle retoriche dominanti, unilateralmente costruite, sui sintomi denunciati, sulle richieste mosse e sullo stesso utilizzo del corpo. Molti degli operatori intervistati, omettendo di valutare le criticità a cui sono esposti corpo e mente del detenuto, sostengono che in carcere la simulazione di patologie in realtà inesistenti e il rischio di essere costantemente oggetto di manipolazione si impongano come fattori

determinati nell'annullare, o comunque nel rimodulare, l'alleanza terapeutica tra i soggetti coinvolti nella relazione. Gli stessi gesti di autolesionismo, nonché i tentativi di suicidio, soprattutto quando posti in essere da detenuti stranieri, sono spesso essenzializzati e superficialmente ricondotti a quadri culturalisti. Come daremo ampiamente conto nel prosieguo, si tratta di dinamiche che, oltre a tradire lo spirito riformista della disciplina in esame, risultano spesso contraddette dall'attuale configurazione del penitenziario. A nostro avviso in effetti sono sicuramente riscontrabili tentativi di esasperare la propria condizione per ottenere dei benefici penitenziari, ma può ben accadere il contrario, ossia l'esigenza del detenuto di dissimulare eventuali sofferenze per non incorrere in un aggravamento delle condizioni detentive.

Secondo Illich, da queste forme di iatrogenesi deriva un elevato tasso di medicalizzazione della vita che non si manifesta esclusivamente nella quota di reddito spesa da ciascun cittadino su ordine del professionista o nel sovra-consumo di farmaci spesso riscontrato, ma si estende ad una sostanziale riscrittura della vita secondo episodi a rischio, si pensi all'adolescenza o alla vecchiaia, ognuno dei quali necessita di un determinato sapere tecnico.

Infine l'autore, riferendosi all'eliminazione da parte della medicina della volontà dei singoli di soffrire la propria condizione, individua nell'invenzione della malattia e nella fine della morte naturale un terzo modo di negare la salute che egli definisce iatrogenesi culturale. Un primo sintomo di questa forma iatrogenetica, secondo Illich, va individuato nei mutamenti di significato che hanno interessato la parola sofferenza: non più intesa come risposta umana reale, bensì evocativa di fenomeni quali la superstizione, il sadomasochismo ovvero la degnazione del singolo nei confronti del povero (Illich 2004, p. 139). Ma non solo. L'esperienza del dolore non è solo un fatto soggettivo, ma anche culturale. Le culture sono in effetti sistemi di significati che

agiscono nel definire un dolore, e dunque nell'integrarlo in una situazione dotata di senso, nonché nel renderlo sopportabile, individuandone le necessità e le cause che vi sono alla base. Secondo Illich, nella cultura occidentale il progressivo sviluppo di un sistema medico altamente tecnico avrebbe espropriato l'uomo – inteso come parte di una collettività – dalla possibilità di attribuire un determinato significato al dolore.

Mentre per la cultura il dolore è un disvalore intrinseco, intimo e incomunicabile, per la civiltà medica è soprattutto una reazione organica, sistemica, che si può verificare, misurare e regolare (...). Il dolore diventa oggetto di controlli da parte del medico anziché occasione per chi lo soffre di vivere responsabilmente la propria esperienza (Illich 2004, p. 152).

Anche la malattia, secondo Illich, si manifesta come un'invenzione creata per mantenere integro e legittimo un determinato ordine sociale. Molte patologie sarebbero invece l'effetto dell'oppressione insita nel sistema. Tuttavia, qualsiasi tipo di società industriale mantiene un alto interesse nel salvaguardare la legittimità epistemologica degli stati morbosi. In effetti finché la malattia si manifesta come qualcosa che si impossessa quasi fortuitamente degli uomini, è possibile non solo esentare le vittime di questo processo naturale da ogni responsabilità, ma è altresì plausibile – cosa ben più importante – negare che quella determinata patologia sia il frutto di stili di vita e condizioni ambientali che vengono imposte: “l'assicurazione di personale innocenza politica che la diagnosi offre al paziente serve come una mascherina che giustifica un ulteriore asservimento alla produzione e al consumo” (Illich 2004, p. 183). L'epilogo di questo processo – storicamente riscontrabile, secondo Illich – non può che manifestarsi nella medicalizzazione della morte, ormai oggetto di specifiche tecniche e innovative misurazioni che privano l'uomo di qualsiasi autonomia e dignità nel gestirla e affrontarla.

In sintesi, conclude Illich, il sistema sanitario non solo produce ampie e intollerabili esternalità negative, ossia costi sociali che non sono compresi nei costi monetari, ma è anche intrinsecamente contro-produttivo in quanto – privando l'uomo della possibilità di riappropriarsi del dolore, della malattia e della morte come fatti intimi e socialmente condivisi – finisce per negare il fine, la salute, a cui risponde, almeno in linea teorica, la sua stessa istituzione. Queste conclusioni possono essere altresì traslate nel contesto carcerario. In effetti la delega che l'amministrazione penitenziaria ha riconosciuto alla sanità in carcere è davvero molto estesa. Si tratta di un fenomeno che, come sopra chiarito, riguarda anche la realtà esterna. Tuttavia, a nostro avviso, la specificità del contesto carcerario impone delle riflessioni aderenti allo stesso. La sanità penitenziaria, in una prospettiva teorica, dovrebbe essere chiamata a supportare le capacità e l'autonomia del singolo nell'affrontare la detenzione in maniera cosciente e responsabile, nell'ottica di un futuro reinserimento. Dovrebbe essere chiamata a tutelare la salute dell'individuo nella convinzione che la stessa rappresenti una preconditione per il dispiegarsi delle opportunità (spesso scarse) riconosciute al singolo. Nei fatti la sanità rappresenta spesso la valvola di sfogo di tutte le criticità, ambientali e strutturali, del carcere. In questo quadro tuttavia gli strumenti di cui dispone rimangono pressoché immutati. La medicina penitenziaria in effetti non ha allo stato capacità di intervenire nella costruzione dei percorsi trattamentali, né di agire sulle caratteristiche situate del penitenziario. Questa sostanziale stasi, a fronte di attribuzioni sempre crescenti, accoglie in sé dei grandi rischi: non solo l'amministrazione, ma gli stessi detenuti, tentano di attribuire la gestione di molteplici aspetti connessi alla carcerazione alla sanità penitenziaria, la quale accoglierà il mandato, quando non ritenga che si tratti di mera simulazione, patologizzando il disagio che le viene rappresentato e intervenendo in termini meramente emergenziali e attualistici. Questo dato non solo conduce ad un moltiplicarsi costante delle prestazioni richieste e di fatto prestate, così come

confermato dagli operatori intervistati, ma può altresì comportare una progressiva deresponsabilizzazione del detenuto, nonché una progressiva spoliatura dell'autonomia, della stessa sofferenza e delle capacità di attribuire specifici contenuti all'esperienza detentiva. In questo processo non intendiamo certo attribuire delle responsabilità al singolo detenuto; quel che piuttosto riteniamo importante evidenziare è che la sanità penitenziaria, ottenendo da più fronti una legittimazione ad un mandato piuttosto ampio, che spesso esula da questioni prettamente sanitarie, rischia di moltiplicare i suoi utenti, i servizi e le prestazioni, a fronte di disagi non sempre coerenti con il suo mandato, finendo per annullare quel potenziale supportivo a cui, la sua stessa istituzione, dovrebbe almeno in linea teorica rispondere.

II.IV. Medicina e medicalizzazione

Nelle ultime righe del precedente paragrafo abbiamo sottolineato come per Illich la progressiva medicalizzazione della vita debba essere imputata all'organizzazione del sistema sanitario, il quale, a suo avviso, si caratterizza come produttore di malattia. La medicalizzazione consiste in un processo all'interno del quale problemi di carattere non strettamente sanitario vengono solitamente definiti in termini patologici e trattati con gli strumenti della medicina. Detto altrimenti, la medicalizzazione può essere intesa come estensione di linguaggi e pratiche mediche in variegati ambiti della vita quotidiana. Abbiamo altresì tentato di dimostrare come questo fenomeno trovi largo riscontro anche nel contesto penitenziario.

Maturo (2015) invita a distinguere a seconda del piano concettuale, istituzionale o interazionale in cui si manifesta. La medicalizzazione concettuale si ha tutte le volte in cui si utilizza una terminologia medica per descrivere e definire ciò che medico non è. Sul punto Brown (1995) invita a discriminare tra costruzione sociale della conoscenza medica e costruzione sociale della malattia. In effetti, nonostante i due ambiti di definizione siano spesso sovrapposti – considerato che spesso le valutazioni delle

persone sulla patologia corrispondono a quelle offerte dalla medicina – non possono comunque essere interpretati come un'unica cosa. Se la costruzione sociale della malattia riguarda più che altro l'esperienza che ne fa l'individuo sia singolarmente, sia all'interno di contesti familiari o comunque di piccoli gruppi, la costruzione sociale della conoscenza medica è legata a fattori di tipo strutturale, quali ad esempio le pratiche professionali e istituzionali del servizio sanitario, il rapporto di quest'ultimo con le differenti strutture sociali, il paradigma biomedico ovvero le visioni etiche e morali sul ruolo del professionista (ibidem). In questo senso Brown, nonostante accetti che la diagnosi – ambito privilegiato delle sue riflessioni – possa essere considerata come il prodotto dell'unione tra delle proposizioni scientifiche logicamente correlate e un caso empirico che corrisponde alla fattispecie menzionata dalle premesse, ribadisce la necessità di considerare che la conoscenza scientifica non solo non è sinonimo di oggettività, ma spesso si impone in maniera egemonica nella categorizzazione dei problemi. Essendo la stessa socialmente condizionata non potrà che riversare tali caratteristiche sulla stessa costruzione della diagnosi³¹.

La medicalizzazione istituzionale riguarda invece i casi in cui il medico si avoca il potere di controllare e dirigere segmenti organizzativi non necessariamente di stampo medico. Ci riferiamo nello specifico a quella che Freidson (2002) definisce “dominanza medica”. Secondo Cipolla (2015), nelle altre professioni intellettuali, come il diritto o l'ingegneria, non esiste niente di paragonabile alla dominanza che la professione medica, dalla fine dell'Ottocento, ha esercitato su un numero sempre crescente di occupazioni sanitarie. Il concetto di dominanza professionale indica pertanto il potere che la professione medica esercita nei confronti di altre professionalità sanitarie. Essa può manifestarsi, e si è manifestata, in differenti forme: può trattarsi di una dominanza gerarchica, tipica delle organizzazioni sanitarie quali gli ospedali; funzionale, attraverso

³¹ Per ulteriori approfondimenti sulla griglia concettuale proposta da Brown per l'analisi del processo di costruzione della diagnosi cfr. Brown P. (1995), Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness, *Journal of health and social behavior*, 34-52.

il controllo delle fasi cruciali del processo di cura, quali la costruzione della diagnosi e l'individuazione della terapia; scientifica, attraverso il controllo del sapere medico e delle stesse concezioni di salute e malattia; può trattarsi inoltre di una dominanza istituzionale, esercitata sulle istituzioni chiave del sistema sanitario, quali le Facoltà di Medicina (Cipolla 2015). Proprio la declinazione della medicalizzazione di tipo istituzionale ci induce a riflettere sull'incidenza di tale dominanza sul comparto penitenziario. In effetti accade, come sopra chiarito, che l'amministrazione penitenziaria attribuisca alla sanità in carcere la gestione di sempre crescenti segmenti organizzativi. Tuttavia occorre domandarsi se in questo atteggiamento sia riscontrabile una sorta di subordinazione, o al contrario una modalità di resistenza e di rilegittimazione del proprio operato. In effetti, a nostro avviso, l'appoggio che l'amministrazione penitenziaria ricerca nella sanità non dipende tanto dal subire una sorta di dominanza da parte del sapere medico, ma piuttosto dal fatto che tale delega, e il controllo sugli strumenti con cui la medicina risponde, può rivelarsi particolarmente utile nel rispondere alle esigenze di custodia e ordine sociale proprie del delegante.

Infine, il livello interazionale, probabilmente riscontrabile con maggiore facilità nell'esperienza di tutti coloro che si avvicinano al sistema sanitario, si verifica tutte le volte in cui nel rapporto medico paziente, il primo – grazie alla dominanza del suo sapere e l'asimmetria informativa che caratterizza la relazione tra i due poli (Parsons 1965, Goffman 1968, Illich 2004) – ridefinisce un problema sociale in termini medici.

Quale sia il livello di medicalizzazione riscontrabile, si tratta di un fenomeno presente in varia misura in tutta l'evoluzione della scienza medica degli ultimi secoli. Ongaro Basaglia (2012) precisa che l'avvio del processo di medicalizzazione deve essere individuato già alla fine del XVIII secolo, momento in cui si afferma la medicina ospedaliera. Tale processo non comprende esclusivamente il mutamento del carattere

assistenziale dell'ospizio in quello medico dell'ospedale³², ma implica, sin dal suo esordio, più ampi fenomeni di isolamento e di individuazione di problemi esclusivamente di natura organica, come se l'organismo dell'uomo non fosse tale in rapporto alla complessità dei bisogni e della vita. Nel momento stesso in cui la medicina si struttura come scienza e terapia, la sostanziale omissione nel considerare la specificità dei bisogni delle persone che è chiamata a curare – funzione sino a quel momento svolta dall'ospizio – è il segno dell'identità tra medicina e medicalizzazione: i bisogni e la miseria che fino a quel momento vengono trattati dall'ospizio come mero soccorso assistenziale sono trattati, al pari della malattia, in termini strettamente terapeutici. Scrive a tal proposito:

se la patologia comincia a rifondare il complesso delle sue conoscenze sulla base di una diversa lettura del *corpo morto*, l'ospedale comincia a organizzarsi come struttura terapeutica sul *corpo miserabile*, prendendo la miseria e i suoi prodotti come espressione diretta della malattia (Ongaro Basaglia 2012, p. 170, corsivo in originale).

Questo appare pertanto un dato storico essenziale per comprendere lo strutturarsi del potere medico sul malato, nonché lo strutturarsi di una scienza che, pur avendo a che fare con la povertà e l'indigenza, e con gli effetti prodotti dalle stesse, costruisce le sue competenze sui prodotti di queste situazioni, isolandoli come dati da elaborare celandone le cause. Questo aspetto tuttavia, se solo si considera che la medicina va sviluppandosi in una più ampia struttura sociale basata sul rapporto tra miseria e potere economico, può comportare seri attacchi alla sua presunta neutralità. Detto altrimenti

³² La circostanza che l'ospedale come luogo terapeutico nasca come trasformazione dell'ospizio o del lazzeretto come luoghi di carità, non può essere priva di significato. Se la medicina, nell'arco di pochi decenni, arriva ad inglobare ogni aspetto della vita ospedaliera appropriandosi della malattia e del malato, non può non essere evidenziato come di fatto si trovi ad avere a che fare con le stesse categorie marginali accolte dalle prime strutture assistenziali. Scrive a tal proposito Ongaro Basaglia: “il consolidarsi del potere medico sul corpo del malato, in un corpo sociale che va organizzando le proprie istituzioni, parte dunque dal corpo malato del miserabile, e la natura del potere medico potrebbe anche essere legata alla totale assenza di potere dei ‘particolari’ malati che si appresta a curare” (Ongaro Basaglia 2012, p. 169).

una medicina che isola e tratta la patologia come mero dato naturale – e che allo stesso tempo medicalizza quel che è prodotto da cause sociali – non può che apparire fortemente asservita agli interessi economici propri della classe dominante.

In effetti, lungo tutto l'arco del XIX secolo, le conoscenze mediche progrediscono e si strutturano in un corpo organico e sistematico. Il metodo positivo si estende dall'anatomia patologica, alla biologia, alla chimica, sino alla batteriologia. Vengono individuate le cause delle più importanti malattie in quel momento presenti, fra le quali il genococco, il bacillo della febbre tifoidea, della difterite, del tetano e del colera. La medicina incomincia a disporre di tutti gli strumenti di intervento e, essendo al corrente delle conseguenze prodotte dall'assenza di fognature, di rifornimento idrico sufficiente e delle più elementari misure igieniche, è in grado di fornire indicazioni concrete sulle misure preventive da attuare.

Tuttavia questa capacità di incidere attivamente sulle cause sociali e ambientali della malattia non le viene sufficientemente garantita, ma rimane appannaggio degli Stati che vanno strutturandosi, dell'organizzazione politica ed economica di ciascun Paese. La medicina viene in tal modo relegata nel compito di elaborare strumenti riparatori dei danni prodotti da una sempre più accentuata divisione del lavoro e dallo sviluppo repentino dell'industria.

Non esisteva evidentemente un'analogia coincidenza di interessi per quanto riguardava le malattie dell'uomo: man mano che si afferma la separazione tra la massa che deve essere organizzata perché produca, e la logica della produzione e del profitto che non può – per la sua stessa natura – tener conto dei bisogni di chi deve sfruttare per potersi realizzare, gli interessi scientifici e quelli dell'economia divergono e la medicina viene allontanata dalla globalità dei bisogni dell'uomo di cui aveva iniziato a parlare, per essere relegata in spazi separati dove poter riparare ciò che sarà via via danneggiato (...). Se è vero che tale operazione di allontanamento della medicina dalla complessità dei bisogni dell'uomo era, comunque, implicita nello stesso metodo scientifico, il momento storico in cui la ricerca porta a individuare gli elementi patogeni dell'organizzazione della vita

sociale e del lavoro, poteva essere l'occasione perché la medicina mettesse in discussione se stessa e il proprio metodo: occasione mancata (Ongaro Basaglia, 2012, p. 177).

Su questa netta separazione di competenze si fonda lo sviluppo successivo della medicina e dell'organizzazione ospedaliera, entrambe incentrate sulla costante ricerca di strumenti e tecniche in grado di eliminare i danni che via via si presentano, ma senza alcuna capacità di incidere sui processi storico-sociali che li producono. Operazione che ovviamente non può che ripercuotersi sulle esperienze che gli individui fanno della propria malattia, nonché sulla funzione stessa della scienza medica che – pur essendo ormai in grado di individuare l'origine di differenti stati morbosi – non è chiamata ad agire preventivamente affinché tali stati non si generino.

Quello che durante il XVIII secolo rappresenta l'oggetto principale dello sviluppo della scienza medica, ossia la ricerca e l'individuazione degli agenti patogeni dettati dalle condizioni ambientali e strutturali, viene superato nel corso del XX secolo sino ai giorni nostri attraverso la trasformazione dei modi di vita sociali e della tecnica. Tuttavia alcune delle dinamiche già presenti, quali lo sviluppo dell'industria, lo sfruttamento del lavoro, la presenza di grandi agglomerati urbani e di condizioni di lavoro spesso precarie, continuano a resistere e a dar vita a nuove situazioni patologiche, ormai affrontate con un elevato livello tecnologico. La medicina dei giorni nostri se, da una parte, si trova a dover affrontare una condizione patogena pressoché generalizzata, dettata dall'inquinamento dell'aria, dalla nocività degli alimenti e dei luoghi di lavoro, dall'altra continua a dover far fronte alle malattie che si manifestano, o sono comunque definite tali, nelle sacche di marginalità e di povertà presenti nella nostra società.

La relazione tra la malattia e le cause generative è sempre più esplicita, ma resiste una netta separazione tra la medicina e i bisogni sociali che dovrebbe essere chiamata ad affrontare. Il carattere naturale della malattia, così come appariva agli albori del metodo

scientifico-positivista, sembra riapparire nella nocività oggi prodotta dalle varie componenti sopra menzionate.

In questo processo la medicina non può che progredire nel suo processo di medicalizzazione, continuando a doversi occupare di tutto quel che si verifica una volta che la patologia è già insorta e necessita di essere eliminata o comunque arginata. La prevenzione, nonostante i rilevanti risvolti proficui che potrebbe rivestire, anche in termini di abbattimento della spesa sanitaria, continua ad essere perseguita come obiettivo del tutto marginale. Le competenze diagnostiche e le risposte terapeutiche che ne seguono si fanno via via più sofisticate e si estendono a sempre più ambiti della vita quotidiana, ma persiste il loro carattere residuale.

Proprio l'estensione quantitativa delle categorie mediche è un dato di fondamentale importanza nell'analisi del processo di medicalizzazione (Maturò 2015). Gli esempi di questa progressiva espansione e categorizzazione in termini medici sono innumerevoli³³, riguardano la pressoché totalità delle fasi e delle esperienze di vita, nonostante – una volta ascritta la patologia – la stessa storia generativa venga completamente occultata o comunque separata dai sintomi in cui si manifesta. Il rischio insito in questo processo è elevato: l'individuazione di nuove patologie e, di conseguenza, di nuove tecniche riparatorie che agiscono meramente sui danni altrimenti prodotti, contribuisce a generare nuovi stati patologici. Detto altrimenti, si realizza una

³³ Si pensi ad esempio che un tempo l'iperattivismo veniva attribuito con molta cautela a giovani molto impulsivi e facilmente distraibili. Oggi è considerato un disturbo dell'attenzione diagnosticato in bambini e adolescenti con un'elevata frequenza. Konrad (1999), concentrandosi sull'Alzheimer, sostiene che questa sindrome è oggi considerata tra le prime cinque cause di morte negli Stati Uniti. L'aumento vertiginoso dei casi si è tuttavia manifestato nel momento in cui la diagnosi di Alzheimer è stata del tutto slegata dall'età, prima individuata nei 60 anni, ed è dunque stato possibile ricomprendervi anche i soggetti affetti da demenza senile. Il declino delle capacità cognitive è stato pertanto interpretato come sintomo della malattia e non come naturale conseguenza del processo di invecchiamento. Anche la schizofrenia, secondo Barrett (1998), deve essere considerata come un prodotto del sapere medico. Barrett sostiene la necessità di interpretarla come un simbolo polisemico, al cui interno si concentrano differenti significati, quali lo stigma, la cronicità, i danni del cervello, la degenerazione e la debolezza di carattere e individua il fondamento culturale di questa sindrome nella concezione individualista della persona tipica delle società occidentali. A suo avviso, in altre culture, soprattutto quelle in cui non è presente una netta separazione tra corpo e mente, le concezioni più vicine alla schizofrenia non si riferiscono a vere e proprie esperienze mentali, ma riguardano più che altro disfunzioni nel sistema sociale e nei ruoli ricoperti. Si pensi infine al disturbo post-traumatico da stress riconosciuto con una certa costanza nei soggetti migranti (Marmot 1999) a fronte di storie di vita e di viaggio spesso caratterizzate da privazione, conflitto e morte, ma ormai inserito a pieno titolo nelle patologie di tipo psichiatrico e trattato con interventi di carattere strettamente terapeutico.

sorta di contraddizione: la medicina dei giorni nostri, nell'atto stesso di porre rimedio a vecchi processi patologici, ne fa insorgere dei nuovi.

Ma questo assetto ha anche un ulteriore risvolto. In questo processo la salute si impone come valore assoluto senza il quale non esiste la vita. Questa circostanza acuisce una sorta di dipendenza della persona nei confronti del sapere medico. Se la medicina è infatti chiamata a rispondere a qualsiasi tipo di disagio dell'uomo che si esprima attraverso la sofferenza fisica o psichica, nessuno è più disposto ad accettare alcuno scostamento da una piena condizione di benessere. La salute viene in tal modo enfatizzata come stato ideale realizzabile, ma non tanto attraverso le capacità del singolo di affrontare la propria condizione, sia essa di pieno benessere, ovvero di sofferenza, ma piuttosto attraverso la stessa enfaticizzazione dei risultati e dei successi ottenuti dalla medicina, unica modalità affinché la stessa non perda la credibilità nei confronti dei pazienti e il potere che detiene sugli stessi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sul punto è molto esplicita:

i progressi nel campo della salute sono dovuti meno alle conquiste della scienza medica che ai cambiamenti nell'ambiente esterno e a una tendenza favorevole nel tenore di vita. Noi siamo più sani dei nostri antenati non per quanto ci accade quando siamo malati ma perché non ci ammaliamo; e non ci ammaliamo non perché esistono specifiche terapie protettive, ma perché viviamo in un ambiente più sano. Nel suo prevalente interesse per le minuzie della diagnosi e della patogenesi delle malattie, la medicina corre il rischio di dimenticare che quella che finora si è dimostrata la sua più grande risorsa, la manipolazione dell'ambiente esterno (OMS 1978, p. 450).

Tuttavia le caratteristiche ambientali a cui si riferisce sono esclusivamente quelle di stampo prettamente ecologico. Al contrario riteniamo che, nonostante esistano tuttora ampi spazi di arretratezza anche in termini igienici, l'ambiente esterno da manipolare e rivalutare debba ricomprendere al suo interno anche ulteriori fattori, primi tra tutti

l'organizzazione del lavoro, la presenza di ampie sacche urbane di marginalità e la vita sociale più in generale. Solo in tal modo è possibile evitare un perverso travaso di utenti in carcere, nonché riconoscere all'individuo la possibilità di riappropriarsi della salute e dei momenti di sofferenza, a fronte di un sistema sanitario basato dal volto umano (Mahler 1975), capace di individuare le condizioni patogene, di denunciarle e di agire sulle cause che le generano.

Capitolo tre

La dimensione giuridica della salute in carcere

Nei precedenti capitoli ci siamo mossi nell'ottica di definire una cornice di analisi, basata sulla valorizzazione del carcere quale organizzazione burocratica e sulla complessa configurazione attuale della medicina penitenziaria, che ci consentisse di comprendere quanto emerso dalla ricerca di carattere empirico. Tuttavia riteniamo che una chiara lettura dello stato di salute della popolazione detenuta, e delle forme di tutela sinora elaborate e agite, non possa prescindere da una dettagliata analisi delle produzioni legislative e giurisprudenziali sul tema.

Queste ultime saranno infatti utili nell'elaborazione di piani di comparazione tra quanto normativamente imposto e quanto attuato e praticato all'interno degli istituti di pena. A tal fini definiremo innanzitutto la tutela della salute così come delineata nella legge attuativa dell'ordinamento penitenziario, in cui viene riconosciuta una competenza pressoché esclusiva del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. Proseguiremo poi evidenziando le principali modifiche apportate dalla riforma sulla sanità in carcere attuata con il d.lgs. 230 del 1999 che, distanziandosi in maniera netta rispetto al passato, ha sancito l'uguaglianza tra cittadini liberi e detenuti nell'accesso alle cure e ha ricondotto la sanità penitenziaria all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta di una normativa di un'indubbia portata simbolica che tuttavia non si è rivelata del tutto sufficiente nel tutelare i detenuti rispetto agli eventi pregiudizievoli derivanti dalle condizioni detentive. Proprio per questa ragione, concluderemo analizzando l'incidenza sul tema della giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti

dell'Uomo, nonché gli interventi legislativi sinora attuati per rispondere alle gravi violazioni poste in essere dall'ordinamento nazionale.

III.I. La tutela della salute nella legge 354 del 26 luglio 1975

Con la legge 354 del 26 luglio del 1975 veniva formalmente introdotta la disciplina dell'ordinamento penitenziario, nel cui alveo rientravano le prime disposizioni in materia di organizzazione dei servizi sanitari negli istituti di pena. Questo provvedimento si sostituiva al regolamento emanato nel 1931³⁴ dal Ministro della giustizia Rocco e fino a quel momento rimasto in vigore. Obiettivo primario del legislatore era pertanto epurare l'apparato amministrativo deputato all'esecuzione penale dalla matrice fascista che neppure l'approvazione della Costituzione nel 1948 era di fatto riuscita a scalfire (Sarzotti 2015).

Una prima tendenza che emerge dal testo della Riforma, ma che caratterizza tutta la cultura giuridica degli anni Sessanta e Settanta, è pertanto la volontà di elaborare una regolamentazione dell'ordinamento penitenziario costituzionalmente orientata. Tale caratteristica si evince chiaramente dalla stessa struttura gerarchica del testo legislativo³⁵, ripartito in libri, titoli, capi, sezioni, paragrafi e articoli, come solitamente avviene per le norme destinate ad avere – almeno nell'intento del legislatore – larga applicazione.

Vi è anche un altro aspetto che ha inciso sull'approvazione dell'ordinamento penitenziario. Si tratta in effetti di una Riforma approvata in una fase storica del carcere particolarmente delicata. Il carcere “pacificato” (Pavarini 2004, Sarzotti 2015) si era infatti progressivamente trasformato nel carcere delle rivolte che nel biennio 1968-1969

³⁴ Il Regolamento Carcerario Fascista del 1931 mirava per lo più a disciplinare la dimensione organizzativa dell'amministrazione penitenziaria. Per quanto riguarda il diritto alla salute dei detenuti, il provvedimento in oggetto si limitava a regolare i profili più strettamente attinenti alla presenza di personale sanitario all'interno degli istituti penitenziari. Spettava al Ministero di Grazia e Giustizia provvedere alle modalità di cura e di assistenza della popolazione detenuta. Per ulteriori approfondimenti Salvati (2009), *L'evoluzione della legislazione penitenziaria in Italia*, Amministrazione in Cammino.

³⁵ Il testo – nella sua formulazione originaria – contiene due titoli rispettivamente dedicati al trattamento penitenziario e all'organizzazione penitenziaria, a loro volta suddivisi in più capi che contengono tutti i 91 articoli della Riforma.

hanno condizionato profondamente il dibattito sulla nuova normativa. Oltre alle lotte interne, il penitenziario iniziava a cambiare fisionomia accogliendo categorie di persone fino a quel momento sconosciute. Fino agli anni '70 infatti il legislatore si orientava sulla base di un'immagine stereotipata della popolazione reclusa. Nell'immaginario comune il detenuto medio era una persona debole, di provenienza prevalentemente meridionale, analfabeta, di origine contadina e priva di qualsiasi professionalità operaia. Si trattava di un detenuto relativamente "tranquillo", incapace di pregiudicare l'assetto disciplinare dell'istituto (Pavarini 2004).

Tuttavia questa immagine non risultava più del tutto attinente al contesto che tentava di rappresentare. Iniziavano infatti a comparire nello scenario carcerario i primi condannati per reati politici, per terrorismo e per criminalità organizzata. In relazione a questi soggetti, considerati altamente pericolosi, nasceva l'esigenza di predisporre adeguate misure finalizzate a garantire uno stabile livello di sicurezza all'interno della struttura.

La Riforma del '75 intercetta così un momento di radicale cambiamento tanto nelle caratteristiche specifiche dei suoi destinatari, quanto nella cultura giuridica dei suoi redattori. Proprio con riferimento a quest'ultimo aspetto, l'esigenza di approvare una legge che fosse costituzionalmente orientata si evince dallo stesso approccio di stampo correzionalista adottato. Si abbraccia in tal senso l'idea di una pena volta, tra le altre funzioni, al reinserimento sociale del reo. Il perseguimento di questo obiettivo presuppone la definizione di uno specifico trattamento intra-murario, articolato su un insieme variegato di prescrizioni e pratiche quotidiane destinate a garantire il rispetto della disciplina interna e a condizionare, in tal modo, vari aspetti dell'esperienza detentiva. Scrive a tal proposito Sarzotti:

il racconto della Riforma sembra affrontare punto per punto quegli elementi che la scienza penitenziaria ha indicato come gli effetti perversi della prigionizzazione

dell'individuo di clemmeriana memoria, proponendo per ognuno di essi delle contromisure di carattere pratico e organizzativo (Sarzotti 2015, p. 31)

L'incipit del testo conferma questa tendenza. L'art 1. o.p., recependo in parte quando sancito dall'art. 27 Cost., impone il dovere di garantire che il trattamento penitenziario non risponda solo ad un generale senso di umanità, ma che sia altresì rispettoso della dignità della persona. Entrambi gli elementi, secondo la lettera della norma, si configurano pertanto come limiti al potere e alla discrezionalità dello stato nella gestione dei detenuti. Ne consegue che la potestà punitiva, per quanto legalmente riconosciuta, non possa in nessun caso pregiudicare i diritti inviolabili dell'uomo.

La disposizione continua disciplinando il fine specifico del trattamento, ossia la risocializzazione attraverso la rieducazione e attraverso il mantenimento dei contatti con l'ambiente esterno. In una prospettiva analitica di tipo narrativo, propria dell'approccio giuridico denominato *Law and Literature*, Fassone (1980) e Sarzotti (2015) ritengono che in questo enunciato sia chiaramente evincibile la consapevolezza del legislatore della contraddittorietà insita nel voler conciliare il carcere, che tipicamente allontana l'individuo – anche materialmente – dal contesto esterno, con la funzione risocializzante della pena.

In ogni caso, nell'ottica del legislatore, affinché l'obiettivo sia quantomeno perseguibile è necessario che il trattamento risponda alle esigenze reali e individuali del detenuto. L'individualizzazione si manifesta come il prodotto di un'attività che si snoda nella triade osservazione, diagnosi e cura. L'art. 13 o.p. dispone che i condannati e gli internati siano sottoposti ad "osservazione scientifica" della personalità al fine di rilevare le carenze fisiopsichiche e le altre cause del disadattamento sociale. Tale attività è demandata ad un'equipe composta dal direttore dell'istituto e da alcuni esperti come criminologi, psichiatri ed educatori e deve aver luogo tanto all'inizio dell'esecuzione penale, quanto nel prosieguo della stessa. In base a quanto riscontrato per ciascun

condannato e per ciascun internato, sono elaborate una serie di indicazioni sul trattamento rieducativo ed è predisposto un “programma individualizzato” che può essere oggetto di modifica ovvero di integrazione nel corso della detenzione.

Nel testo della norma la definizione di trattamento individuale ha una sostanziale funzione assistenziale, tesa ad accompagnare il detenuto in un’auspicabile revisione del comportamento deviante attraverso l’individuazione di specifiche misure, pratiche e azioni. In tal modo l’effetto sperato è che, durante il percorso detentivo, il detenuto interiorizzi una serie di paradigmi comportamentali ritenuti idonei a evitare la recidiva e attenuare la pericolosità sociale. L’accettazione del trattamento, inteso come progressiva risocializzazione, viene valutata in base all’adesione e alla partecipazione del detenuto a programmi educativi, corsi di formazione e proposte lavorative. Altrettanto importanti sono i rapporti con gli operatori penitenziari, con gli altri detenuti e con la famiglia³⁶.

Quest’articolazione del programma individualizzato, al di là delle buone intenzioni del legislatore del ’75, non ha sortito gli esiti sperati all’interno dell’universo carcerario. Nei fatti il trattamento intramurario si è più sovente manifestato come strumento per garantire e per mantenere l’ordine e la sicurezza all’interno dell’istituto e ciò, come correttamente intuito da Pavarini, attraverso una progressiva affermazione dell’ideologia premiale. Il detenuto è in tal modo orientato a partecipare o meno ad attività, corsi, programmi a seconda dei vantaggi che da tale adesione derivano. Più specificatamente

il trattamento penitenziario finisce per offrirsi come l’insieme di occasioni all’interno delle quali il sistema dei premi e dei castighi può concretamente svilupparsi (...). Il solo parametro di valutazione della condotta del detenuto è

³⁶ Questa finalità emerge dall’indicazione degli elementi che devono concorrere a definire il trattamento penitenziario. L’art. 16 l. 354 del ’75 dispone che “il trattamento del condannato e dell’internato è svolto avvalendosi principalmente dell’istruzione, del lavoro, della religione, delle attività culturali, ricreative e sportive e agevolando opportuni contatti con il mondo esterno ed i rapporti con la famiglia. Ai fini del trattamento, salvo casi di impossibilità, al condannato e all’internato è assicurato il lavoro”.

quello che risponde al grado di problematicità o di resistenza dello stesso all'ordine carcerario (Pavarini e Guazzaloca, 2004).

Per quanto questa ricostruzione appaia maggiormente fedele alla realtà carceraria, da un punto di vista più strettamente istituzional-giuridico, la previsione di un trattamento risocializzante impone allo stato il dovere di predisporre tutta una serie di precondizioni che consentano al detenuto di godere, ove lo ritenga opportuno, delle possibilità rieducative delineate nel programma. Ciò comporta che l'autorità pubblica, una volta riconosciuta la rieducazione quale obiettivo principale della pena, è formalmente tenuta a mobilitarsi per garantire ai detenuti di fruire di tutta una serie di diritti e servizi strumentali al reinserimento nella società esterna. In tal senso, con specifico riferimento alle prestazioni di carattere sanitario, oggetto specifico della nostra trattazione, l'ordinamento penitenziario contiene diverse disposizioni che, per esigenze di chiarezza, possiamo raggruppare in due distinte categorie. Il primo insieme raccoglie le norme a carattere preventivo, tese a garantire la salute della generalità dei reclusi. Si collocano in questa sfera la quasi totalità delle disposizioni contenute nel capo II "condizioni generali" e relative alle caratteristiche dell'edilizia penitenziaria, al vestiario e al corredo, all'igiene personale, all'alimentazione e alla permanenza all'aperto. Nella seconda categoria sono invece ricomprese le norme che disciplinano le cure e gli interventi di assistenza sanitaria da espletare nei confronti dei singoli detenuti (Fiorio 2002). In quest'ultima si colloca l'art. 11 o.p. che, a parere di chi scrive, rappresenta la base normativa per comprendere la dimensione della salute come diritto sociale e, più nello specifico, come diritto di prestazione (cfr. Ruotolo 2002). La disposizione prevede innanzitutto che ogni istituto sia "dotato di servizio medico e di un servizio farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati" e che disponga inoltre "dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria". Qualora tali servizi, sulla base delle indicazioni relative alle esigenze

sanitarie della popolazione detenuta, non dovessero rivelarsi sufficienti, dovranno essere organizzati opportuni reparti clinici e chirurgici. Appare manifesta sin dall'incipit dell'articolo sopra menzionato l'importanza che all'interno del carcere – tra le varie figure specialistiche – riveste la psichiatria. Anche in questo caso, accogliendo un'analisi di tipo narrativo che colga il significato celato dagli enunciati legislativi, sembra piuttosto evidente la consapevolezza del legislatore circa le ripercussioni – soprattutto in termini psichici – della detenzione.

Per quanto riguarda l'attività di carattere preventivo, l'art. 17 del d.p.r. 230 del 2000 prevede che “in ogni istituto devono essere svolte con continuità attività di medicina preventiva che rilevino, segnalino ed intervengano in merito alle situazioni che possono favorire lo sviluppo di forme patologiche, comprese quelle collegabili alle prolungate situazioni di inerzia, e di riduzione del movimento e dell'attività fisica”. Ai sensi del 2° comma dell'art. 11 o.p. “ove siano necessari cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti, i condannati e gli internati sono trasferiti, con provvedimento del magistrato di sorveglianza, in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura”.

Il ricovero in luoghi esterni è necessario e deve essere garantito tutte le volte in cui all'interno dell'istituto non sia possibile offrire prestazioni sanitarie adeguate. La possibilità di essere curati al di fuori del contesto carcerario si configura come un preciso diritto e non semplicemente come concessione meramente discrezionale. È in effetti previsto un apposito intervento dell'organo giudicante o inquirente³⁷. Tuttavia

³⁷ L'art. 11, c. 2 o.p. prevede che “per gli imputati, detti trasferimenti sono disposti, dopo la pronuncia della sentenza di primo grado, dal magistrato di sorveglianza; prima della pronuncia della sentenza di primo grado, dal giudice istruttore, durante l'istruttoria formale; dal pubblico ministero, durante l'istruzione sommaria e, in caso di giudizio direttissimo, fino alla presentazione dell'imputato in udienza; dal presidente, durante gli atti preliminari al giudizio e nel corso del giudizio; dal pretore nei procedimenti di sua competenza; dal presidente della corte d'appello, nel corso degli atti preliminari al giudizio dinanzi la corte di assise, fino alla convocazione della corte stessa e dal presidente di essa successivamente alla convocazione”. Nei casi di assoluta urgenza, che non rendono possibile attendere l'esito della pronuncia da parte della competente autorità giudiziaria, il direttore dell'istituto può predisporre direttamente il trasferimento del detenuto o dell'internato dandone immediato avviso al magistrato competente, al D.A.P. e al provveditore regionale (ex art. 17, c. 8 d.p.r. 230 del 2000).

l'atto attraverso il quale viene negato il ricovero in una struttura esterna non è autonomamente impugnabile. La giurisprudenza ritiene infatti che

l'ordinanza con cui il magistrato di sorveglianza provvede sull'istanza di autorizzazione al ricovero in luogo di cura esterno alla struttura carceraria, ai sensi dell'art. 11 ord. penit., non è soggetta ad alcuna forma di impugnazione, trattandosi di provvedimento che non incide sulla libertà personale dell'imputato, ma che ha carattere amministrativo e riguarda solo le modalità della detenzione. (cfr. Cass. Pen, Sez. I, 07.06.2002, n. 25830).

Per quanto riguarda le modalità attraverso le quali garantire la sicurezza e arginare il pericolo di fuga è previsto un generale obbligo di piantonamento durante la degenza, che potrà essere escluso solo qualora non risulti necessario.

L'art. 11 o.p. prosegue disciplinando l'attività sanitaria al momento d'ingresso nell'istituto. Più specificatamente il detenuto, non oltre il giorno successivo a quello dell'incarcerazione, è sottoposto a visita medica generale allo scopo di accertare eventuali malattie psichiche o fisiche. Le visite sanitarie devono inoltre essere garantite con periodici e frequenti riscontri indipendentemente da un'apposita richiesta da parte del detenuto. Con altrettanta frequenza dovrà essere valutata l'idoneità dei soggetti rispetto al lavoro a cui sono addetti.

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

Le funzioni della prima visita sono diverse. Per quanto concerne il singolo individuo, tale strumento si dovrebbe rivelare utile per accertare che non abbia subito maltrattamenti e lesioni da parte della polizia durante la fase di cattura (Ruotolo 2002), ovvero per rilevare eventuali cause influenti perché venga disposto il rinvio dell'esecuzione della pena. Inoltre, considerato che l'ingresso nella struttura è già di per

sé un evento traumatico per la generalità dei detenuti, può rivelarsi adatta a individuare tempestivamente specifiche patologie, in particolare di natura psichica, idonee a sfociare in gesti di auto ed etero aggressività³⁸ (Garuti 2012).

Con riguardo alla collettività, la prima visita viene invece disposta con la preminente finalità di arginare fenomeni di contagio derivanti dalla promiscuità tipica del contesto carcerario. Questa necessità sembra confermata dal proseguo dell'art 11 o.p. il quale impone che, qualora venga sospettata o riconosciuta la presenza di una malattia contagiosa, sia disposto l'isolamento del detenuto o dell'internato. Sempre a conferma della necessità di preservare i detenuti e gli internati non affetti da patologie, l'art. 33 prevede che l'isolamento continuo nell'istituto penitenziario possa essere prescritto anche per ragioni sanitarie. Appare manifesto come l'utilizzo di una terminologia così ondivaga celi il rischio che questa tipologia di isolamento si configuri, come di fatto avviene, quale strumento adatto a rispondere a contingenze di varia natura.

In ogni caso tale misura può essere applicata nei confronti del detenuto, dell'internato, dell'indagato e dell'imputato sottoposto a custodia cautelare ed è disposta qualora il medico ritenga che esista la possibilità di somministrare cure adeguate all'interno dell'istituto penitenziario. L'isolamento si svolge in appositi locali dell'infermeria o in reparti clinici e gli operatori sanitari sono tenuti a monitorare costantemente le condizioni di salute del paziente, nonché a offrire allo stesso un opportuno sostegno morale. Né l'art. 33 o.p., né l'art 73 del regolamento esecutivo disciplinano il contenuto dell'isolamento. Tuttavia appare lecito sostenere che in nessun caso potrà concretizzarsi in misure contrarie ai diritti costituzionalmente garantiti, anche se i luoghi in cui spesso avviene – alcuni dei quali sono stati personalmente visitati e di

³⁸ Proprio queste considerazioni sembrano aver condotto l'amministrazione penitenziaria a introdurre, mediante circolari interne, il "servizio nuovi giunti", successivamente codificato nell'art. 23, 3 c. reg. esec.. Questa disposizione prevede che all'ingresso nella struttura penitenziaria il soggetto svolga un colloquio con il direttore ovvero con gli operatori dallo stesso delegati al fine di raccogliere le generalità e le informazioni utili per la determinazione del regime carcerario, nonché di esplicitare quali siano i doveri e i diritti del detenuto. Al colloquio seguono la visita medica e un ulteriore colloquio con psicologi e criminologi volto a stabilire il livello di rischio di gesti etero e auto aggressivi.

cui si darà ampiamente conto nel prosieguo – sembrano spesso caratterizzarsi come contesti di sospensione di qualsiasi forma di diritto.

Qualora venga sospettata la presenza di malattie di carattere psichico dovranno essere assunti senza indugio i provvedimenti opportuni, il cui contenuto non è specificatamente indicato. L'obiettivo, in tali ipotesi, è quello di contenere il disturbo affinché non vengano posti in essere comportamenti autolesionistici. L'accertamento delle condizioni psichiche è compiuto all'interno dell'istituto, ovvero in un istituto differente, qualora il servizio diagnostico del primo risulti inadeguato. Inoltre, quando si ravvisa la necessità di disporre particolari accertamenti, i detenuti e gli internati sono assegnati a determinati centri di osservazione. Tale attività non può avere una durata superiore ai trenta giorni. All'esito dell'osservazione, così come previsto dall'art. 148 c.p., se il detenuto risulta affetto da un'infermità psichica incompatibile con la prosecuzione della detenzione, l'autorità competente può disporre il trasferimento in un O.P.G. oppure il ricovero in una casa di cura e di custodia. Nonostante la norma non sia ancora stata oggetto di specifica modifica, si precisa che – ai sensi di quanto disposto dall'art. 3-ter, comma 4, d.l. 22 dicembre 2011, n. 211, convertito con modifiche nella l. 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal d.l. 31 marzo 2014, n. 52, convertito con modifiche nella l. 30 maggio 2014, n. 81 – a decorrere dal 31 marzo 2015, gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi e le pratiche di osservazione si svolgono in appositi reparti detentivi denominati Reparti di Osservazioni Psichiatrica (R.O.P.).

Nei confronti dell'infermo e del seminfermo di mente che continua ad espriare la pena in carcere, sono altresì applicabili ulteriori disposizioni: la corrispondenza può essere sottoposta a visto di controllo per esigenze terapeutiche; le stesse esigenze possono comportare limitazioni nella concessione di permessi premio e nell'autorizzazione alla corrispondenza telefonica; possono essere assegnati ad attività ergoterapiche e possono essere esclusi dalla rappresentanza (art. 20 reg. esec.). Per i detenuti o internati infermi e

tossicodipendenti è prevista una forte collaborazione con il servizio territoriale per le tossicodipendenze (SERT) e con il servizio psichiatrico.

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

In tal modo viene parzialmente riconosciuta la possibilità del detenuto di autodeterminarsi. Ma la scelta non è libera: anche in questo caso deve intervenire un'apposita autorizzazione dal magistrato che procede sino alla pronuncia della sentenza di primo grado e dal direttore dell'istituto per i condannati, per gli internati e per gli imputati nei cui confronti sia stata pronunciata la sentenza di primo grado. In linea con la disciplina relativa al ricovero esterno, anche questo provvedimento non è soggetto ad impugnazione. La logica è sempre la stessa: si tratta di un provvedimento di carattere amministrativo relativo al regime carcerario e, in quanto tale, non sarebbe idoneo ad incidere sulla libertà personale del detenuto, internato o imputato. L'autorizzazione potrà essere negata fino alla pronuncia della sentenza per esigenze cautelari; dopo la pronuncia, e quindi durante la carcerazione, per esigenze securitarie. Occorre domandarsi, in assenza di un'apposita previsione normativa, quale livello di discrezionalità esista dietro tali motivi di diniego. L'assenza in capo al detenuto di qualsiasi forma di tutela in relazione ai provvedimenti appena menzionati rende impossibile un controllo giurisdizionale delle motivazioni che sorreggono gli stessi, comprimendo fortemente i diritti del ristretto e, in tal modo, sollevando seri dubbi di illegittimità costituzionale (Camera 2017). Si tratta peraltro di una problematica che

potrebbe essere agevolmente risolta riconoscendo la capacità incisiva di tali provvedimenti sulla libertà personale, da cui deriverebbe un controllo ad opera della Suprema Corte ex art. 111 cost. (Gaito, Rinaldi 2000; Fiorio 2002; Scalfati 2004). Sul punto si evidenzia inoltre che la Corte Costituzionale ha già da tempo (Ruotolo 2002) riconosciuto diritto di azione ai detenuti e agli internati ogniqualvolta l'amministrazione penitenziaria abbia emesso provvedimenti aventi carattere giurisdizionale, a prescindere dalla natura dell'atto produttivo della lesione: in quest'ultimo caso, come chiarito dalla Corte di legittimità (cfr. Cass. Pen., SS. UU., nr. 25079 del 26.2.2003), sarebbe possibile estendere in via analogica la soluzione derivante dagli artt. 30 bis e 14 ter o.p..

Queste sono solo alcune delle disposizioni contenute nell'ordinamento penitenziario volte a disciplinare il diritto alla salute all'interno del carcere. Nell'impianto iniziale della Riforma del '75, la gestione e l'organizzazione della sanità negli istituti penitenziari erano attribuite esclusivamente al D.A.P.. Neanche la legge 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, incideva su questa attribuzione e in tal modo la medicina penitenziaria, nonostante fosse sancito come obiettivo principale il riordino dell'intera sanità pubblica, veniva esclusa dal suo ambito di applicazione. L'unico punto di raccordo riguardava la possibilità in capo al D.A.P. di richiedere la collaborazione dei servizi sanitari pubblici. Nessun'altra disposizione investiva direttamente la salute in carcere. Tuttavia, l'entrata in vigore di questa normativa rappresentava l'occasione per riaccendere e accelerare il dibattito sulle sorti della sanità penitenziaria. In questo quadro vi erano coloro che rivendicavano l'autonomia della stessa, con considerazioni che facevano leva principalmente sulla necessità di garantirne la specificità e coloro che, al contrario, ritenevano che dovesse rientrare tra le competenze del Servizio Sanitario Nazionale. Quest'ultima tesi trovava conferma sul piano normativo nei principi egualitari sanciti nell'art. 1 della legge n. 833 del 1978. Una lettura della norma limitata ai cittadini liberi in effetti prestava facilmente il fianco a contestazioni circa la

discriminazione e l'emarginazione delle persone *in vinculis*, ponendosi in evidente conflitto con la tendenza storico-normativa dell'epoca tesa a riconoscere la parità dei diritti civili a qualsiasi persona, indipendente dalla sua condizione giuridica (Camera 2017). Questo dibattito veniva composto dal parere del Consiglio di Stato n. 305 del 1987. In questa occasione i giudici stabilivano che l'assistenza sanitaria dovesse rientrare tra i compiti riservati allo stato, da svolgere con le preesistenti strutture del servizio sanitario penitenziario (Starnini 2009).

Nonostante l'arresto giurisprudenziale, si trattava di un contrasto pronto a riesplodere anni dopo. Questa seconda fase conduceva finalmente all'adozione della legge delega n. 419 del 1998, destinata al riordino della medicina penitenziaria, all'interno di una più ampia razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Delle importanti innovazioni introdotte da tale disciplina ci occuperemo nel prossimo paragrafo. Qui, per concludere, intendiamo precisare che nel momento in cui scriviamo è recentemente entrata in vigore la c.d. Riforma Orlando³⁹. Il testo, riconoscendo al governo la potestà di legiferare in materia, intende intervenire anche in materia di sanità penitenziaria. Più specificatamente la delega riguarda la "revisione delle disposizioni dell'ordinamento penitenziario alla luce del riordino della medicina penitenziaria disposto dal decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, tenendo conto della necessità di potenziare l'assistenza psichiatrica negli istituti di pena" (art. 85, lett. 1). La lettera successiva, non interferendo direttamente sull'organizzazione della sanità penitenziaria, è comunque destinata ad avere importanti ripercussioni sul ruolo del medico in carcere e sul rapporto dello stesso con il singolo paziente. La delega prevede infatti l'esclusione del personale sanitario dal consiglio di disciplina istituito presso ciascun istituto. I decreti legislativi in materia dovranno essere adottati, su proposta del Ministero della giustizia, entro un

³⁹ L. 23 giugno del 2017, n. 103, Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario, Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 154 del 4 luglio 2017.

anno dall'entrata in vigore della presente normativa⁴⁰. Ad oggi non siamo certo in grado di predire quale sarà la portata e l'estensione delle modifiche che appresterà il legislatore delegato. Si tratta comunque di una fondamentale occasione per ricondurre

⁴⁰ Quel che sinora sappiamo è che il ministro della Giustizia Andrea Orlando ha costituito presso l'Ufficio Legislativo, tre commissioni di studio per l'elaborazione degli schemi di decreto legislativo per la riforma dell'ordinamento penitenziario e del sistema delle misure di sicurezza personali. Una di queste, formata da esperti qualificati che si avvarranno di quanto elaborato dagli Stati generali dell'esecuzione penale, si occuperà di redigere uno schema di decreto legislativo riguardante le modifiche della disciplina delle misure di sicurezza e dell'assistenza sanitaria, con particolare riguardo alle patologie di tipo psichiatrico, e della revisione del sistema delle pene accessorie.

Sappiamo altresì che è stata recentemente pubblicata una "proposta per l'attuazione della delega penitenziaria" (Giostra, Bronzo 2017). Come chiarito nell'incipit del testo, i vari contributi provengono da una serie di personalità dell'accademia, della magistratura e del mondo forense, a cui è stato domandato di calarsi nei panni del legislatore delegato e di elaborare ipotesi di attuazione normativa di uno o più criteri di delega, in modo da poter offrire un prezioso punto di riferimento per il legislatore delegato. Con specifico riferimento alla medicina penitenziaria, le proposte elaborate possono essere così sintetizzate:

- Art. 11 o.p.: nella prima parte del secondo comma viene introdotto, in linea con il criterio di semplificazione adottato nella riforma Orlando, un esplicito potere di delega da parte del Magistrato di Sorveglianza nei confronti del direttore in ordine al trasferimento dei detenuti in luoghi esterni di cura. Si tratterebbe pertanto di estendere il potere, già riconosciuto nei casi d'urgenza, ai casi ordinari, ma su delega dell'autorità giudiziaria. Inoltre nella seconda parte del secondo comma, la ripartizione di competenze esplicitate nella nota nr. 3, viene sostituita da una più generale competenza del giudice che procede in base alla posizione giuridica del soggetto. Nello specifico "se procede un giudice collegiale, il provvedimento è adottato dal presidente del tribunale o della corte d'assise. Prima dell'esercizio dell'azione penale, provvede il giudice per le indagini preliminari. Se è proposto ricorso per cassazione, provvede il giudice che ha emesso il provvedimento impugnato. Dopo la sentenza definitiva di condanna, procede il magistrato di sorveglianza".
- Art. 17 reg. esec. (assistenza sanitaria): viene introdotto il potere del giudice (la cui competenza è definita secondo la posizione giuridica del richiedente), in sostituzione a quello del direttore, di pronunciarsi sull'autorizzazione per le visite a proprie spese da parte di un sanitario di fiducia. Viene altresì espunto il richiamo, contenuto nel 2° comma, alla natura estrema dell'urgenza che consente l'attivazione del direttore dell'istituto;
- Art. 37 reg. esec. (colloqui): viene eliminato il riferimento alla pronuncia della sentenza di primo grado. Anche in questo caso, per i colloqui degli imputati è previsto la necessità di presentare il permesso dell'autorità giudiziaria individuata secondo quanto stabilito nell'art. 11 o.p.;
- Art. 38 reg. esec. (corrispondenza epistolare e telegrafica): viene eliminato il riferimento alla pronuncia della sentenza di primo grado. Anche in questo caso, per le segnalazioni sulla corrispondenza o per i provvedimenti finalizzati a inoltrarla e trattenerla, la competenza dell'autorità giudiziaria va individuata secondo quanto stabilito nell'art. 11 o.p.;
- Art. 39 reg. esec. (corrispondenza telefonica): al primo comma è previsto che l'autorizzazione alla corrispondenza telefonica provenga dall'autorità giudiziaria individuata secondo quanto stabilito nell'art. 11 o.p.; inoltre al secondo comma è previsto che il contatto telefonico "deve avvenire con le modalità tecnologiche in uso all'istituto di appartenenza, favorendo il minore impegno del personale e la maggiore autonomia del detenuto". Quanto alla durata massima della conversazione è prevista la possibilità che il direttore dell'istituto aumenti il termine standard di dieci minuti;
- Art. 240 disp. Att. C.p.p. (trattamento sanitario del detenuto): per esigenze di sistematicità e coerenza con quanto disposto nell'art. 11 o.p., viene proposta la soppressione dell'intero articolo.
- Art. 40 o.p. (autorità competente a deliberare le sanzioni): dal consiglio di disciplina viene espunta la figura del sanitario. Rimangono ferme quelle del direttore dell'istituto, o dell'impiegato più elevato in grado nel caso di suo legittimo impedimento, e dell'educatore.

Viene poi proposta una più ampia valorizzazione e tutela della salute nella disciplina di diversi istituti, quali la detenzione domiciliare, le misure alternative alla detenzione nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, il rinvio dell'esecuzione per detenute incinta o madri di prole di età inferiore a un anno, visite al minore infermo o al figlio, al coniuge o convivente affetto da handicap in situazione di gravità, differimento o sospensione della pena per infermità psichica sopravvenuta e accertamento della stessa. Viene infine proposta la valorizzazione del benessere del singolo attraverso la tutela della dimensione sessuale e affettiva del detenuto, attraverso l'introduzione di un'apposita disciplina per visite familiari e coniugali.

ad organicità e coerenza una disciplina che risulta ancora fortemente caratterizzata da un alto tasso di frammentarietà.

III.II. Il trasferimento dell'assistenza sanitaria del detenuto dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale

Come chiarito nel paragrafo precedente la salute in carcere è rimasta per lungo tempo esclusivo appannaggio dell'amministrazione penitenziaria. Solo con il decreto legislativo n. 230 del 1999, attuativo della legge delega n. 419 del 1998, si ha una prima inversione di tendenza. L'art. 8 stabilisce in effetti che, a partire dal primo gennaio del 2000, "sono trasferite al Servizio Sanitario Nazionale le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti". Lo stesso articolo dispone la necessità di individuare tre contesti regionali in cui, attraverso una fase sperimentale, si proceda al trasferimento di qualsiasi altra attribuzione inerente la sanità in carcere. Questo enunciato ha trovato attuazione nel decreto emanato il 20 aprile del 2000, con il quale sono state individuate nel Lazio, Toscana e Puglia le regioni oggetto di questa prima fase di attuazione della nuova normativa. Tale sperimentazione, prorogata fino al 30 giugno del 2003, è stata estesa ad altre regioni che ne hanno appositamente fatto richiesta nei 30 giorni successivi all'entrata in vigore del d.lgs 433 del 2000: Emilia-Romagna, Molise e Campania.

Da un punto di vista più strettamente formale, la Riforma sancisce un nuovo riparto di competenze tra i soggetti istituzionali che a vario titolo contribuiscono all'erogazione di prestazioni sanitarie all'interno degli istituti penitenziari. Il nuovo assetto disciplinato dall'art. 3 può essere così sintetizzato:

- il Ministero della Sanità ha competenza in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio Sanitario Nazionale negli istituti;

- le Regioni hanno competenza sull'organizzazione e la programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti, e si occupano di vigilare sul funzionamento dei servizi medesimi;

- alle Aziende sanitarie locali sono affidati la gestione e il controllo sul funzionamento dei servizi sanitari negli istituti penitenziari. È inoltre stabilita una diretta responsabilità del Direttore generale per la mancata applicazione e per i ritardi nell'attuazione delle misure previste ai fini dello svolgimento dell'assistenza sanitaria penitenziaria;

- all'amministrazione penitenziaria è riconosciuta un'autonoma funzione di impulso: spetta alla stessa vigilare sulla concreta osservanza di tali adempimenti ed eventualmente segnalare, nel caso di inerzia, alle Aziende sanitarie locali, alle Regioni e al Ministero della Sanità, la mancata osservanza delle disposizioni del decreto.

Le competenze in materia di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie ubicate negli istituti penitenziari e nei luoghi esterni deputati al ricovero di detenuti e internati sono riservate al Ministero della Giustizia. Tutto il personale sanitario è tenuto ad osservare le norme previste dall'ordinamento penitenziario, dal relativo regolamento di esecuzione, dal regolamento interno dell'istituto, nonché dalle direttive impartite dall'amministrazione penitenziaria e dal direttore dell'istituto in materia di organizzazione e di sicurezza.

La normativa in esame istituisce pertanto una sorta di doppio binario tra Ministero della Salute e Ministero della Giustizia per quanto attiene alla sanità penitenziaria.

Per rispondere agli obiettivi stabiliti dal decreto e quindi per realizzare un progressivo trasferimento delle competenze in materia sanitaria, il Ministero della Giustizia è tenuto a trasferire le risorse finanziarie specificatamente destinate alla salute al Fondo sanitario nazionale. Il trasferimento dei fondi ministeriali – nonostante dovesse

essere disposto nei trenta giorni successivi all'entrata in vigore della disciplina – è di fatto avvenuto nel 2003, con un evidente ritardo di oltre tre anni (Filippi, Santoro 2007).

Per evitare che la disciplina si fermi a mere statuizioni di principio, l'art. 5 dispone l'adozione di un apposito progetto obiettivo, avente durata triennale, finalizzato ad indirizzare l'attività delle Regioni nel perseguimento della tutela della salute in carcere⁴¹. Il primo progetto, approvato il 21 aprile del 2000, individua le aree prioritarie di intervento per la tutela della salute dei detenuti e degli internati. Fra queste: la prevenzione, l'assistenza medica generica, la medicina d'urgenza, le patologie infettive, la salute mentale, l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, la medicina specialistica e l'assistenza ai detenuti stranieri. L'atto sottolinea inoltre le difficoltà riscontrate nell'individuare con precisione quali patologie abbiano una rilevante incidenza in ambito carcerario e conseguentemente nell'elaborare interventi specifici, quali dirette conseguenze dall'assenza di un sistema di rilevazione su tutto il territorio nazionale (Baccaro 2003). Nonostante siano trascorsi quasi due decenni dall'approvazione della normativa in oggetto, in Italia continua a non esistere un Osservatorio Epidemiologico Nazionale ed è dunque complesso avere dati precisi sullo stato di salute della popolazione detenuta. Solo tre Regioni, Toscana, Molise e Sardegna hanno attivato degli osservatori regionali (De Maria 2015).

È pertanto evidente la necessità che le singole aziende, quantomeno con riferimento agli istituti di pena ricompresi nel loro ambito territoriale, individuino delle strategie idonee a garantire la tutela della salute sulla base delle esigenze specifiche dei detenuti.

Di tali strategie, e delle eventuali inadempienze, sono chiamate a rispondere le singole

⁴¹ Nello specifico, l'art. 5 d.lgs. 230 del 1999, dispone che nel Progetto Obiettivo siano indicati:

- a) gli indirizzi specifici finalizzati ad orientare il Servizio Sanitario Nazionale verso il miglioramento continuo dell'assistenza negli istituti penitenziari;
- b) i modelli organizzativi dei servizi sanitari penitenziari anche di tipo dipartimentale differenziati secondo la tipologia di istituto;
- c) le esigenze relative alla formazione specifica dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario;
- d) le linee-guida finalizzate a favorire all'interno degli istituti penitenziari lo sviluppo delle modalità sistematiche di revisione e valutazione dell'assistenza erogata ad assicurare l'applicazione dei livelli uniformi, essenziali e appropriati di assistenza;
- e) gli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio nell'ambito degli istituti penitenziari;

direzioni sanitarie. Si tratta di un elemento di notevole importanza nell'ottica di una progressiva responsabilizzazione dei soggetti chiamati ad erogare prestazioni sanitarie.

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

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

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

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

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

Oltre agli aspetti più propriamente tecnici, disposti al fine di indirizzare coloro che sono chiamati ad applicare la normativa, la Riforma contiene anche importanti enunciazioni di principio. Con il passaggio di competenze dall'amministrazione penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, l'intento è di garantire un'effettiva uguaglianza tra cittadini detenuti e cittadini liberi nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

L'art. 1, dedicato al principio di equivalenza, dispone che “i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate”. Tali prestazioni devono essere garantite nel rispetto degli obiettivi programmati attraverso il piano sanitario nazionale, i piani sanitari regionali e quelli locali. Più specificatamente spetta alle singole aziende sanitarie locali garantire prestazioni analoghe a quelle spettanti ai cittadini liberi; offrire informazioni ai detenuti riguardo le loro condizioni di salute; predisporre interventi di prevenzione, diagnosi e cura del disagio psichico e sociale; assicurare un'adeguata assistenza sanitaria alle donne in gravidanza e ai figli che convivono con le stesse negli istituti penitenziari. Ogni istituto entra a far parte delle competenze dell'azienda sanitaria locale del comune in cui è situato. Tutti i detenuti e gli internati devono essere iscritti al SSN e sono esentati dal pagamento del ticket. Il riconoscimento dell'esenzione rappresenta un importante strumento per risolvere i problemi derivanti dall'accertamento dello stato d'indigenza del singolo paziente, e consente in tal modo un eguale accesso alle prestazioni di carattere sanitario indipendentemente dall'attestazione dell'esenzione per patologia (Starnini 2009).

I detenuti e gli internati con cittadinanza italiana mantengono l'iscrizione al SSN. La stessa misura è prevista per i detenuti stranieri i quali “hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia” (art.1). Tuttavia, in tali ipotesi, l'iscrizione è limitata alla durata del periodo detentivo, con un evidente compromissione del principio di continuità delle cure, e più in generale della presa in carico, altrettanto sanciti come capisaldi della nuova disciplina. Nonostante, come di seguito daremo ampiamente conto, per molti detenuti migranti il carcere rappresenti spesso la prima forma di accesso alla tutela della salute, in questa previsione si manifesta chiaramente il rischio che la sanità penitenziaria si configuri in termini prettamente emergenziali, come mero

intervento rispetto a patologie preesistenti ovvero insorte – se non addirittura provocate – dalla detenzione, tralasciando tutti quegli aspetti finalizzati a costruire percorsi di tutela del benessere della persona complessivamente inteso.

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

Nell'art. 2 viene sancita la necessità che lo Stato, le Regioni, i comuni, le aziende sanitarie locali e gli istituti di pena uniformino le loro azioni e collaborino in maniera responsabile alla realizzazione di condizioni di protezione della salute di detenuti e internati. Solo in tal modo sarebbe possibile garantire la globalità degli interventi sulle cause di pregiudizio della salute, l'unitarietà dei servizi e delle prestazioni, l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, nonché la garanzia della continuità delle cure. Tutto ciò deve avvenire nel rispetto del nuovo riparto di competenze disciplinato dal decreto.

L'ordinamento penitenziario ha recepito questo nuovo assetto con il d.p.r. 230 del 2000 "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure private e limitative della libertà". La modifica più rilevante è contenuta nell'art. 17 il quale dispone che "le funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento ed organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario, nonché di controllo sul funzionamento dei servizi medesimi, sono esercitate secondo le competenze e con le modalità indicate dalla vigente normativa". Attraverso questa disposizione viene formalmente riconosciuta un'esclusiva competenza delle AASSLL per quanto riguarda

l'erogazione di prestazioni sanitarie. Tuttavia, nonostante questo riconoscimento formale abbia indubbia valenza, riteniamo necessario – così come la riforma Orlando analizzata nel precedente paragrafo sembra riconoscere – che venga predisposta una più ampia opera di revisione degli istituti giuridici che – anche in maniera indiretta – sono condizionati da previsioni di carattere sanitario, al fine di garantire organicità e coerenza dell'intera disciplina penitenziaria.

L'integrale trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria è avvenuto con la legge finanziaria del 2008, alla quale hanno fatto seguito il D.p.c.m 1 aprile del 2008⁴² e le allegate “Linee di indirizzo per gli interventi del Sistema Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale al fine di disciplinare le modalità e i criteri del trasferimento”.

Come chiarito nelle righe precedenti, nonostante le perplessità di una parte della medicina penitenziaria dettate dalla perdita dei caratteri di specificità e di autonomia della stessa, la Riforma rappresenta il traguardo di un lungo e conflittuale percorso volto al riconoscimento di una sostanziale uguaglianza tra il cittadino libero e il detenuto, con specifico riferimento a uno dei più rilevanti diritti della persona quale quello della salute. Del resto, una delle premesse ormai risalenti nella giurisprudenza della Corte Costituzionale risiede nel riconoscimento per cui la restrizione della libertà personale non può in alcun modo comportare il disconoscimento delle posizioni soggettive attraverso un generalizzato assoggettamento all'organizzazione penitenziaria.

⁴² Il dpcm prevede che in sede di Conferenza Unificata siano stipulati una serie di accordi relativi al riparto delle risorse finanziarie (art.6), ai rapporti di collaborazione (art.7), e all'utilizzo dei locali adibiti per l'esercizio dell'attività sanitaria (art.4). Ciò al fine di garantire un maggiore coordinamento e una maggiore collaborazione tra l'amministrazione penitenziaria e il Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre, sempre in sede di Conferenza Unificata, è stata deliberata l'istituzione di:

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

L'ordinamento costituzionale si basa in effetti sul primato della persona umana e dei suoi diritti. In questo quadro, i diritti inviolabili dell'uomo sono sicuramente soggetti ai limiti derivanti dall'esecuzione della pena detentiva, ma non può essere di certo tollerato un loro annullamento (cfr. Cort. Cost., 11.2.1999, n. 26).

Con questa precisazione non intendiamo certo abbracciare l'idea secondo cui l'estensione ai detenuti delle garanzie riconosciute ai cittadini liberi in materia di tutela della salute rappresenti il metodo più adeguato per fronteggiare le peculiare esigenze del mondo penitenziario. Riteniamo al contrario che una reale valorizzazione del principio di uguaglianza si concretizzi non solo nel trattamento parificato dell'uguale, ma anche e soprattutto, nella gestione differenziata del diverso.

In questo senso crediamo che una piena tutela del diritto alla salute non possa prescindere dalla valorizzazione delle esigenze specifiche della vita penitenziaria e delle problematiche concrete che interessano i singoli istituti di pena. Da ciò non discende certo la speranza in una sorta di ritorno al passato ma, come sopra chiarito, la convinzione che uguaglianza e specificità degli interventi adottabili siano approcci complementari, e non antitetici.

Riteniamo infatti che il passaggio delle competenze in materia sanitaria al Servizio Sanitario Nazionale contribuisca – almeno a livello simbolico – a superare un modo di concepire la salute e i trattamenti terapeutici adottati in carcere in termini strettamente securitari ed emergenziali. Le esigenze di sicurezza e la tutela del benessere complessivamente inteso, quantomeno nella loro formulazione teorica, sono parametri spesso contrastanti e inconciliabili. Sembra che le une escludano l'altro e viceversa. Diversificare le attribuzioni ci sembra che rappresenti un presupposto fondamentale per arrivare anche a una diversificazione dei modelli di azione. Questa innovazione non è certo sufficiente a ridurre la complessità che deriva dall'accostamento tra sicurezza e salute. È proprio tale consapevolezza che ci induce a domandarci se la portata simbolica

del testo si sia tradotta in pratiche differenti rispetto al passato. Riteniamo inoltre utile verificare se, oltre al mero dettato normativo, esistano dei cambiamenti di carattere culturale da parte degli operatori che si occupano di garantire prestazioni sanitarie nei penitenziari. A tal fine, riteniamo comunque utile dotare la ricerca di quadro legislativo di confronto, non limitato esclusivamente all'analisi del puro dato normativo, ma esteso alle interpretazioni contenute nelle pronunce giurisprudenziali, soprattutto di rilievo internazionale. Queste ultime ci consentono non solo di chiarire la reale estensione della tutela della salute in carcere, ma anche di comprendere quali questioni giuridiche – evidentemente scaturenti da esigenze pratiche – siano rivendicate dalla popolazione detenuta e quali siano state le soluzioni predisposte dallo Stato.

III.III La tutela della salute in carcere nella giurisprudenza della Corte Europea Dei Diritti Dell'Uomo

Il diritto alla salute, all'interno della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, non è disciplinato in maniera specifica. Quella che all'interno del testo viene definita “protezione della salute” si configura spesso come limite all'esercizio di determinati diritti e libertà, ovvero come legittimazione rispetto alle ingerenze delle pubbliche autorità⁴³. La mancanza di una disposizione equiparabile all'art. 32 cost. è dettata dall'estraneità, rispetto all'impianto originario della Convenzione, della categoria dei diritti sociali, nel cui alveo viene appunto ricondotto il diritto alla salute. Estraneità che secondo alcuni andrebbe ricondotta all'accoglimento da parte del Consiglio d'Europa di una visione arcaica dei diritti fondamentali (Pezzini 2001), tipica del costituzionalismo liberista delle origini, basato su una netta contrapposizione tra i diritti di prima e di seconda generazione, ossia tra i diritti civili e politici e i diritti economici, sociali e culturali. Secondo altri (Baldassarre 1989) invece, tale marginalizzazione, trova

⁴³ È il caso del diritto al rispetto della vita privata e familiare (art. 8 CEDU), della libertà di pensiero, coscienza e religione (art. 9 CEDU), della libertà di espressione (art. 10 CEDU), della libertà di riunione e di associazione (art. 11 CEDU) e della libertà di circolazione (art. 2, Protocollo 4):

fondamento nella cautela degli Stati ad assumere obblighi internazionali che possano tradursi di fatto in impegni economico-finanziari, così come un riconoscimento della salute – e più in generale dei diritti sociali – imporrebbe.

Ciò non ha comunque precluso alla Corte europea dei diritti dell'uomo di individuare apposite forme di tutela del diritto alla salute. In effetti, dopo un primo atteggiamento di *self-restraint*, i giudici di Strasburgo sono giunti ad affermare che

La Corte non ignora che lo sviluppo dei diritti economici e sociali dipende molto dalla situazione degli Stati e in particolare dalle loro finanze. D'altro canto, la Convenzione deve leggersi alla luce delle condizioni di vita attuali (sentenza *Marckx*, cit., par. 41) e, nel suo ambito di operatività, tende ad una protezione reale e concreta dell'individuo (par. 24 *supra*). Ora, benché enunci sostanzialmente diritti civili e politici, molti di essi hanno sviluppi di ordine economico o sociale.

In tale quadro la Corte ha ritenuto di non potersi certo esimere da una pronuncia “per la semplice ragione che, adottandola, si rischierebbe di invadere la sfera dei diritti economici sociali; nessun compartimento stagno la divide dall'ambito della Convenzione” (cfr. Corte europea diritti dell'uomo, 09/10/1979, *Airey v. Ireland*, n. 32).

Successivamente, accogliendo un'interpretazione evolutiva delle disposizioni della Convenzione che consentisse di ricondurre alle stesse anche posizioni giuridiche a contenuto sociale, la Corte EDU ha sviluppato una fiorente giurisprudenza in materia di diritti sociali.

Con specifico riferimento al diritto alla salute, lo stesso è stato ricondotto nell'alveo dei diritti riconosciuti dalla Convenzione, quale corollario per i cittadini liberi del diritto alla vita⁴⁴ (art. 2 CEDU) e del diritto al rispetto della vita privata e familiare e del

⁴⁴ L'art. 2 CEDU: “Il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge. Nessuno può essere intenzionalmente privato della vita, salvo che in esecuzione di una sentenza capitale pronunciata da un tribunale, nel caso in cui il reato sia punito dalla legge con tale pena. 2. La morte non si considera cagionata in violazione del presente articolo se è il risultato di un ricorso alla forza reclusi assolutamente necessario: (a) per garantire la difesa di ogni persona contro la violenza illegale; (b) per eseguire un arresto regolare o per impedire l'evasione di una persona regolarmente detenuta; (c) per reprimere, in modo conforme alla legge, una sommossa o un'insurrezione”. Tale formulazione ha indotto i

domicilio⁴⁵ (art. 8 CEDU) e, per i detenuti, del divieto di pene e trattamenti inumani e degradanti (art. 3 CEDU).

Si evidenzia sin da ora che proprio tale tecnica di tutela indiretta che, come chiarito, presuppone che il danno alla salute pregiudichi l'effettivo godimento di altri diritti o libertà, se da una parte ha consentito ai giudici di Strasburgo di estendere il proprio sindacato a ipotesi non direttamente contemplate dalla Convenzione, dall'altra ha impedito di tutelare il diritto alla salute in quanto tale, evidenziano un nucleo irriducibile dello stesso su cui costruire forme di garanzia incondizionata (Cecchini 2017).

Ciò detto, l'art. 3 CEDU rappresenta lo strumento attraverso il quale tutelare il diritto alla salute delle persone detenute, valutando la compatibilità delle condizioni detentive rispetto a quanto sancito dalla Convenzione. La disposizione recita che “nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti” e ha carattere assoluto, fondamentale e inderogabile. La Corte EDU ha in effetti in più occasioni affermato che l'art. 3 CEDU racchiude in sé uno dei diritti fondamentali di qualsiasi società democratica, la cui *ratio* essenziale va ricercata nella necessità di garantire e tutelare la dignità umana. La norma inoltre non ammette eccezioni né limitazioni alla sua portata precettiva. Da ciò discende, da una parte, l'impossibilità di ricorrere a tecniche di bilanciamento tra i valori tutelati dell'art. 3 CEDU e altri valori o obiettivi

giudici di Strasburgo ad individuare un duplice obbligo: negativo, nel senso che gli Stati hanno il divieto di causare la morte dei singoli; positivo, poiché sono tenuti ad assumere misure adeguate ad assicurare la protezione della vita. È stato in tal senso affermato l'obbligo dello Stato di coprire i costi di terapie mediche o medicinali essenziali per salvare la vita dei malati, nonché l'adozione di una specifica disciplina che imponga alle strutture sanitarie di adottare misure e procedure idonee ad assicurare la protezione della vita dei pazienti (Cecchini 2017).

⁴⁵ L'art. 8 CEDU recita: “Ogni persona ha diritto al rispetto della propria vita privata e familiare, del proprio domicilio e della propria corrispondenza. 2. Non può esservi ingerenza di una autorità pubblica nell'esercizio di tale diritto a meno che tale ingerenza sia prevista dalla legge e costituisca una misura che, in una società democratica, è necessaria alla sicurezza nazionale, alla pubblica sicurezza, al benessere economico del paese, alla difesa dell'ordine e alla prevenzione dei reati, alla protezione della salute o della morale, o alla protezione dei diritti e delle libertà altrui”. Facendo leva su questa disposizione la Corte EDU ha ad esempio affermato che un grave inquinamento ambientale può incidere sul benessere degli individui, privando loro del godimento del domicilio e, in tal modo, danneggiando la vita privata e familiare (cfr. Corte EDU, 19.02.1998, *Guerra and others v Italy*, ric. N. 14967/89). In altra occasione, sempre con riferimento ad un'eventuale violazione dell'art. 8 CEDU, ha sancito l'obbligo in capo allo Stato, qualora decida di ricorrere ad attività rischiose che possano avere effetti dannosi sulla salute, quali ad esempio test nucleari, di informare tutti coloro che risultano a vario titolo coinvolti in dette attività (cfr. Corte EDU, 09.06.1998, *McGinley and Egan v. Italy*, ric. n. 21825/93 e n. 23414/94).

ritenuti meritevoli di tutela da parte degli Stati contraenti; dall'altra, l'irrilevanza di specifiche motivazioni adottate dalle autorità nazionali per giustificare violazioni del divieto sancito dalla norma. Ogni Stato ha in tal senso l'obbligo di garantire che le condizioni detentive siano compatibili con il rispetto della dignità umana, che le modalità di esecuzione della misura non esponano il detenuto a sofferenze tali da eccedere l'inevitabile livello di afflizione insito nella detenzione e che sia assicurata la tutela della salute e del benessere di ciascun detenuto. Perché una condotta lesiva dell'integrità psicofisica dell'individuo rientri nel divieto sancito dall'art. 3 CEDU è necessario che la stessa raggiunga una soglia minima di gravità.

L'apprezzamento di questo minimo è, di per sé, relativo; dipende dall'insieme degli elementi di causa, in particolare dalla durata del trattamento e dai suoi effetti fisici o mentali così come, a volte, dal sesso, dall'età, dallo stato di salute della vittima, ecc. (cfr. Corte europea diritti dell'uomo, 18/01/1978, *Ireland v. the United Kingdom*, n. 25).

Oltre a delimitare l'ambito di operatività dell'art. 3 CEDU, la soglia minima di gravità si pone come criterio per distinguere, secondo una progressione discendente di lesività, tra tortura, pena o trattamento inumano o degradante. La degradazione si configura come idoneità del trattamento, o della pena, ad ingenerare nella vittima un senso di paura e angoscia tale da umiliarla, annullarne la resistenza fisica e indurla ad agire contro la sua volontà o coscienza. La contrarietà ad un generale senso di umanità caratterizza invece i trattamenti premeditati, applicati in maniera durevole che provochino lesioni corporali o sofferenze intense sia a livello fisico, che a livello mentale. Nella prima si manifestano pertanto elementi di natura più spiccatamente emotiva, nella seconda invece l'afflizione di carattere fisico o psicologico, non necessariamente sorretta dall'intenzionalità dell'agente (Colella 2011). La tortura, infine, è una forma aggravata di trattamento inumano e degradante che richiede che sia

accertato l'elemento soggettivo del dolo, inteso come volontà di torturare e, in tal modo, di perseguire determinate finalità. In ogni caso i parametri individuativi non sono considerati cristallizzati ma, al contrario, sono soggetti all'evoluzione dettata dai mutamenti culturali e sociali.

Come sopra chiarito l'art. 3 CEDU ha consentito ai giudici di Strasburgo, nonostante l'enunciazione concisa della norma, o forse proprio in virtù di tale asciuttezza semantica, di pronunciarsi su diversi aspetti che, in maniera più o meno indiretta, incidono sulla salute delle persone detenute. Cercheremo pertanto di ripercorrere alcune delle pronunce in materia, suddividendole per aree tematiche, nel tentativo di comprendere, attraverso i contesti applicativi dell'art. 3 CEDU, il livello di tutela apprestato alla salute in carcere.

1) Sovraffollamento carcerario

Come chiarito nelle righe precedenti i parametri individuativi delle diverse forme di violazione sancite nell'art. 3 CEDU sono soggetti a costante evoluzione. Particolarmente significative di questa costante trasformazione sono proprio le sentenze aventi ad oggetto il sovraffollamento carcerario. In effetti, se in passato questo dato non era di per sé idoneo a superare la soglia minima di gravità se non in presenza di ulteriori riscontri, quali, ad esempio, le condizioni igieniche, il rischio di diffusione di malattie, l'insufficiente accesso all'aria, a partire da alcune pronunce del 2009, la Corte EDU ha ritenuto che il sovraffollamento – singolarmente considerato – è idoneo ad integrare una violazione dell'art. 3 CEDU. Ci si riferisce nello specifico alle controversie *Buzhinayev v. Russia* e *Sulejmanovic v. Italy*. In quest'ultima occasione i giudici di Strasburgo hanno infatti affermato che

statuendo l'art. 3 della Cedu il divieto di sottoporre chiunque a tortura o a trattamenti disumani, la Corte europea dei diritti dell'uomo condanna l'Italia per violazione di detto articolo, ritenendo che, per il detenuto, avere a disposizione solo

2,70 metri quadrati ha inevitabilmente causato disagi e inconvenienti quotidiani, costringendolo a vivere in uno spazio molto esiguo, di gran lunga inferiore alla superficie minima ritenuta auspicabile dal CPT (Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti). La flagrante mancanza di spazio personale di cui il ricorrente ha sofferto è, quindi, di per sé, costitutiva di un trattamento inumano o degradante (cfr. Corte europea diritti dell'uomo, sez. II, 16/07/2009, n. 22635)⁴⁶.

Questa premessa ha condotto all'adozione, nei confronti dell'Italia, della nota sentenza *Torreggiani and Others v. Italy*, che si configura come sentenza pilota⁴⁷ nell'aver messo in luce, da una parte, l'esistenza del sovraffollamento come problema strutturale all'origine delle violazioni e, dall'altra, nell'aver indicato le misure di carattere generale e particolare che lo Stato convenuto deve adottare per porvi rimedio. A livello generale la Corte EDU ha infatti esortato l'Italia ad agire per ridurre il numero dei detenuti disponendo, in particolare, l'applicazione di misure punitive non privative della libertà personale in alternativa a quelle che prevedono il carcere, nonché riducendo al minimo il ricorso alla custodia cautelare in carcere. Inoltre, constatata l'assenza di misure effettive per la tutela dei diritti dei detenuti, nel dispositivo è stato imposto allo Stato di disciplinare un ricorso o un insieme di ricorsi interni tali da garantire forme di riparazione adeguate e sufficienti nei casi di sovraffollamento penitenziario che espongano l'individuo a trattamenti inumani. Fra le misure in tal senso predisposte dal

⁴⁶ Degna di nota è l'opinione dissenziente dei giudici Zagrebelsky e Jociene. Secondo gli stessi il riferimento all'indicazione offerta dal Comitato per la Prevenzione della Tortura, relativamente alla superficie minima della cella, doveva essere inteso per quello che era: una linea-guida tendente ad esprimere una situazione "auspicabile". Il parametro che, invece, avrebbe dovuto essere tenuto presente è quello della "gravità" (del fatto o del comportamento che conduce alla violazione). Un'argomentazione come quella della Corte, secondo i giudici dissenzienti, corre infatti il rischio di abbassare il livello del fattore "gravità" e di costringere in tal modo l'organo giudicante a tenere conto di circostanze ed elementi esterni al momento della pronuncia (che è sempre una pronuncia su un'ipotesi di violazione specifica), con la conseguenza di indebolire quel diritto fondamentale sancito dall'art. 3 CEDU (Plastina, Eusebi 2009).

⁴⁷ La procedura delle sentenze pilota, fondata sull'art. 46 CEDU, comma 1, è attualmente disciplinata dall'art. 61 del Regolamento della Corte EDU, introdotto il 21 febbraio 2011. Si tratta di una procedura affermata nella prassi della Corte EDU a partire dal noto caso *Broniowski c. Polonia* (Grand Chamber, ric. n. 31443/96, ECHR 2004-V). Essa può essere attivata d'ufficio o su richiesta del ricorrente quando il caso particolare evidenzia l'esistenza di un problema sistematico derivante da una prassi statale incompatibile con la CEDU suscettibile di interessare un vasto numero di persone. In *Torreggiani* i giudici osservano che sono ormai svariate centinaia i ricorsi simili a quello in esame pendenti presso la Corte EDU, a riprova dell'esistenza in Italia di un problema strutturale o sistemico di sovraffollamento delle carceri. Affermata l'esistenza di un problema strutturale, la procedura delle sentenze pilota consente alla Corte di indicare le misure generali che lo Stato dovrebbe adottare per contrastare tale situazione incompatibile con la CEDU.

legislatore italiano assumono particolare rilievo i nuovi rimedi preventivo e compensativo introdotti nell'ordinamento penitenziario rispettivamente agli artt. 35 bis e 35 ter, a cui dedicheremo nel prosieguo una trattazione specifica.

Sempre con riferimento alle condizioni detentive connesse alla promiscuità carceraria, i giudici di Strasburgo hanno recentemente precisato che sussiste una presunzione di violazione dell'art. 3 CEDU qualora lo spazio del singolo detenuto sia inferiore ai tre metri quadri. In tal caso, per superare tale presunzione, lo stato ha l'onere di dimostrare l'esistenza di fattori allevianti (Cancellaro 2016), quali ad esempio l'occasionalità della riduzione dello spazio stesso, la sufficiente libertà di movimento, l'adeguatezza della struttura e la possibilità di svolgere attività al di fuori della cella (cfr. Corte EDU, 20.10.2016, *Mursic v. Croazia*).

2) Compatibilità dello stato di salute con la detenzione

La tutela della salute ha assunto inoltre rilievo nelle pronunce delle Corte EDU in termini di valutazione della compatibilità della stessa con le normali condizioni detentive. Anche in questo caso rilevano alcune sentenze che hanno interessato direttamente il nostro Paese. Ci si riferisce innanzitutto al noto caso Scoppola. Il sig. Scoppola, condannato per gravi reati contro la persona e per porto abusivo di armi, iniziava a scontare la sua pena nel carcere romano di Regina Coeli. In seguito alla rottura di un femore, il Tribunale di Sorveglianza gli concedeva gli arresti domiciliari, ritenendo che fossero necessarie terapie non somministrabili all'interno del carcere e che, da una sua prolungata detenzione, poteva derivare una violazione dell'art. 3 CEDU. Tuttavia, trascorsi tre mesi, il Tribunale revocava la precedente decisione poiché, non avendo il ricorrente individuato un domicilio idoneo alle proprie condizioni di salute, non era stato possibile dare avvio al programma di arresti domiciliari. La Corte EDU ha ravvisato in questa vicenda una palese violazione dell'art. 3 CEDU, in quanto il sig. Scoppola – nonostante il Tribunale avesse già affermato l'inidoneità del carcere come

luogo di cura – ha continuato ad essere detenuto ed è stato in tal modo esposto ad un livello di umiliazione, angoscia e inferiorità tale da costituire un trattamento inumano e degradante (cfr. Corte EDU, 10.06.2008, *Scoppola v. Italy*). Lo Stato, al contrario, avrebbe dovuto disporre l'immediato trasferimento in un carcere meglio attrezzato, ovvero il differimento della pena ex art. 147 c.p..

In tale occasione i giudici di Strasburgo hanno inoltre affermato che non è necessario provare l'intenzionalità delle pubbliche autorità di umiliare o degradare, qualora vi sia una valutazione negativa sulle condizioni di salute del detenuto, sulle cure somministrate e sull'appropriatezza del mantenimento del regime detentivo.

Al contrario, in un altro noto caso, *Enea v. Italy*, la Corte ha ritenuto che l'applicazione prolungata della detenzione, peraltro in regime 41 bis o.p., nei confronti di un condannato costretto su una sedia rotelle, la cui salute era sensibilmente peggiorata in carcere, non costituiva violazione dell'art. 3 CEDU, in quanto il ricorrente non aveva fornito elementi tali da far ritenere che le restrizioni a lui applicate al fine di recidere i contatti con l'organizzazione criminale di appartenenza dovessero essere considerate manifestamente ingiustificate. In questa specifica circostanza la pericolosità sociale del condannato, e le esigenze di sicurezza direttamente derivanti, sembrano porsi come limite alla tutela della salute, nonché alla valutazione della stessa in termini di incompatibilità (Colella 2011, Cecchini 2017).

Infine, più recentemente, la Corte ha avuto modo di pronunciarsi su uno dei tre ricorsi presentati dal sig. Contrada, recluso nel carcere militare di Santa Maria Capua Vetere per concorso esterno in associazione mafiosa. Nello specifico il ricorrente, affetto da gravi patologie accertate da diversi professionisti, aveva presentato otto istanze – tutte rigettate – per ottenere la sospensione dell'esecuzione della pena ovvero la concessione degli arresti domiciliari. Solo dopo nove mesi dalla prima istanza il ricorrente otteneva finalmente la detenzione domiciliare. Proprio la rilevanza del tempo

trascorso per ottenere una pronuncia favorevole, unitamente alla non condivisione delle motivazioni poste alla base dei provvedimenti di rigetto e alla validità delle allegazioni di natura medica del ricorrente, hanno indotto la Corte a ritenere sussistente una violazione dell'art. 3 CEDU (cfr. Corte EDU, 11.02.2014, *Contrada v. Italy*).

3) Somministrazione di cure mediche adeguate e tempestive

Anche la mancata somministrazione di cure mediche adeguate e tempestive nei confronti del detenuto è stata individuata dai Giudici di Strasburgo come possibile violazione dell'art. 3 CEDU. Ad esempio, nel caso *Mouisel v. France*, la Corte ha condannato lo Stato francese per non aver adottato misure idonee a fronteggiare l'aggravarsi del quadro clinico di un malato di leucemia durante la carcerazione. Nella stessa sentenza la Corte ha inoltre riconosciuto l'incompatibilità con quanto sancito dall'art. 3 CEDU, della pratica di ammanettare il detenuto – in quel caso durante la somministrazione della chemioterapia – in assenza di specifiche esigenze di sicurezza che possano giustificare tale misura. Sulla stessa scia è stata riconosciuta la violazione dell'art. 3 CEDU nel rifiuto di fornire a un detenuto una protesi dentaria che non poteva permettersi, ovvero gli occhiali da vista danneggiati durante l'arresto, nel ritardare i trattamenti medici adeguati nei confronti di un detenuto affetto da sclerosi multipla e nella carenza di cure adeguate per una donna affetta da epatite e viremia (Cecchini 2017).

Tutte queste ipotesi rappresentano l'estrinsecazione di uno specifico obbligo dell'autorità statale di salvaguardare la salute e il benessere dei detenuti, il cui contenuto è stato chiarito nella sentenza *Xiros v. Greece* del 9 settembre 2010. Più specificatamente tale obbligo, nella sua dimensione positiva, si articola innanzitutto nella necessità di valutare che le condizioni di salute siano compatibili con l'esecuzione della detenzione. È altresì necessario che gli operatori sanitari monitorino costantemente il quadro clinico di ciascun detenuto e che prescrivano, qualora dovessero risultare

necessarie, cure mediche adeguate. In tal senso, un eventuale aggravamento del quadro clinico durante la detenzione sarà imputabile alla responsabilità statale qualora venga accertata l'inadeguatezza delle terapie somministrate. Infine è previsto che l'ambiente carcerario venga adattato alle esigenze specifiche del detenuto, con la finalità primaria di consentire allo stesso di scontare la pena con modalità che non pregiudichino la sua integrità morale. È evidente in quest'ultima previsione il riferimento ai detenuti portatori di disabilità motorie, nei cui confronti deve essere garantita la possibilità di affrontare la detenzione nel pieno rispetto della dignità umana.

Proprio il riferimento alla dignità umana rappresenta uno dei criteri, unitamente alla valutazione del singolo caso, per valutare che le cure rispondano a standard di adeguatezza. In questo quadro l'orientamento giurisprudenziale prevalente ritiene infatti che tale parametro non possa essere valutato facendo esclusivo riferimento alle cure garantite dai migliori istituti esterni all'ambito carcerario, ma che la carcerazione necessiti di valutazioni differenti e specifiche, la cui valorizzazione non può comunque porsi in contrasto con la dignità tipica di ciascun essere umano. Anche in questo ambito si manifesta in tutta chiarezza la cautela della giurisprudenza di Strasburgo nell'individuare principi di ampio respiro – quale ad esempio nel caso in esame l'uguaglianza nell'accesso a cure adeguate tra cittadini a prescindere dalla condizione detentiva – che consentano di individuare dei parametri precisi attraverso i quali valutare l'operato statale.

4) Patologie infettive e psichiatriche

Conformemente a quanto stabilito nell'ordinamento interno, l'essere affetti da una patologia di tipo infettivo, nonostante i rischi insiti sia per la salute del singolo che per la collettività, non rappresenta di per sé una causa di esclusione della punibilità. Ben più interessanti tuttavia risultano gli arresti della Corte EDU nei casi in cui la malattia infettiva sia contratta in carcere. Simili ipotesi secondo i giudici di Strasburgo

costituiscono una violazione dell'art. 3 CEDU solo nei casi in cui – oltre alla contrazione della malattia – sia riscontrata l'inadeguatezza, nei termini sopra richiamati, delle cure somministrate (cfr. tra le altre Corte EDU, 30.9.2010, *Pakhomov v. Russia*, 44917/08). Un tale orientamento si rivela innanzitutto del tutto illogico se analizzato in combinazione con il progressivo abbassamento della soglia di gravità necessaria a ritenere sussistente la violazione. Ma vi è di più. In casi di questo tipo, più che in altri, si manifesta con tutta evidenza la responsabilità dello stato derivante dal non aver adottato le misure idonee a prevenire fenomeni di contagio. In effetti, come chiariremo anche nel prosieguo, il riconoscimento – e la tutela giurisdizionale – davanti a fenomeni di contagio non può che passare da una seria presa di coscienza sulla sessualità e sull'utilizzo di sostanze stupefacenti in ambito carcerario.

Nel caso di detenuto affetto da patologie psichiche, secondo i giudici di Strasburgo, è innanzitutto necessario rispettare le raccomandazioni impartite in materia dal Consiglio d'Europa, secondo le quali devono essere predisposti degli istituti specializzati ovvero delle sezioni specializzate, posto sotto il controllo medico, per la cura e l'osservazione di detenuti affetti da disturbi o anomalie mentali. Il servizio medico deve fornire terapie psichiatriche a tutti i detenuti che ne hanno necessità e deve porre particolare attenzione alla prevenzione del suicidio (Corte EDU, 18 dicembre 2007, *Dybeku v. Albania*, n. 41153/06). Tuttavia ciò non è sufficiente. In effetti anche il collocamento in un reparto psichiatrico può rappresentare violazione dell'art. 3 CEDU qualora si prolunghi senza realistiche prospettive di miglioramento e qualora le cure somministrate non risultino adeguate. Così come superano la soglia di gravità i continui trasferimenti di un detenuto con tali patologie che necessiti di un monitoraggio costante che, in virtù di tali misure, non viene di fatto attuato (cfr. Corte EDU, 17 novembre 2015, *Bamouhammad v. Belgium*, 47687/13).

Con specifico riferimento alle misure di prevenzione del suicidio, è previsto l'obbligo positivo in capo allo stato di adottare misure adeguate alla salvaguardia della vita di quanti si trovino sotto la sua giurisdizione, senza che tuttavia ciò si concretizzi nell'imposizione di obblighi sproporzionati o addirittura impossibili. In questo quadro, nel caso di morti provocate da detenuti con tendenze suicide, lo stato risponde – tanto in virtù dell'art. 2 CEDU, quanto dell'art. 3 CEDU – qualora, conoscendo o dovendo conoscere l'esistenza di un rischio concreto e immediato, non siano state adottate misure idonee a scongiurarlo (cfr. Corte EDU, 3.4.2011, *Keenan v. United Kingdom*, n. 27299/95).

La presenza di detenuti con patologie psichiche sembra dunque aggravare i doveri e gli obblighi incombenti sullo stato. Tuttavia si evidenzia che in un caso – seppur datato – i giudici di Strasburgo, con un'interpretazione immotivatamente restrittiva, nonostante avessero riconosciuto l'inadeguatezza del reparto psichiatrico e, di conseguenza, del trattamento riservato al detenuto, hanno comunque escluso che sussistesse una violazione dell'art. 3 CEDU, non essendo stato provato un peggioramento della patologia psichiatrica (cfr. Corte EDU, 30 luglio 1998, *Aerts v. Belgium*, n. 25357/94).

5) Trattamenti medici arbitrari e sciopero della fame

Infine un ambito di ampio interesse per quanto attiene alla tutela della salute in carcere, riguarda la predisposizione di trattamenti sanitari privi del consenso di colui che li subisce. In via generale possiamo affermare che la Corte EDU ritiene che “una misura, la quale rappresenti una necessità terapeutica (alla stregua dei principi generali della medicina) non può considerarsi inumana o degradante”, ammesso che “l'esistenza di una necessità medica sia convincentemente dimostrata” (cfr. Corte EDU, 24.9.1992, *Herczegslyv v. Austria*, n. 10533/83; Corte EDU, 10.02.2004, *Naoumenko v. Ukraine*,

n. 42023/98; Corte EDU, 11.7.2006, *Jalloh v. Germany*, n. 54810/00⁴⁸). Affinché non sia ravvisata una violazione dell'art. 3 CEDU è necessario inoltre che il trattamento sia disposto dal personale medico nel rispetto di apposite procedure, senza causare un dolore fisico o una sofferenza intensi, il peggioramento delle condizioni di salute, ovvero l'insorgere di conseguenze durevoli (Colella 2011).

Qualora, come nel caso *Jalloh v. Germany*, il trattamento sia dettato da esigenze investigative, l'accertamento di parametri di cui sopra dovrà essere particolarmente attento e dovrà compiersi unitamente alla valutazione circa la gravità del reato oggetto di indagine, nonché all'eventuale possibilità di ricorrere a metodi meno invasivi.

Anche per quanto riguarda l'ipotesi specifica dell'alimentazione forzata, qualora la stessa sia finalizzata a salvare la vita del detenuto, la Corte EDU ritiene che la stessa, in linea di principio e purché assistita dalle garanzie sostanziali e procedurali sopra richiamate (cfr. Corte EDU, 19.6.2007, *Ciorap v. Moldova*, n. 12066/02), non può essere considerata inumana e degradante (cfr. Corte EDU, 26.03.2013, *Rappaz v. Switzerland*, n. 73175/10).

III.IV. Brevi cenni sui rimedi preventivi e compensativi introdotti dopo la sentenza Torreggiani

Come chiarito nel precedente paragrafo, con la sentenza Torreggiani la Corte Europea, oltre ad evidenziare la necessità di predisporre interventi strutturali capaci di incidere sulle cause del sovraffollamento carcerario, ha imposto l'obbligo allo stato italiano di elaborare un ricorso o una serie di ricorsi idonei a riparare le violazioni in

⁴⁸Nel caso *Jalloh v. Germany* rileva la predisposizione di trattamenti sanitari obbligatori in fase investigativa. Nello specifico, il ricorrente era stato colto in flagranza nell'atto di cedere stupefacenti a terzi e, al momento dell'arresto, aveva inghiottito un piccolo involucro di plastica. Gli era stato chiesto di ingerire un emetico; al suo rifiuto, gli era stato somministrato a forza per via nasale. Come conseguenza, aveva rigurgitato l'involucro che era risultato contenere una dose di cocaina. Tale fatto era stato alla base della sua successiva condanna. Egli aveva proposto ricorso alla Corte europea lamentando la violazione dell'art. 3 CEDU. La Corte, dopo aver osservato che di per sé la Convenzione non proibisce il ricorso ad interventi medici coatti come metodo investigativo, ha ritenuto che nel caso concreto il mezzo impiegato costituisca una grave interferenza con l'integrità fisica e psicologica del ricorrente, sia per la pericolosità della somministrazione forzata dell'emetico in sé, sia per le modalità "tendenti al brutale" impiegate nella somministrazione. Tale interferenza non poteva ritenersi proporzionata al fatto (cessione di una limitata quantità di stupefacente), né poteva ritenersi indispensabile per l'ottenimento della prova del reato (essendo possibile attendere la naturale espulsione di quanto ingerito), ritenendo pertanto sussistente la violazione dell'art. 3.

quel momento in atto, considerata l'ineffettività delle misure interne poste a tutela dei diritti dei detenuti⁴⁹: detto altrimenti ha sancito la necessità di predisporre degli interventi che, da una parte, consentissero al magistrato di sorveglianza di intervenire rapidamente su situazioni caratterizzate da una violazione del divieto di trattamenti inumani e degradanti e, dall'altra, riconoscessero al detenuto delle forme risarcitorie per il pregiudizio subito. I primi sono definiti rimedi preventivi, i secondi compensativi.

Con riferimento ai rimedi di carattere preventivo, con l'art. 3 comma 1 del D.L. 23.12.2013 n. 146, convertito, con modificazioni, nella Legge 21.02.2014 n. 10, è stato inserito l'art. 35 bis o.p.. La norma introduce la possibilità per i detenuti e gli internati di proporre reclamo al Magistrato di Sorveglianza per i pregiudizi gravi e attuali subiti nell'esercizio dei propri diritti a causa dell'inosservanza da parte dell'amministrazione di disposizioni dell'ordinamento penitenziario. Il procedimento derivante da tale forma di reclamo, attivabile finché perdura l'attualità e la gravità del pregiudizio, si svolge ai sensi degli artt. 666 e 678 c.p.p..

Come precisato recentemente dalla Suprema Corte, con l'art. 35 bis o.p. è stato finalmente introdotto nell'ordinamento

un vero e proprio giudizio di carattere contenzioso vertente sull'accertamento, in contraddittorio, del "grave e attuale pregiudizio all'esercizio dei diritti" del detenuto, finalizzato all'adozione del provvedimento riparatorio del giudice (consistente nell'ordine di porre rimedio), e imperniato sul coesenziale antagonismo tra la parte privata reclamante (attrice necessaria ed esclusiva) e

⁴⁹ Si precisa che la stessa inadeguatezza delle misure previste dall'ordinamento era stata riscontrata dalla Corte Costituzionale che, con sentenza n. 26 del 1999, aveva dichiarato l'illegittimità costituzionale degli artt. 35 e 69 della legge 26 luglio 1975, n. 354 nella parte in cui non prevedevano una tutela giurisdizionale nei confronti degli atti della Amministrazione penitenziaria lesivi di diritti di coloro che sono sottoposti a restrizione della libertà personale. Tuttavia la Corte, coerentemente con le sue attribuzioni, aveva ommesso di indicare quale fosse il rimedio giurisdizionale applicabile, lasciandone tale compito al legislatore. Sul punto, in assenza di un intervento legislativo, la giurisprudenza della Corte di Cassazione, seppur pronunciandosi in un primo momento limitatamente ai colloqui visivi e telefonici, ha stabilito che i provvedimenti dell'amministrazione penitenziaria idonei ad incidere sui diritti soggettivi sono sindacabili in sede giurisdizionale mediante reclamo al magistrato di sorveglianza, che decide con ordinanza ricorribile in cassazione secondo la procedura sancita nell'art. 14 ter o.p.. (cfr. Cass. Pen., SS. UU., 26/02/2003, n. 25079). Il principio così sancito è stato poi applicato dalla giurisprudenza di legittimità in maniera pressoché costante.

l'amministrazione penitenziaria (contraddittore istituzionale), potenzialmente resistente (cfr. Cass. Pen., Sez. I, 12.12.2014, n. 5697).

Perché lo strumento sia concretamente attivabile è necessario che ricorrano contestualmente tre presupposti (Romice 2017). Innanzitutto una violazione di una norma dell'ordinamento penitenziario; in secondo luogo l'esistenza di un pregiudizio grave e attuale all'esercizio di un diritto da parte del detenuto o dell'internato; infine, un nesso di causalità tra il pregiudizio patito e la violazione contestata.

Con riferimento al primo dei presupposti, occorre evidenziare che l'autrice dell'illecito può essere esclusivamente l'amministrazione pubblica che, in virtù della relazione diretta con il soggetto passivo, può adottare decisioni potenzialmente lesive dei suoi diritti. Tuttavia il riferimento all'amministrazione pubblica non può certo limitarsi esclusivamente all'amministrazione penitenziaria. Può in effetti trattarsi altresì dell'amministrazione sanitaria, ovvero di quella scolastica e, più in generale, di qualsiasi amministrazione che si trovi in una relazione qualificata con il detenuto o l'internato (Bortolato 2014).

Quanto all'oggetto della violazione, l'art. 69, c. 6 lett b) o.p., esplicitamente richiamato dall'art. 35 bis o.p., si riferisce esclusivamente alle "disposizioni previste dalla presente legge e dal relativo regolamento". Ad una prima lettura sembrerebbe pertanto che la violazione assuma rilevanza solo se inerente le disposizioni dell'ordinamento penitenziario. Tale interpretazione tuttavia non merita accoglimento. In effetti, se solo si considera che l'ordinamento penitenziario rappresenta una limitata espressione di più ampi principi, è evidente che la violazione possa riguardare tanto le disposizioni dello stesso, quanto le norme – soprattutto di matrice costituzionale – poste alla base (Romice 2017). Ma non solo. Risulta coerente con questa impostazione, nonché con la natura stessa del reclamo giurisdizionale e con il percorso che ha condotto alla sua introduzione, ritenere che il fatto illecito penitenziario possa derivare

altresì dall'inosservanza di quanto stabilito da fonti sovranazionali con specifico riferimento ai diritti dei detenuti e degli internati.

In ogni caso, quale sia la fonte normativa considerata, è necessario che alla violazione della stessa consegua un pregiudizio grave e attuale nell'esercizio di un diritto. Sul punto preme innanzitutto sottolineare come l'analisi letterale del dato normativo celi una precisa volontà del legislatore. È infatti evidente che, riferendosi esclusivamente all'esercizio, abbia inteso predisporre forme di tutela dei diritti limitata alla loro concreta attivazione. È stata in tal modo esclusa la possibilità che tale strumento possa operare in via preventiva, sulla base di una concezione secondo cui il detenuto – a prescindere dalla sua condizione – rimane titolare di una serie di diritti indipendentemente dal fatto che si mobiliti per una loro attivazione.

Se sotto questo punto di vista il legislatore sembra aver limitato la tutela concretamente attivabile, in altri casi al contrario ha adottato interpretazioni maggiormente estensive. In effetti, il richiamo al concetto di pregiudizio è idoneo ad accogliere in sé tanto le situazioni in cui il danno si manifesta come possibile evento, quanto quelle in cui si caratterizza come conseguenza della condotta attiva o omissiva (ibidem).

Il pregiudizio, come sopra chiarito, deve caratterizzarsi in termini di attualità e gravità. La prima si riferisce a questioni più spiccatamente temporali, ossia la necessità che la lesione sia in atto al momento del ricorso e perduri sino alla decisione del magistrato di sorveglianza. Ciò significa che un pregiudizio è attuale quando permane nel tempo. La sua cessazione prima che sia proposto ricorso, ovvero prima che sia intervenuta la decisione, implica il dispiegarsi di strumenti meramente risarcitori. La seconda, invece, comporta l'esigenza di qualificare le lesioni avendo riguardo alle complessive condizioni detentive (Bortolato 2014), evitando in tal modo di

ricomprendere nella tutela apprestata quelle di natura meramente bagatellare (Forio 2014).

Infine, l'esplicito riferimento ai diritti consente di individuare l'ambito delle posizioni giuridiche soggettive dei detenuti e degli internati tutelabili con il reclamo. Tuttavia quest'operazione non è priva di difficoltà. In effetti, pur nella consapevolezza che l'ordinamento costituzionale si basa sul primato della persona umana, è evidente che la condizione detentiva può comportare restrizioni dei diritti di vario genere. Tale possibilità, essendo la detenzione una pena legale, può ricorrere unicamente per esigenze connesse alla custodia in carcere normativamente stabilite, ma non può certo configurarsi – almeno sulla carta – come mero esercizio di poteri discrezionali da parte dell'amministrazione penitenziaria. In questo quadro i detenuti sono sicuramente titolari di diritti, al pari dei cittadini liberi, ma la condizione restrittiva comporta una portata limitata degli stessi e una loro costante compromissione alla luce di esigenze di carattere prettamente custodiale.

In ogni caso, possiamo dire che i diritti oggetto di tutela sono innanzitutto quelli espressamente previsti dalla Costituzione o dalle fonti sovranazionali, quali ad esempio la Convenzione Europea per la Salvaguardia dei Diritti dell'Uomo. Più nello specifico, secondo alcuni, i diritti che in quest'ambito vengono in rilievo sono principalmente quelli attinenti alla personalità del detenuto o dell'internato, suscettibili di essere lesi dal potere dell'amministrazione penitenziaria di disporre, in presenza di determinati presupposti di legge, misure speciali che modificano il trattamento del detenuto, ovvero dai provvedimenti dell'amministrazione pubblica assunti nell'ambito della gestione ordinaria della vita in carcere. Rilevano pertanto tutti quei diritti che entrano in conflitto con le autorità amministrative preposte all'esecuzione della pena (Fiorentin 2013) e che, o sono espressamente previsti dalla legge, attraverso il riconoscimento di un residuo spazio libertà, o sono comunque riconosciuti alla persona detenuta a fronte di un potere

di regolamentazione che non può oltrepassare gli scopi e i limiti della detenzione (Romice 2017).

Il magistrato di sorveglianza, una volta accertata la sussistenza dei tre presupposti sopra richiamati, ordina all'amministrazione penitenziaria di porre rimedio entro un determinato termine dallo stesso indicato. Al fine di garantire l'effettività della decisione assunta è previsto che, nel caso di mancata esecuzione del provvedimento, non più soggetto ad impugnazione, l'interessato, o il difensore munito di procura speciale, possano richiedere il giudizio di ottemperanza al magistrato di sorveglianza che ha emesso il provvedimento. Questo giudice, se decide di accogliere la richiesta, può ordinare l'ottemperanza, indicando tempi e modalità (lett. a), può dichiarare la nullità degli eventuali atti emessi in violazione o elusione del provvedimento rimasto ineseguito (lett. b), ovvero nominare un commissario *ad acta* (lett. d).

Avverso la decisione del magistrato di sorveglianza è ammesso il reclamo al tribunale di sorveglianza, la cui pronuncia è a sua volta ricorribile per cassazione per violazione legge. Anche nei confronti del provvedimento emesso in sede di ottemperanza è sempre ammesso ricorso per cassazione.

Mentre, con riferimento agli strumenti di carattere compensativo, con il D.l. 26.06.2014 n. 92, convertito, con modificazioni, nella L. 11.08.2014, n. 117, è stato finalmente introdotto nell'ordinamento penitenziario l'art. 35 ter, il quale disciplina due tipologie di rimedi risarcitori conseguenti alla violazione dell'art. 3 CEDU. Fino a questo momento in effetti la disciplina interna era del tutto sprovvista di strumenti specifici per risarcire i pregiudizi derivanti dalle condizioni inumane o degradanti a cui erano sottoposti i detenuti. Inoltre la Suprema Corte sul punto, dopo qualche pronuncia contraria della magistratura di sorveglianza (Viganò 2013), si era definitivamente pronunciata negando la sussistenza in capo a questo organo di un potere di condanna al

risarcimento dei danni subiti a causa del sovraffollamento. La materia risarcitoria doveva pertanto ritenersi esclusiva competenza del giudice civile (cfr. Cass. Pen., Sez. I, 15.1.2013, n. 4772).

In considerazione di ciò, non possiamo non rilevare come l'art. 35 ter sia innanzitutto idoneo a colmare una grave lacuna normativa (Della Bella 2014). Il primo dei due rimedi previsti dalla norma in esame nei commi primo e secondo è destinato ai detenuti che, in virtù delle condizioni detentive in cui si trovano, stiano subendo un pregiudizio grave e attuale nell'esercizio dei loro diritti. Nel caso in cui la lesione perduri per un periodo di tempo non inferiore ai quindici giorni, il danneggiato può rivolgersi al magistrato di sorveglianza al fine di ottenere una riparazione in forma specifica, ossia una riduzione della pena da espiare pari ad un giorno ogni dieci di pregiudizio subito. Qualora invece il tempo in cui sussiste la violazione sia inferiore, ovvero qualora la riduzione dei giorni sia maggiore della pena residua, il detenuto o l'internato può ottenere un risarcimento in forma monetaria, pari a otto euro per ogni giorno di pregiudizio subito.

Con riferimento a questa tipologia di rimedio occorre effettuare due precisazioni. La prima riguarda la formulazione del primo comma dell'art. 35 ter o.p., in cui è presente esclusivamente il richiamo alla categoria dei detenuti, ma non a quella degli internati. Riteniamo che tale lacuna debba essere imputata esclusivamente ad una mera svista del legislatore e che i rimedi in oggetto siano diretti a tutti coloro che abbiano subito condizioni detentive contrarie all'art. 3 CEDU, indipendentemente dalla loro posizione giuridica. A favore di questa impostazione depone l'interpretazione sistematica della disciplina in esame. In effetti non solo la rubrica dell'art. 35 ter o.p. si riferisce tanto ai detenuti, quanto agli internati, ma anche l'art. 2 del D.l. 26.06.2014 n. 92, dedicato alle disposizioni transitorie, estende il rimedio ai detenuti e agli internati che nei sei mesi di entrata in vigore del decreto stesso avessero già presentato ricorso alla Corte EDU. A

favore di un'interpretazione estensiva della norma in esame depone altresì una recente pronuncia della Corte Costituzionale che, nel rigettare la questione di legittimità costituzionale sollevata con riferimento all'art. 35 ter o.p. , ha esteso il rimedio risarcitorio anche ai detenuti ergastolani, nei confronti dei quali non possa essere operata una riduzione di pena. La stessa ha infatti precisato che “sarebbe fuori da ogni logica di sistema, oltre che in contrasto con i principi costituzionali, immaginare che durante la detenzione il magistrato di sorveglianza debba negare alla persona condannata all'ergastolo il ristoro economico, dovuto per una pena espiata in condizioni disumane, per la sola ragione che non vi è alcuna riduzione di pena da operare. Non può sfuggire infatti all'interprete che quest'ultima evenienza non ha alcuna relazione con la compromissione della dignità umana indotta da un identico trattamento carcerario” (cfr. Corte cost., 21 luglio 2016, n. 204).

La seconda invece si articola sul richiamo al pregiudizio di cui all'art. 69 co. 6 lett. b) o.p. – ossia ad un pregiudizio attuale e grave all'esercizio dei diritti dei detenuti e degli internati – che sembrerebbe legittimare all'azione risarcitoria solamente coloro che stanno subendo condizioni detentive inumane o degradanti al momento della richiesta di accertamento. Sul punto, preso atto della tecnica di redazione legislativa, la Suprema Corte è intervenuta più volte⁵⁰, ribadendo l'illogicità di una limitazione del rimedio risarcitorio esclusivamente a violazioni perduranti al momento del reclamo. È stato infatti affermato che

in materia di rimedi risarcitori conseguenti alla violazione dell'art. 3 CEDU nei confronti di soggetti detenuti o internati, presupposto necessario per radicare la competenza del Magistrato di sorveglianza è il perdurante stato di restrizione del richiedente e non l'attualità del pregiudizio, in quanto il richiamo contenuto nell'art. 35-ter ord. pen. al pregiudizio di cui all'art. 69, comma sesto, lett. b), ord. pen. opera ai fini dell'individuazione dello strumento processuale di cui si può

⁵⁰ Si tratta di un orientamento ormai costante nelle pronunce della Corte di legittimità. A mero titolo esemplificativo cfr.: Cass. Pen., Sez. I, del 16/07/2015, n. 46966; Cass. Pen., Sez. I, del 16/07/2015, n. 876; Cass. Pen. n. 9658 del 2016; Cass. Pen., Sez. I, del 19/07/2016, n. 38801; Cass. Pen., Sez. I, del 19/07/2016, n. 38801.

avvalere il detenuto e del relativo procedimento, ma non si riferisce al presupposto della necessaria attualità del pregiudizio che rileva, invece, ai fini del diverso rimedio del reclamo, previsto dal citato art. 69 la cui finalità è quella di inibire la prosecuzione della violazione del diritto individuale da parte dell'amministrazione penitenziaria (cfr. Cass. Pen., Sez. I, 29/03/2017, n. 19674).

Fatte queste precisazioni, occorre soffermarsi sul secondo rimedio, disciplinato dal terzo comma dell'art. 35 o.p.. Lo strumento in questione si rivolge invece a coloro che abbiano subito la lesione durante un periodo di custodia cautelare non detraibile dalla pena da scontare, ovvero a coloro che abbia già interamente scontato la sanzione detentiva. In entrambi i casi, entro il termine di sei mesi dalla cessazione della detenzione o della custodia cautelare, l'interessato può rivolgersi al giudice civile per ottenere un risarcimento in forma monetaria, sempre nella misura di otto euro per ogni giorno di pregiudizio subito. In queste ipotesi, è competente il tribunale del capoluogo del distretto ove i soggetti hanno la residenza. Secondo quanto previsto dalla norma, il tribunale decide in forma monocratica, secondo le forme del procedimento definito negli artt. 737 ss. del c.c., ossia un rito semplificato, che si svolge in camera di consiglio impugnabile attraverso ricorso per cassazione ex art. 111 Cost..

Entrambi i rimedi richiamati si basano su un unico presupposto: la sussistenza di condizioni di detenzione tali da violare l'art. 3 CEDU secondo l'interpretazione della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo. Proprio quest'ultimo richiamo ci consente di affermare con sufficiente certezza che lo strumento non sia limitato alle ipotesi di sovraffollamento carcerario, ma si estenda alla più variegata fattispecie di violazione – quindi anche a quelle di carattere meramente sanitario – tipizzate nelle pronunce dei giudici di Strasburgo. In questo senso i rimedi di cui all'art. 35 ter o.p. possono essere attivati anche nelle ipotesi in cui le condizioni in cui è, o è stato, costretto il detenuto o l'internato siano, o fossero, lesive del diritto alla salute e, in quanto tali, disumane o degradanti. Perché tale previsione abbia effettiva attuazione, appare connaturata

l'esigenza che i giudici nostrani procedano ad un costante monitoraggio, anche in virtù della sempre crescente capacità espansiva dell'art. 3 CEDU, delle pronunce della Corte EDU in materia.

Per concludere non possiamo non rilevare come, a fronte di una violazione dell'art. 3 CEDU, la cui gravità è insita nel riconoscimento della stessa, il legislatore abbia predisposto forme di risarcimento estremamente contenute e a tratti inadeguate a compensare, se non in misura puramente simbolica, la lesione subita. La detrazione di un giorno ogni dieci giorni di pregiudizio patito appare inoltre di assoluta modestia se parametrata allo sconto di pena di carattere puramente premiale derivante dall'applicazione della liberazione anticipata ordinaria o, ancor di più, della liberazione anticipata speciale. Tale incoerenza era stata rilevata anche nel documento conclusivo della Commissione di studio in tema di ordinamento penitenziario che, nel fornire alcune indicazioni sull'introduzione di un rimedio compensativo, ipotizzava un meccanismo di riduzione della pena residua da calcolare sulla falsariga di quanto previsto per la liberazione anticipata (Della Bella 2014). Analoghe considerazioni possono essere effettuate con riferimento al risarcimento monetario riconosciuto nella misura di otto euro per ciascuna giornata di pregiudizio subito. L'esiguità dello stesso si manifesta con ancora più evidenza se lo si mette a confronto con l'art. 135 c.p., in cui si stabilisce in via generale che “quando, per qualsiasi effetto giuridico, si deve eseguire un ragguglio fra pene pecuniarie e pene detentive, il computo ha luogo calcolando 250,00 euro, o una frazione di 250,00 euro, di pena pecuniaria per un giorno di pena detentiva”. Ma non solo. Entrambi i rimedi previsti dall'art. 35 ter o.p., considerata anche l'elevato tecnicismo della formulazione, potrebbero comportare l'assistenza di un legale, il cui costo può rivelarsi sensibilmente superiore rispetto alla modesta entità del risarcimento ricavabile, inducendo così il detenuto o l'internato a desistere

dall'avanzare qualsiasi pretesa preventiva o risarcitoria nei confronti dell'autorità statale.

Capitolo quattro

Sguardi da dentro

Nel presente capitolo verranno analizzati in chiave critica, attraverso un costante rimando alla cornice legislativa e teorica disegnata nei precedenti capitoli, i dati emersi durante le interviste e gli accessi effettuati negli istituti di pena sardi e lombardi. Dopo aver definito la cornice metodologica entro cui è stata svolta la ricerca, cercheremo dapprima di definire i contenuti essenziali dello stato di salute della popolazione detenuta, con specifico riferimento alle patologie sovra-rappresentate e all'incidenza della marginalità e della detenzione nella costruzione del quadro clinico. Continueremo poi concentrandoci su due categorie di detenuti, tossicodipendenti e stranieri, le cui condizioni di salute risultano spesso aggravate e nei cui confronti la legge ha imposto ai sanitari di elaborare precisi interventi di presa in carico. Infine concluderemo analizzando la modalità attraverso le quali viene concretamente gestita la salute dei detenuti, concentrandoci sugli assetti organizzativi derivanti dall'applicazione della riforma della sanità penitenziaria, sulle condizioni contrattuali dei sanitari e sulla conflittualità insita nei rapporti tra area custodiale e area sanitaria, nonché tra singolo operatore e paziente ristretto.

IV.I Metodologia di ricerca

Al fine di esplicitare il metodo di ricerca utilizzato, prenderemo spunto dalla struttura narrativa proposta da Milly (2001, pp. 53-77) in un saggio sulla pratica medica nel contesto carcerario francese. Esporremo innanzitutto come il metodo privilegiato sia frutto di una serie di contingenze, dinieghi e possibilità prodotte dal contesto di studio. In secondo luogo, mostreremo la necessità “contestuale” della scelta del metodo dell'intervista e del colloquio al fine di acquisire dati e informazioni. Questa scelta è

stata dettata, oltre che dai limiti “ambientali”, anche dalla volontà di “comprendere le azioni e le rappresentazioni dei professionisti che intervengono in contesto carcerario, accedendo al senso che questi attribuiscono alla loro azione” (Milly, 2001 p. 53). In seguito evocheremo l’operatività del metodo dell’intervista, restituendo le ragioni della scelta dello strumento d’indagine, le situazioni entro cui si svolgeva, le fasi di registrazione e trascrizione, infine l’analisi dei dati raccolti. Per concludere, esplicheremo la necessità empirica di comparare le rappresentazioni e le narrazioni raccolte in sede d’intervista con l’osservazione delle pratiche di implementazione della disciplina della cura in carcere. L’osservazione – assai difficoltosa se non impossibile in ambito penitenziario – è stata realizzata grazie all’affiancamento all’Osservatorio sulle condizioni di detenzione dell’associazione Antigone.

L’intervista: la scelta del metodo

Come accennato in precedenza, abbiamo privilegiato lo strumento d’indagine dell’intervista. Si è trattata di una scelta dettata dalle specificità del contesto che intendevamo analizzare e dalle circoscritte occasioni di accesso al campo. In effetti in carcere per un soggetto esterno risulta ancora complesso costruire la ricerca attraverso l’osservazione. Questa difficoltà risulta acuita dall’accostarsi allo studio della sanità penitenziaria e, in particolare, delle pratiche del personale sanitario. Si tratta di una tematica che può essere facilmente percepita dal destinatario dell’indagine quale fonte di denuncia e, più in generale, di messa in discussione del suo operato. Questa constatazione deriva dal fatto che, durante diversi colloqui, ci è stato domandato di esplicitare un nostro posizionamento sull’oggetto indagato. Detto altrimenti la criticità, seppur presente in pressoché tutti i terreni di ricerca, risiede innanzitutto nell’accentuata impossibilità di imporsi in carcere come osservatori.

La difficoltà insita nell’osservazione delle pratiche del personale sanitario deriva altresì dalla non agevole possibilità di ottenere specifiche autorizzazioni istituzionali,

oltre che dall'esigenza, eticamente non scevra di criticità, di partecipare a colloqui e visite, in tal modo violando le specificità – anche di tipo simbolico – della relazione terapeutica e imponendo una relazione d'inchiesta. In effetti, come sostenuto da Milly (2001, p. 55), la presenza di un osservatore terzo durante una consultazione medica si rivela fundamentalmente perturbatrice del rapporto intercorrente tra professionista e paziente.

Chiariti, seppur sinteticamente, i termini della scelta metodologica, è evidente che la stessa ci abbia privato di accedere ad una mole importante di dati, derivanti dall'osservazione delle prassi organizzative, al di là delle retoriche costruite sulle stesse, dalle interazioni tra i vari comparti, tra le varie figure sanitarie, nonché tra queste ultime e i detenuti.

Ciò nonostante, lo strumento d'indagine adottato si è rivelato sufficientemente adeguato ad analizzare un fenomeno che, essendo così vasto e articolato, rende difficile un'analisi attraverso un questionario. L'intervista è apparsa idonea per la sua capacità di instaurare un'interazione comunicativa fra noi e gli intervistati, finalizzata all'acquisizione di informazioni e caratterizzata da una forte flessibilità, tanto nelle domande, quanto nella loro sequenza. Si è rivelata altresì particolarmente proficua nel consentirci di accedere al senso che i vari professionisti coinvolti attribuiscono alle loro azioni e alle rappresentazioni che da tale accostamento derivano (Milly 2001, p. 53).

Quanto ai destinatari dell'indagine, abbiamo cercato di coinvolgere differenti figure professionali con l'intento di garantire il maggior numero di punti di vista e in tal modo cogliere le varieguate prassi e le molteplici rappresentazioni. Le interviste sono state rivolte a medici, sia generici che specialisti, e infermieri che operano all'interno del carcere, nonché a figure quali direttori sanitari e coordinatori infermieristici. Si tratta di professionalità individuate dalla nuova disciplina in posizioni apicali all'interno della

sanità penitenziaria, che si occupano di questioni più strettamente logistiche e amministrative e garantiscono un raccordo con la realtà ospedaliera esterna.

Si tratta di professionisti differenziati tanto con riferimento alle competenze, quanto con riferimento all'età, all'anzianità di servizio, alle precedenti esperienze professionali e al tipo di istituto in cui operano. La scelta degli operatori sanitari quali destinatari privilegiati dell'intervista non è dipesa tanto dal considerarli protagonisti del fenomeno studiato. Abbiamo piuttosto eletto la loro conoscenza della realtà carceraria della quale, attraverso un'esperienza quotidiana, hanno una visione diretta e articolata e la possibilità di un costante rimando e confronto con l'organizzazione esterna a cui afferiscono.

I colloqui sono stati condotti principalmente in Lombardia e con minore frequenza, a causa di una più contenuta presenza sul territorio, in Sardegna. Si tratta di contesti territoriali diversificati per caratteristiche della popolazione detenuta, incidenza di fattori quali il sovraffollamento, regimi detentivi applicati e, più in generale, risorse investite a livello regionale sulla sanità nel suo complesso e assetti organizzativi prescelti. Tuttavia questa diversificazione non ha inficiato la possibilità di individuare delle variabili costanti nella tutela della salute in carcere.

Strutture a priori e imprevedibilità del racconto

Una volta valutate le ipotesi e gli obiettivi iniziali, la complessità della ricerca che si intendeva condurre e il contesto specifico di riferimento, abbiamo scelto di costruire un'intervista semi-strutturata, con domande predisposte per aree tematiche, ma non rigidamente scandite, e comunque adeguate per garantire un reciproco coinvolgimento tra le parti. L'intervista è suddivisa in tre sezioni, rispettivamente: “la riforma sanitaria”, “eventuale specificità degli interventi intramurari” e “salute e detenzione”. Le prime domande sono finalizzate a comprendere il grado di attuazione della riforma, i motivi del suo ritardo, nonché l'assetto organizzativo predisposto dalla stessa, con particolare

riferimento al riparto di competenze, al *turn-over* degli operatori e alla loro contrattualistica. Nella seconda parte ci concentriamo sulle specifiche competenze degli operatori sanitari penitenziari, sull'incidenza delle esigenze di sicurezza sul loro operato e su eventuali cambiamenti nell'interpretazione del loro ruolo professionale. Infine le ultime domande indagano le patologie sovra-rappresentate nel contesto carcerario. In queste sede specifica attenzione è rivolta a problematiche quali il sovraffollamento, il disagio psichico causato dalla detenzione e la presenza di alcune categorie particolarmente svantaggiate della popolazione detenuta, fra le quali tossicodipendenti e migranti.

Consapevoli che in questo strumento d'indagine la voce dell'intervistato è prevalente rispetto a quella dell'intervistatore, le domande sono state di volta in volta adattate secondo la professionalità del destinatario e secondo le sue capacità di cogliere i temi centrali e di argomentare in modo autonomo. L'approccio iniziale con ciascun intervistato è stato quello di definire, in modo chiaro ed essenziale, il nostro lavoro di ricerca. Ciascun'intervista ha tuttavia un suo andamento specifico: a colloqui fluidi e non strutturati, molti dei quali utilizzati come occasione per sfogarsi sui problemi dell'istituto e del lavoro al suo interno, ne sono seguiti altri maggiormente formali, scanditi dalle nostre domande, con professionisti con i quali non siamo riusciti ad instaurare un adeguato canale comunicativo.

Il tabù della registrazione e le modalità di trascrizione

Tutte le interviste sono state condotte nelle infermerie dei diversi istituti. Questo aspetto, data l'impossibilità di accedere con un registratore, ha comportato l'esigenza di appuntare manualmente le informazioni raccolte, spesso compromettendo il dinamismo della narrazione. In molti casi si è infatti deciso di affidare alla pura memoria il racconto dell'intervistato e di procedere, una volta lasciato l'istituto, alla repentina trascrizione di quanto riferito. È evidente che non possa trattarsi di una riscrittura letterale

dell'intervista e che, proprio tale limite, ci abbia privato della possibilità di riascoltare la registrazione integralmente e, in tal modo, di concentrarci su frasi o espressioni che al momento del colloquio non avevano suscitato un'attenzione specifica.

Tuttavia, sotto altro aspetto, la possibilità di trascorrere varie porzioni di tempo all'interno dei locali dell'infermeria ci ha consentito di poter assistere, seppur in maniera sporadica e sicuramente non esauriente, ad alcuni colloqui tra il personale sanitario e i detenuti e di poter in tal modo osservare alcune delle pratiche che sino a quel momento erano state affidate esclusivamente alle rappresentazioni dell'intervistato.

In ogni caso, non ci si è mai limitati a un'acquisizione meccanica delle informazioni, piuttosto si è sempre cercato di creare le condizioni affinché l'intervistato potesse esprimere liberamente le sue opinioni. In alcuni casi la difficoltà si è manifestata nel veicolare un autonomo racconto dell'intervistato e nell'ottenere una piena fiducia e collaborazione per la ricerca condotta. In tal senso ogni intervista ha un suo andamento e una sua focalizzazione. L'esito della conversazione è dipeso sostanzialmente dal legame empatico e di reciproca comprensione instaurato tra i due attori dell'interazione comunicativa.

Analisi delle interviste

Una volta completata la trascrizione delle interviste abbiamo proceduto ad un'analisi critica della stesse. Come chiarito da Milly (2001, p. 75), quest'operazione, lungi dal caratterizzarsi per una concatenazione ordinata dei vari metodi d'analisi, può essere più correttamente intesa come una sorta di "bricolage metodologico".

Abbiamo innanzitutto rinunciato a concentrarci su una mera analisi testuale delle interviste, considerato che, come sopra chiarito, non è stato possibile utilizzare il registratore e che, la predilezione di tale angolo visuale, si scontrerebbe con i limiti di una riscrittura che, per quanto fedele, è comunque opera dell'osservatore.

Ci siamo piuttosto concentrati tanto sull'analisi dei temi emersi, quanto su quella delle singole interviste. Sotto il primo profilo, abbiamo provveduto a rileggere l'insieme delle interviste al fine di individuare le tematiche, i discorsi e le rappresentazioni ritenuti maggiormente pertinenti da parte del personale sanitario. Non si è trattato tanto di ricercare una sorta di coerenza intra-sistemica, ma piuttosto di rilevare le differenziate sfaccettature attraverso le quali i singoli descrivono il loro operato all'interno del carcere. Sono in tal modo emerse diverse prospettive quali ad esempio la specificità degli interventi intramurari, lo stato di salute dei detenuti, gli interventi terapeutici, le caratteristiche delle interazioni tra comparti e la precarietà degli inquadramenti contrattuali.

A questo punto, alla luce delle traiettorie così delineate, abbiamo deciso di vagliare ogni singola intervista al fine di valutare se, in che composizione e con quali modalità erano stati snocciolati questi temi, con quale frequenza, ovvero se erano stati del tutto ignorati per valorizzarne degli altri. In questo senso sono sensibilmente aumentate le prospettive d'analisi che, seppur nell'ambito di ipotesi di ricerca da noi definite, abbiamo cercato di convogliare all'interno del testo. In effetti proprio l'ampiezza delle tematiche emerse ci ha condotto a proporre una graduale focalizzazione delle stesse. Siamo in tal senso partiti dalla più ampia area delle disuguaglianze di salute e delle ripercussioni delle stesse nella costruzione del quadro clinico della popolazione detenuta, per poi procedere ad una progressiva delimitazione in tematiche maggiormente circoscritte, quali l'assetto organizzativo predisposto a seguito della riforma, i rapporti tra i vari comparti coinvolti a più riprese nella gestione della sanità penitenziaria, per concentrarci infine sulla relazione terapeutica intercorrente tra paziente e detenuto.

La difficoltà dell'osservazione in carcere: un metodo complementare

La scarsa disponibilità al colloquio da parte degli operatori riscontrata in una prima fase della ricerca, ci ha indotto a integrare l'analisi sulla base dei dati raccolti in occasione delle visite degli istituti lombardi e sardi condotte nell'ambito dell'Osservatorio sulle condizioni di detenzione dell'associazione Antigone. A posteriori, questa integrazione degli strumenti d'indagine si è rivelata particolarmente proficua nel consentirci di comprendere, al di là delle narrazioni riportate dagli intervistati, la realtà delle prassi applicative e la complessità delle dinamiche organizzative e relazionali che interessano le varie figure presenti negli istituti chiamate, a vario titolo, ad intervenire nel percorso di cura della persona detenuta. È stato in effetti in tal modo possibile accedere, non solo a colloqui informali ed esercizi di gerarchia tra direzione e area sanitaria, ma altresì agli stessi spazi, tanto della detenzione, quanto della cura. In tal senso le visite ci hanno permesso di raccogliere una serie di parole, immagini, odori e sensazioni che si sono pian piano configurati come vaglio critico delle rappresentazioni che nel frattempo ci venivano proposte in sede di intervista.

Dopo ogni accesso in carcere, sulla base di un confronto con gli altri volontari presenti, abbiamo sempre annotato percezioni e dati raccolti su un apposito diario di campo. Gli stralci delle pagine così trascritte sono stati riportati nel testo integralmente. Riteniamo infatti che questo utilizzo, seppur condizionato dalle interpretazioni che ne derivano, consenta di ridurre la possibilità che il tempo, con il moltiplicarsi delle occasioni di sedimentazione del dato raccolto, rimoduli la rielaborazione di quanto riscontrato nell'immediatezza della visita.

Come ben delineato da Johnson e Johnson (1990, p. 166), “our notebook can become a meaningful sample of cultural events. It can, if certain procedures are followed. First, our notebook can be a representative sample of events occurring in the lives of the members of our research community if we are unbiased in our exposures to all members

of the community. Second, our notebook can be a representative sample of those events to the extent that we alert to and willing to record without bias all aspects of our subjects' lives. This, our notebook can generate meaningful counts of events if we classify its contents in theoretically appropriate ways before counting them”.

IV.II Lo stato di salute della popolazione detenuta

Cimentarsi nell'analisi e nella definizione dello stato di salute della popolazione detenuta risulta particolarmente complesso. In effetti il carcere è ancora considerato un mondo a parte, in cui far riferimento alla sanità penitenziaria come parte di un più ampio discorso sulla salute pubblica appare più un auspicio che una realtà realmente praticabile (Comitato Nazionale per la Bioetica 2013). Come sottolineato da un'operatrice sanitaria di un istituto di pena lombardo durante un'intervista:

Qui dentro si cerca di curare la fragilità, cercando di attenuarla in visione della scarcerazione del detenuto. Curare le fragilità di queste persone significa avere un'idea di sanità pubblica (donna, infermiera, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Questa interpretazione del mandato professionale, nonostante l'importanza che riveste, appare tuttora circoscritta alle componenti deontologiche del singolo, e non di certo ad un'ottica di integrazione istituzionale sul tema salute tra il mondo carcerario e l'esterno. In effetti gli studi epidemiologici sulla popolazione carceraria appaiono ancora limitati e, quando presenti, sono confinati al contesto a cui si riferiscono. Sotto altro aspetto, è sufficiente notare che le indagini nazionali sullo stato di salute della popolazione generale non includono quasi mai le persone detenute: ciò vale ad esempio per il *National Health Interview Survey* riguardante la popolazione statunitense e per le indagini Istat sui cittadini italiani (Ibidem).

Con riferimento al contesto nostrano, si evidenzia che, nel decreto di passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, l'acquisizione e l'organizzazione delle conoscenze epidemiologiche sono state individuate come priorità: le Regioni hanno l'onere di attivare in tutti gli istituti di pena una rilevazione sistematica dei dati "sulla prevalenza e l'incidenza degli stati patologici, descrivendo altresì condizioni e fattori di rischio che ne favoriscono l'insorgenza o ne ostacolano la cura". Nonostante il tempo trascorso dall'approvazione delle norme richiamate, attualmente non esiste un Osservatorio Epidemiologico Nazionale e non tutte le regioni hanno attivati i centri di monitoraggio a livello locale (De Maria 2015).

Per provare a definire le caratteristiche sanitarie della popolazione detenuta ci baseremo pertanto sul rapporto "*Prison and Health*" stilato dall'Oms nel 2014 e sui dati elaborati dal Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) nell'ambito di un progetto pilota sullo stato di salute negli istituti penitenziari⁵¹. Il confronto dei dati emergenti da tali studi, nonché il punto di vista degli operatori sanitari intervistati, consentono in effetti di affermare che nella declinazione del quadro clinico della popolazione reclusa esistono delle variabili ricorrenti, non scalfite dalle consuete differenziazioni territoriali e dall'assetto specifico di ciascun istituto (Buffa 2013).

Tutti gli intervistati concordano nel ritenere che la detenzione si manifesti innanzitutto a livello psicologico favorendo l'insorgere di disturbi di tipo psichico.

Il disagio psichico è attribuibile al carcere. Ovviamente se si vive in "cattività" questo può essere il risultato, almeno in alcuni momenti (donna, infermiera, istituto della Lombardia, novembre 2016).

⁵¹ Più specificatamente il progetto esecutivo intitolato "Lo stato di salute dei detenuti degli istituti penitenziari di 6 regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari" è stato approvato nel 2012 per la durata di 2 anni ed ha visto il coinvolgimento di sei regioni italiane (Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria, ASL Salerno).

Il sovraffollamento secondo me favorisce l'insorgere di disturbi psichici, quantomeno quelli connessi al sonno (uomo, medico, istituto della Lombardia, dicembre 2016).

Oltre ad altre patologie comunque riconducibili alla detenzione, non si può non considerare che dopo anni in prigione nessuno è "centrato"! (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Il disagio psichico, anche quando non si manifesta in vere e proprie patologie acute⁵², sembra rappresentare una delle emergenze degli istituti penitenziari italiani. Confermando quanto sostenuto dai miei interlocutori, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene che in carcere i disturbi psichici si manifestino con maggiore incidenza rispetto all'esterno. Secondo uno studio realizzato in Inghilterra (OMS 2014) il 90% dei detenuti di età superiore ai sedici anni soffre di disturbi mentali, disturbi psichici connessi alla dipendenza da sostanze stupefacenti e disturbi della personalità. Anche lo studio del Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, seppur con percentuali decisamente più contenute, conferma l'alta incidenza di disturbi psichici, rilevando che il 41,3% dei detenuti coinvolti nell'indagine risulta affetto da almeno una patologia psichiatrica (CCM 2015). Riteniamo che lo scarto tra le percentuali citate

⁵² Sul punto si evidenzia l'importanza che tuttora riveste l'indagine condotta da Gonin (1994), su proposta del Consiglio di ricerca del Ministero della Giustizia, sulle condizioni di salute in carcere. Obiettivo della ricerca era realizzare un'analisi approfondita delle relazioni esistenti, in termini di causa ed effetto, fra le condizioni di vita in carcere e il manifestarsi o l'aggravarsi di patologie più frequenti, riscontrate nel contesto carcerario. L'analisi è stata condotta attraverso la somministrazione ai detenuti di sesso maschile di un questionario, al fine di rilevare le loro impressioni sullo stato di benessere all'interno dell'istituto e, più specificatamente, sulle modificazioni nella percezione di sé stessi e del mondo, sulle modificazioni della sensibilità, e sui problemi e malesseri relativi ad un'intimità turbata. I dati raccolti sono stati confrontati con un gruppo sociologicamente affine ai reclusi, ma in stato di libertà. Il primo risultato che emerge è una progressiva trasformazione dei sensi. Nel momento in cui si entra in prigione si modificano, con minore o maggiore intensità, i riferimenti spaziali e temporali e ciò provoca nella persona un forte senso di vertigine. Questo disagio non diminuisce con l'assuefazione al contesto carcerario, ma rimane stabile e produce diverse modificazioni sensoriali. L'olfatto viene modificato e progressivamente perso, o quantomeno diminuito, già dai primi giorni di detenzione. Anche la vista ne risente. La delimitazione degli spazi e la scarsa luminosità delle celle rendono lo sguardo del detenuto costantemente coartato e tagliato. Inoltre con l'assenza di una reale comunicazione, lo sguardo smette di essere il primo sostegno della parola, e finisce per essere costantemente distolto dal viso dell'altro. Molti si lamentano di accusare una diminuzione repentina della loro vista nei primi mesi di detenzione, e il numero sale durante tutta la durata dell'incarcerazione. Fortemente connessa all'assenza di comunicazione in un ambiente fortemente cacofonico, è la perdita dell'udito. Il detenuto, in costante allarme al fine di recepire i rumori della presenza dell'Istituzione, vede diminuita la sua capacità uditiva per iperacutezza. Infine, anche il tatto, subisce delle modificazioni. Sempre a livello sensoriale, un altro elemento che emerge dalla ricerca della équipe francese è la costante sensazione di freddo, anche durante i mesi più caldi. I ricercatori sostengono che questo dato sia in parte dettato dalla fatiscenza delle strutture, dai muri di cemento armato, e dalla scarso riscaldamento dell'ambiente. Tuttavia alcuni proseguono sostenendo che si tratti di una sensazione aggressiva che proviene dall'interno dell'uomo, e che è completamente dissociata dal caldo.

negli studi sopra menzionati possa essere ricondotto alla valorizzazione di indici più o meno estesi. Nell'indagine condotta dall'OMS in effetti si rileva un'ampiezza dei disturbi psichici, non necessariamente sfocianti in vere e proprie diagnosi di tipo psichiatrico, non valutati nello studio condotto dal CCM.

In questo quadro non può non evidenziarsi, come lucidamente ipotizzato anni prima che ne venisse disposta l'abolizione (Verde 2011), la possibilità di un aumento dell'incidenza di tali disturbi connessa alla recente chiusura degli O.P.G. e alle problematiche connesse all'introduzione delle R.E.M.S., soprattutto in termini di posti disponibili e di conseguenti liste di attesa (Miravalle 2017). Quest'impostazione è stata confermata da una recente visita, condotta unitamente all'Osservatorio sulle condizioni di detenzione dell'associazione Antigone, di un istituto di pena in cui è presente il reparto di osservazione psichiatrica (R.O.P.). Riportiamo un estratto del diario etnografico redatto nelle ore immediatamente successive.

Altra sezione estremamente problematica è il reparto di osservazione psichiatrica. Al momento della visita sono presenti due detenuti. Un ragazzo molto giovane e un signore di media età. Sembrano entrambi sedati. Una non dice niente, l'altro chiede insistentemente del tabacco e di poter fare una chiamata, ma viene immediatamente messo a tacere dall'agente che ci accompagna. Anche in questa sezione le celle rimangono costantemente chiuse e non è prevista nessuna attività trattamentale. Nelle celle, per ragioni di sicurezza, non è presente nessun tipo di arredo, tranne letto e materasso. Non ci sono neanche le lenzuola. Sembra che in questa sezione i detenuti siano completamente abbandonati a loro stessi e che il fattore sanitario e quindi l'ipotizzabilità di una patologia, in questo caso di carattere psichiatrico, non faccia che peggiorare visibilmente la condizione detentiva. Di tutela della salute questa sezione presenta ben poco. Tento, considerata la delicatezza di quel che noto, di fare alcune domande alla direttrice. Lei non ci spiega i motivi di carattere sanitario, ma indirizza immediatamente il discorso su un altro piano. Ci spiega che oramai ci sono delle lunghe liste di attesa per accedere alle R.E.M.S. e che, quindi, i detenuti potenzialmente scarcerabili vengono trattenuti diverso tempo nel R.O.P. (Diario di Campo, 31 marzo 2017).

Il brano appena riportato ci consente di accennare ad un argomento, di cui daremo ampiamente conto nel trattare il rapporto tra medico e paziente, che sembra ricorrere con una certa insistenza durante tutta la ricerca, soprattutto in quella parte basata sugli accessi in carcere: la patologia, qualunque essa sia, spesso non fa che aggravare – considerati gli spazi angusti e le modalità prettamente emergenziali attraverso cui è trattata – la condizione detentiva del singolo. Questa constatazione ci porta ad ipotizzare, e di fatto qualche intervistato ne ha dato conferma, che la simulazione, adottata quale retorica principale per spiegare le difficoltà nel rapporto medico-paziente, non si concretizzi necessariamente nell'enfatizzare patologie in realtà inesistenti, ma possa al contrario essere utilizzata per celare, in virtù delle conseguenze che ne derivano, reali stati di malessere.

Le parole della direttrice ci consentono altresì di constatare che, se da una parte è innegabile l'incidenza del contesto ambientale sull'equilibrio psichico del detenuto, dall'altra esistono soggetti – e tra questi, appunto, i portatori di disturbi psichici che si manifestano come conseguenza di una condizione di forte deprivazione (Marmot 1996) – che con maggiore frequenza rispetto ad altri rischiano di essere incarcerati. Ma non solo: in effetti una volta dentro queste persone, come chiarito dalla direttrice, nonostante siano “potenzialmente scarcerabili”, subiscono la detenzione senza reali prospettive di uscita. E non ci sembra che possa dirsi un caso isolato. Come precisato da un medico operante in un istituto sardo durante un'intervista,

Non si può non considerare che il detenuto tipo è portatore di varie tipologie di disturbi del comportamento, della condotta, bipolarismo (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017).

In ogni caso l'incidenza dei disagi psichici, siano essi dettati o acuiti dalla detenzione, ovvero preesistenti alla stessa, richiederebbe l'espletamento di adeguate attività di

monitoraggio e prevenzione, allo stato non ancora assunte come pratica prevalente da parte degli operatori sanitari. Come confermato da una psichiatra:

Dal punto di vista preventivo è stato fatto tanto, ma non di certo per quanto riguarda il disagio mentale (donna, psichiatra, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

Vi è anche chi ritiene che questa incidenza non richieda particolari forme di intervento e che, al contrario, i servizi sinora apprestati appaiono adeguati. Come chiarito dal responsabile sanitario di alcuni istituti lombardi:

Io non ritengo che i disturbi psichici rappresentino un fattore particolarmente problematico o sovra-rappresentato. I nuovi giunti infatti vengono visitati dallo psicologo al momento dell'ingresso e, nelle 24 ore successive, vengono visitati dallo psichiatra. È poi previsto che lo psicologo faccia 30 ore al mese ogni 100 detenuti e lo psichiatra 20 ore al mese per 100 detenuti (uomo, direttore sanitario, istituto della Lombardia, novembre 2016).

A nostro avviso, si tratta di una visione particolarmente riduttiva del fenomeno analizzato e soprattutto in controtendenza con tutte le elaborazioni, istituzionali e non, sul tema. In effetti, basandosi esclusivamente sui dati forniti dall'intervistato circa le ore lavorative del personale, appare manifesto che non possa certo ritenersi sufficiente e adeguato, considerato anche il livello di sofferenza indotto dalla detenzione, fornire a ciascun detenuto uno spazio rispettivamente di 18 e 12 minuti al mese per incontrare il personale medico. In questo computo è inoltre necessario considerare che il tempo a disposizione del singolo può ulteriormente ridursi a causa del sovraffollamento. Proprio sul punto una psichiatra ha precisato:

Io credo che il sovraffollamento incida su tutto. Dal nostro punto di vista incide innanzitutto sulle prestazioni da erogare. Come ti dicevo prima io devo fare un tot

di ore e non posso sfiorare. Ciò significa che mi è capitato di visitare 37 pazienti in una mattina. Ovviamente questo riduce molto le mie possibilità di comprendere fino in fondo le problematiche che mi vengono prospettate e dunque di orientarmi sulla diagnosi da fare. Quando vedi così tanti pazienti in poco tempo l'unica cosa che puoi fare è prescrivere dei farmaci (donna, psichiatra, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

Considerata la mancata predisposizione di interventi preventivi adeguati che non si limitino ad un primo contatto con il detenuto al momento dell'ingresso in carcere, una delle risposte più immediate per la gestione del disagio psichico, anche quando non si manifesta in patologie acute, è rappresentata dalla somministrazione di psicofarmaci. Tale dato trova conferma nelle alte percentuali di assunzione rilevate durante alcune visite effettuate in due istituti sardi: negli istituti di Bancali e Nuoro i detenuti che assumono regolarmente una terapia psico-farmacologica sono rispettivamente il 60% e l'80%. In Lombardia i dati riportati dagli operatori risultano leggermente più contenuti: nel carcere di Como, su 423 presenti, 35 detenuti sono sottoposti a terapia psichiatrica e 142 a trattamento per la tossicodipendenza; in quello di Bergamo, su 569 presenti, 90 sono sottoposti a terapia psichiatrica e 177 a trattamento per la tossicodipendenza; a Busto Arsizio, a fronte di 424 presenti, circa un terzo è sottoposto a terapia psichiatrica e 53 a trattamento per la tossicodipendenza; a Bollate, su 1125 presenti 218 sono affetti da patologie psichiatriche e il 41% a trattamento per la tossicodipendenza (Antigone 2017). A nostro avviso lo scarto tra i dati è dettato dalle variabili considerate dagli operatori nel fornirci i dati: nel caso sardo viene infatti considerata la somministrazione di qualsiasi terapia psico-farmacologica, compresa quella per il sonno, mentre nel caso lombardo la valutazione si limita alle somministrazioni di cure psichiatriche. In ogni caso, tutti gli intervistati condividono la criticità insita in tale pratica, anche se in qualche modo ne affermano il carattere pressoché ineluttabile. Alcuni stralci di intervista costituiscono una prova evidente di ciò:

Io credo che nella maggior parte degli istituti gli psicofarmaci vengono distribuiti, non somministrati (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Io credo che ci sia un uso spropositato di psicofarmaci, la cui funzione è quella di ridurre il disagio che si presenta con maggiore incidenza all'inizio, durante il periodo di adattamento (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, ottobre 2016).

Per quanto riguarda gli psicofarmaci credo che meno se ne prendono e meglio è. Alle volte sono necessari. Capita che vadano in tribunale per il processo e che ritornino molto agitati. In questi casi qualche goccia funziona. Io spero sempre che emergano le loro risorse personali e che quindi non siano necessari gli psicofarmaci. Voglio anche precisare che molto spesso chi assume psicofarmaci dentro li assumeva anche in libertà. Si tratta di ragazzi spesso problematici (donna, infermiera, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Secondo me qualche "goccina" ci sta... questa è una situazione negativa. Poi i neurolettici e gli antidepressivi vengono somministrati sotto prescrizione dello psichiatra. Per carità, i detenuti "carichi" esistono, ma sono una minoranza... quando escono la smettono (uomo, infermiere, istituto della Sardegna, marzo 2017).

Rispetto all'utilizzo di psicofarmaci io credo che quando ce n'è bisogno vanno dati. Poi è chiaro che in carcere non vengono rispettate le linee di prescrizione. Ciò sia per una scarsa preparazione di alcuni psichiatri, sia perché le condizioni di contesto spingono ad una più facile somministrazione. Io non lo faccio, ma in molti controllano che i pazienti assumano la terapia. Non si favorisce la loro autonomia per paura che si diffonda lo spaccio di farmaci. Questo dal mio punto di vista è fortemente stigmatizzante (donna, psichiatra, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

Condivido che in carcere ci sono troppe prescrizioni... però voglio precisare che secondo me sono principalmente i detenuti a richiederli. Io credo che in carcere ci sia una forte tendenza a voler vivere in una sorte di condizione di apnea che consenta di estraniarsi dal contesto. Credo anche che la richiesta di psicofarmaci è più alta nei pazienti con pene brevi... tralasciando poi che c'è una forte richiesta da

parte dei nordafricani, perché per loro è una sorta di “moda” quella dell’assunzione di psicofarmaci (donna, medico, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Sugli psicofarmaci va detto che quando c’è bisogno, bisogna darli. Poi c’è l’incubo di tutti i medici che è il suicidio. Il nostro incubo è il porre in essere un atto anti-conservativo. Lo stato di detenzione esacerba questo tipo di disturbi. Noi cerchiamo di alleviare un evidente stato di sofferenza (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017).

Quel che più sorprende dei brani appena richiamati è una sostanziale ammissione da parte di due intervistati delle esigenze di custodia insite, non solo nelle modalità di somministrazione a vista della terapia, ma anche nella stessa causa di prescrizione, ovvero la necessità di sedare affinché il detenuto sia posto in una condizione di impossibilità nel compiere gesti anti-conservativi. Un tale approccio alla cura rende manifesta la possibilità che alcuni operatori sanitari siano fortemente esposti a processi di prigionizzazione (Clemmer 1940) idonei a riadattarne pratiche e interventi. Ma sorprende altresì la connotazione in termini discriminatori e culturalisti, peraltro sulla base di un generico richiamo al fattore “moda”, delle richieste provenienti dai detenuti di provenienza nordafricana, le cui sofferenze potrebbe al contrario essere acuite, non solo dalle storie migratorie degli stessi, ma anche dall’assenza di contatti con l’esterno.

Tralasciando le posizioni sopra richiamate, possiamo affermare che quel che accomuna i punti di vista dei vari intervistati, seppur declinati in maniera differente, è la necessità di far fronte alle condizioni di contesto e alla sofferenza che generano. Tuttavia, nonostante tutti riconoscano la criticità, più che altro di carattere etico, insita in tale pratica, nessuno tende a concentrarsi sui possibili risvolti che da questa somministrazione costante possono derivare. In effetti, appare evidente che una massiccia contenzione farmacologica, favorendo l’insorgere di forme di dipendenza, di ulteriori disequilibri psichici e affievolendo sempre più la capacità di far fronte alla condizione detentiva in maniera responsabile e autonoma, in virtù di una sicurezza

sempre garantita, si concretizza in quelle che Illich (2004) ha lucidamente definito situazioni di iatrogenesi clinica. Detto altrimenti, in questo quadro l'intervento medico, a differenza dei miglioramenti che potrebbero derivare agendo sulle condizioni ambientali ovvero sulle proposte trattamentali, non appare significativamente collegato ad un calo dell'incidenza delle patologie psichiatriche all'interno del carcere. In fin dei conti, il richiamo più volte effettuato alla necessità che non vengano posti in essere gesti suicidari o autolesionistici, non fa che confermare modelli di azione meramente conservativi di un corpo esistente (Maturò 2015).

Dopo i disturbi psichici, al secondo posto, il CCM – in linea con quanto riscontrato dall'OMS – evidenzia l'incidenza delle patologie dell'apparato digerente che interessano il 14,5% dei detenuti. Di questo grande gruppo il 40% dei disturbi è costituito dalle patologie dei denti e del cavo orale, a cui seguono esofagiti, gastriti, ulcere gastro-duodenali, malattie epatiche e cirrosi. Secondo il coordinatore infermieristico di un istituto di pena lombardo:

Tutte le patologie sono fondamentalmente riconducibili alla detenzione: uno entra sano e non può che uscire malato. Basti pensare alle patologie croniche, a quelle psichiatriche, alle cardiopatie e alle malattie infettive (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017)

Ad avviso di altri è necessario concentrarsi su specifiche patologie. In questo senso vi è chi richiama i rischi di carattere sanitario derivanti da fattori quali l'ozio forzato, lo scarso movimento e le caratteristiche strutturali del penitenziario.

La detenzione, soprattutto negli adulti, incide sull'insorgere di malattie croniche, diabete, colesterolo alto. Quasi tutti i detenuti hanno carenza di vitamina D per la scarsità di luce (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017).

Sicuramente provoca una forte deafferentazione dei sensi e degli organi. Questo è dovuto a una forte assenza di stimoli (donna, psichiatra, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

La detenzione favorisce l'insorgere di gastriti, o comunque di fenomeni di somatizzazione dello stress (uomo, infermiere, istituto della Sardegna, marzo 2017).

Ma vi è anche chi individua nella forzata promiscuità il principale fattore di rischio.

Ci sono patologie riconducibili alla detenzione. Ad esempio le patologie infettive, l'HIV, le infezioni stafilococciche. Il 45% dei detenuti sono portatori di stafilococco aureus, un batterio resistente agli antibiotici. Il fatto che qui dentro si generino portatori di malattie infettive è un problema di salute pubblica. Poi ovviamente non credo che i medici per questo motivo debbano essere portatori di un senso di colpa. Qualcosa noi la facciamo. Sulla prevenzione si agisce principalmente con lo screening, e quindi sia sul recupero degli screening già effettuati sia sulla sottoposizione all'esame di chi non l'ha mai fatto (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, ottobre 2016).

Credo che quantomeno le patologie infettive siano riconducibili alla detenzione, ma non ci sono dati in tal senso. Non esiste nessuna attività di prevenzione, se non uno screening sulla trasmissione sessuale e cutanea al momento dell'ingresso, ripetuto poi una volta all'anno (donna, medico, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Anche le malattie infettive, le epatiti virali non A e l'infezione da HIV hanno una forte incidenza sulla popolazione carceraria rispetto alla popolazione esterna. L'OMS evidenzia una stretta correlazione tra l'utilizzo massiccio dell'incarcerazione, anche di tipo custodiale, nei confronti dei soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti e l'alta incidenza di infezioni da HIV ed epatiti e sostiene altresì che in carcere non sono sovra-rappresentati solo i soggetti affetti da tali patologie, ma lo sono altresì i soggetti e le condotte a rischio. Esistono infatti fattori quali il sovraffollamento, il ritardo nelle diagnosi, l'accesso limitato ad acqua, sapone o biancheria pulita, la mancanza di misure

di riduzione del rischio, come preservativi, siringhe sterili, attrezzature per tatuaggi e piercing che possono contribuire alla trasmissione. Riteniamo che in questo quadro gli interventi di carattere preventivo che, secondo gli intervistati, sono stati sinora attuati in maniera sporadica e comunque non strutturata, rivestano un ruolo fondamentale nell'arginare le possibilità di contagio.

Dal punto di vista della prevenzione, oltre alle attività di screening, non viene fatto nient'altro. Ad esempio nessuna prevenzione interessa la diffusione di patologie attraverso i rapporti sessuali o attraverso lo scambio di siringhe (donna, infermiera, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Quel che si cela dietro le parole dell'intervistata è un'assoluta consapevolezza che in carcere avvengano rapporti sessuali non protetti e che si assumano sostanze stupefacenti, anche attraverso iniezione. Questo dato sembra ricorrere spesso nelle interviste che nel tempo abbiamo sottoposto agli operatori sanitari. In un precedente lavoro (Cherchi 2014) ci era stata specificata l'esigenza di muoversi in un'ottica informale. Si riportano alcuni stralci delle interviste allora raccolte.

Ho fatto una riunione con le infermiere in cui si discuteva delle spese per i materiali, e soprattutto per i guanti. Io ho chiesto loro di non dare più i guanti, né ai detenuti, né all'amministrazione penitenziaria. Una collega mi ha detto che lei avrebbe continuato a distribuire i guanti fra i detenuti. Le ho chiesto il perché, e lei mi ha spiegato che li usano come profilattici. I profilattici non puoi distribuirli, e i guanti rappresentano l'unica alternativa autorizzata (donna, coordinatrice infermieristica, istituto dell'Emilia-Romagna, giugno 2013).

Noi abbiamo il segreto professionale. Ma quando ti dicono che oggi si faranno in dieci con la stessa siringa tu, sia a livello deontologico, che a livello etico, non puoi far finta di niente. Il nostro compito è la tutela della salute, ma le regole non te lo consentono (donna, infermiera, istituto dell'Emilia-Romagna, settembre 2013).

I brani appena riportati, a nostro avviso, esprimono una forte valenza decostruttiva rispetto all'immagine di un ambiente che appare all'esterno come fortemente normato e controllato dallo staff, ed in particolare dalla polizia penitenziaria. Inoltre confermano come possa frequentemente svilupparsi una contrapposizione normativa e deontologica tra l'operato dei sanitari e l'assetto penitenziario. In questo quadro assume rilevanza la componente etica dei singoli professionisti, nonché la capacità degli stessi di adattarsi in maniera spesso originale alla rigidità delle regole penitenziarie. Riteniamo che tali pratiche siano assolutamente ricorrenti e non possano essere ascritte a episodi circoscritti. In questo senso crediamo che possano non essere emerse dalle interviste non tanto perché non vengano di fatto praticate, ma piuttosto perché gli spazi in cui sono state condotte le interviste – spesso in infermeria e, dunque, con un rilevante passaggio di differenti personalità – non abbiano favorito l'instaurarsi di un rapporto di sufficiente intimità comunicativa tra le due parti.

Il quadro clinico del contesto carcerario è molto variegato, ma le patologie sinora menzionate risultano fortemente sovra-rappresentate rispetto alla popolazione libera. In questo quadro una lettura circoscritta alle incidenze del contesto appare limitata. Una seria presa di posizione sulla salute in carcere necessita in effetti di considerare, come sopra accennato, che esistono dei soggetti che rischiano maggiormente di essere incarcerati. Il carcere non solo è esso stessa fabbrica della malattia (Mosconi 2006), ma è altresì lo specchio fedele di quella crescente marginalità, costituita da migranti, prostitute, tossicodipendenti, *homeless*, alcolisti e nomadi (Carnevale, Di Tillio 2006).

In questo quadro, se accogliamo l'idea, come ampiamente chiarito nel secondo capitolo, che le disuguaglianze di salute – e il quadro clinico che ne deriva – rappresentino il prodotto composito delle esperienze sociali (Cardano 2008) che attraversano gli individui, nonché della loro esposizione a condizioni di forte deprivazione materiale (Marmot 2006), non possiamo non rilevare che molte delle

caratteristiche dello stato di salute della popolazione detenuta siano in realtà preesistenti alla carcerazione e che altro non facciano se non manifestarsi all'interno del carcere come prodotto di un processo di esclusione sociale ben più articolato.

La popolazione detenuta è una popolazione che in termini di salute parte svantaggiata. Rispetto ai determinanti della salute ha tutte le negatività. La maggior parte dei detenuti vengono da storie che li espongono già fortemente a rischio per la salute; culturalmente e socialmente sono svantaggiati perché solitamente sono poveri e immigrati (questo è il detenuto tipo), quindi con tutta una storia di migrazione alle spalle e con quale futuro non si sa. Pochi sono i detenuti ricchi, e chi ha i soldi in carcere fa presto ad uscire (donna, medico, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Sul punto si riporta altresì uno stralcio del diario di campo redatto dopo una mattina trascorsa nell'infermeria di un istituto lombardo. Si precisa che gli operatori coinvolti sono rispettivamente un medico generico (L.) e un direttore sanitario (C.).

Mi trovo nell'infermeria. Sono in attesa che L. finisca di sbrigare le ultime incombenze prima che inizi l'intervista. Credo che sia un'occasione privilegiata stare lì. È interessante notare come medici e infermieri si rapportino con i pazienti a prescindere da quanto mi raccontano. Nel frattempo arrivano diversi ragazzi (...) e arriva anche il nulla osta di B., verrà trasferito in un altro istituto. "Lui è uno di quelli che si fa arrestare, lui è felice di farsi arrestare... perché fuori non ha niente. Bene o male qui ha il suo gruppo di amici. Però è una mina vagante, ogni giorno ci chiede gocce diverse, e bisogna stare attenti... perché se non gliel'hai potrebbe esplodere", mi spiega l'infermiere. L. dice che è un ragazzo piuttosto problematico, ma che lei in fondo è molto affezionata. Mentre mi parlano mettono la sua cartella, anche abbastanza consistente, in una busta chiusa. Lo dovrebbe seguire nel trasferimento nel nuovo istituto. Ecco arriva anche C. "No, la cartella sta qui. Loro vogliono che segua il detenuto. Ma la cartella sta qui, anche per tutelarci. Possiamo fare una copia di quello che c'è dentro se vogliono", dice loro (Diario di Campo, 16 novembre 2016).

Il brano riportato non solo dimostra che effettivamente vi sia una larga fetta di popolazione detenuta, spesso migranti di giovane età, priva di qualsiasi riferimento esterno, abituata ad accessi in carcere costanti, ma anche che nei loro confronti vengano predisposti interventi spesso circoscritti a contenere il disagio dettato da una grave condizione di marginalità. Lo stesso brano evidenzia altresì come le esigenze di traduzione dei detenuti possano intervenire quando nei confronti degli stessi sono già stati elaborati, ovvero attivati, percorsi di presa in carico. Anche in questo caso l'intento del legislatore di costruire una tutela della salute che si snodi anche in una proiezione post carcere rischia di rimanere cristallizzato nel mero dato letterale.

Alcuni intervistati si sono inoltre concentrati, non tanto sullo stato di povertà materiale vissuta da alcuni detenuti, ma piuttosto sui livelli di istruzione degli stessi.

Sulle malattie infettive, oltre al contesto, penso che incidano anche le caratteristiche della popolazione detenuta. Mi riferisco più che altro all'ignoranza rispetto a queste tematiche... nel carcere X ho parlato con alcuni ragazzi dell'HIV e loro mi hanno detto che non si sentivano minimamente esposti perché è una malattia che contraggono solo gli omosessuali. Io credo che molti non abbiano idea del proprio corpo e su questo dovrebbero esserci maggiori consulenze individuali (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, ottobre 2016).

Nei confronti dei detenuti migranti è innanzitutto necessario spendere maggiori energie per fargli capire l'importanza di certi esami. All'inizio si cerca di fare un piccolo colloquio per spiegar loro che cosa è una malattia, cosa un'infezione. Molti non sanno se il cervello o i polmoni siano organi o muscoli (donna, infettivologa, Istituto della Lombardia, febbraio 2017).

Tralasciando il razzismo culturale sulla mancata conoscenza da parte dei migranti del proprio corpo, occorre evidenziare che per questi ultimi il carcere può rappresentare il primo contatto con i servizi sanitari del paese ospitante. Riteniamo che l'accesso facilitato alle cure che si riscontra in carcere non operi esclusivamente nei confronti dei migranti, ma che sia altrettanto riscontrabile con riferimento ad ulteriori categorie

marginali che, si ribadisce, risultano maggiormente passibili di sanzione penale. In effetti, il sovvertimento del principio di uguaglianza nella tutela della salute tra realtà esterna e interna al carcere, su cui ci concentreremo nel prosieguo, è stato ribadito da tutti gli operatori impiegati tanto in Sardegna, quanto in Lombardia. Questa circostanza non sembra essere scalfita dalle specificità dei contesti regionali che, in questo caso, rilevano soprattutto con riferimento alle caratteristiche della popolazione detenuta: infatti la Sardegna, al contrario della Lombardia, plausibilmente per ragioni connesse alle traiettorie dei flussi migratori, presenta una scarsa incidenza della popolazione detenuta straniera. Al contrario risulta una rilevante presenza di detenuti in età avanzata, con pene lunghe, la cui salute appare comunque fortemente cagionevole.

I due contesti sono inoltre accomunati dalla sovra-rappresentazione di ulteriori categorie di detenuti, quali ad esempio tossicodipendenti e portatori di disagi psichici. In questo quadro, il fatto che gli operatori sanitari abbiano ribadito a più riprese che nelle realtà penitenziaria vi sia un più alto livello di presa in carico e un accesso facilitato alle cure, induce a ritenere che, quantomeno in termini di tutela della salute, il carcere tende ad annullare le differenze.

Come chiarito precedentemente, nelle statistiche più recenti sullo stato di salute della popolazione, oltre ad una crescita generalizzata della speranza di vita, è riscontrabile un progressivo inasprimento delle disuguaglianze di mortalità e morbosità che separano gli individui a seconda della loro classe sociale (Cardano 2008). Ciò induce a riflettere sulle modalità in cui si esplica l'uguaglianza nella tutela della salute tra cittadini liberi e cittadini detenuti. Come riscontrabile nell'analisi legislativa, i principi di uguaglianza e di equità sono sanciti dal d.lgs 230 del 1999, secondo cui “i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini liberi, alla erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate”. La norma si allinea a quanto disposto dall'O.M.S. con le direttive note come “Principio di equivalenza delle cure”,

nelle quali si sancisce la necessità di garantire al detenuto le stesse cure, mediche e psico-sociali, che sono assicurate a tutti gli altri membri della società. Questi principi, in termini più strettamente organizzativi, sono stati realizzati attraverso l'ingresso delle aziende sanitarie negli istituti di pena. Sul punto vi è chi ritiene che prima dell'approvazione della Riforma sulla sanità penitenziaria all'interno del carcere la salute ricevesse maggiore tutela e che ora vi sia un sostanziale allineamento tra dentro e fuori.

Sul principio di uguaglianza mi sento di dire che paradossalmente negli anni '90 il servizio interno era migliore rispetto all'esterno. Adesso le cose si sono più o meno equiparate. Ovviamente poi bisogna anche pensare alla percezione del detenuto: per lui l'attesa di una visita diventa infinita e ribadisco che io sono imposto e non vengo scelto (uomo, medico, istituto della Lombardia, gennaio 2017).

Vi è anche chi ritiene che effettivamente i servizi siano equiparabili nella sostanza ma che un pieno allineamento sia comunque ostacolato, non tanto dal fattore volitivo, ma dalla necessità che l'erogazione di prestazioni sanitarie avvenga in piena conformità alle procedure, regole ed esigenze organizzative tipiche del contesto carcerario.

Io credo che si stia servendo un servizio equiparabile. Si tenta di creare una storia sanitaria. Ad esempio qui si forniscono i farmaci per l'HIV, per l'epatite C, ecc... e una volta che il detenuto esce si cerca di mantenere la stessa presa in carico all'interno dell'ospedale. Le difficoltà che rendono questo servizio non equiparabile a quello esterno secondo me sono prettamente logistiche e organizzative (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

La maggior parte degli intervistati infine riconosce che, per quanto l'intento del legislatore fosse un'auspicabile civilizzazione delle pratiche sanitarie penitenziarie, sia oggi riscontrabile il fenomeno inverso: ossia la necessità che gli enti ospedalieri esterni,

quantomeno in termini di accesso alle cure, operino con la stessa efficienza riscontrabile nel contesto carcerario.

A mio avviso il principio di uguaglianza sancito dalla Riforma opera a sfavore dei cittadini: penso ad esempio alle visite che in carcere si prenotano un giorno e si danno il giorno successivo, come per l'ecocardiogramma. Penso anche ai tempi di attesa che sicuramente all'esterno sono molto più dilatati (uomo, direttore sanitario, istituto della Sardegna, aprile 2017).

Secondo me in carcere esiste un accesso alle cure maggiormente facilitato. I detenuti hanno l'esenzione su tutto, compresi i farmaci, e il fattore consenso è identico alla realtà esterna. È stato anche redatto un prontuario terapeutico penitenziario, in cui sono ricompresi anche i farmaci di fascia C, ovvero terapie per l'epatite cronica che in media costano 60.000 euro a persona (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

L'uguaglianza si è pienamente realizzata, anzi credo che se fuori fossero curati come sono curati dentro sarebbe solo un bene. Certo manca la libertà di scelta, ma in termini di prestazioni e tempi di attesa c'è sicuramente un servizio migliore (donna, medico, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Io credo che la sanità in carcere funzioni meglio che fuori, quantomeno in termini di visite specialistiche fatte sia dentro che all'esterno. Diciamo che fuori c'è meno accesso alle cure (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017).

Dalle parole degli intervistati emerge che tutti condividono l'idea che in carcere le prestazioni sanitarie vengano erogate e garantite in modo equo e che possa paradossalmente affermarsi la presenza di un maggior accesso alle cure. Tuttavia non tutti abbracciano in maniera altrettanto unanime il paradosso per cui il principio di uguaglianza nella tutela della salute abbia subito un totale sovvertimento, finendo per esprimere maggiormente i suoi presupposti nel contesto carcerario, piuttosto che nella realtà degli ospedali e degli ambulatori. Secondo alcuni la valorizzazione della libertà di scelta e dell'assetto organizzativo impongono comunque una certa cautela. Tuttavia, a

nostro avviso, occorre chiedersi se nella realtà esterna tali fattori non incidano con altrettanta intensità soprattutto in relazione alle possibilità, pressoché azzerate, di alcune classi sociali, di scegliere le strutture in cui curarsi, le terapie adatte, i professionisti a cui affidare la propria condizione di malato, ovvero di far fronte alle procedure altamente burocratizzate degli enti ospedalieri. Ciò induce a riflettere concretamente sulla salute nella società, in particolare negli strati inferiori. Ma tale riflessione rischia inevitabilmente di condurre alla conclusione per cui il carcere, che pure affligge sotto altri molteplici aspetti, di fatto rispetta il criterio di equità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Intendiamo esplicitare che tale inversione a nostro avviso non risponde certo alla reale volontà istituzionale di tutelare il singolo nella sua interezza. Esistono in effetti esigenze di carattere altro, prima fra tutte la necessità di non esporsi a possibili denunce della collettività in caso di morte del detenuto, che ci invitano a interpretare questo fenomeno di ribaltamento come l'esito di un processo istituzionale di auto-tutela.

In questo quadro non possiamo inoltre non considerare i processi di cambiamento che hanno interessato gli enti ospedalieri facendo sì che gli stessi, come già chiarito in precedenza, abbandonassero progressivamente il loro carattere assistenziale a vantaggio di una strutturazione in termini più strettamente economico-manageriali (Lega 2013). Seguendo questa visione, risulta pertanto evidente come il sistema sanitario nazionale, sotto le mentite spoglie di politiche universaliste, abbia progressivamente smesso di occuparsi della marginalità, contribuendo al contrario a selezionare e riprodurre forme di diseguaglianza sociale la cui gestione, a seconda delle specificità, è stata demandata ad ulteriori istituzioni, prima tra tutte il carcere, chiamate a contenere e trattare quel determinato disagio (Ongaro Basaglia 2012).

Questa ricostruzione ci spinge altresì a riflettere sull'effettivo ruolo della detenzione. In effetti una paradossale maggiore tutela della salute all'interno del penitenziario ci

induce a dubitare che il carcere possa effettivamente svolgere una funzione deterrente nei confronti dei soggetti collocati nelle ultime posizioni del mercato del lavoro. In tal senso, seguendo l'impostazione di Rusche e Kirchheimer, il carcere dovrebbe indurre l'individuo ad astenersi dal compiere attività illegali, essendo la condizione di detenuto meno preferibile (*less eligibility*) rispetto a qualsiasi altra collocazione esterna. Tuttavia tale meccanismo non è in grado di operare correttamente se c'è troppa distanza tra le aspettative di ciascun individuo e le reali condizioni in cui quotidianamente è inserito. Riflettendo su questo approccio, con specifico riferimento alla popolazione migrante, Sbraccia (2007) arriva ad una conclusione "sconcertante per la sua cruda linearità" (Fabini 2009, p. 28): "di fronte ad una struttura d'opportunità limitata per quanto riguarda il mercato del lavoro, ad una prospettiva di precarietà, sfruttamento e ricatto a tempo indeterminato, alla difficoltà di trovare una via d'uscita all'irregolarità giuridica, al costante rischio d'espulsione, un adattamento criminale (quanto meno parziale) può essere inteso come propizio ad essere scelto, preferibile per chi si trovi in condizioni di clandestinità" (Sbraccia 2007, p. 99).

Riteniamo che le stesse considerazioni, seppur con gli adattamenti derivanti da un più forte radicamento sul territorio e, dunque, prima tra tutte, da una maggiore estensione delle reti sociali, possano essere estese nei confronti dei soggetti costretti in condizioni di forte deprivazione: per queste persone si può appunto ipotizzare una *more eligibility* delle attività illegali che diventa difficile contrastare, soprattutto nel momento in cui si evidenzia, come sopra abbiamo cercato di fare, che in carcere è possibile usufruire di alcuni servizi, quali quelli di tipo sanitario, non garantiti all'esterno. Ciò induce pertanto ad abbracciare l'idea del carcere-assistenziale teorizzata ormai da alcuni anni da Wacquant (2006) con riferimento al contesto statunitense. È sicuramente difficile affermare che in Europa, e anche in Italia, lo stato sociale sia stato completamente smantellato come negli Usa. Tuttavia non possiamo certo non

considerare come sia comunque in atto, quantomeno con riferimento all'ambito sanitario nel suo complesso, un forte processo di contrazione delle risorse investite e delle prestazioni concretamente fruibili (Cardano 2008, Lega 2013) a fronte di tassi di incarcerazione di nuovo in spaventoso e rapido aumento (Antigone 2017).

Nel presente paragrafo abbiamo cercato di evidenziare alcune variabili ricorrenti nell'analisi dello stato di salute della popolazione detenuta. Come chiarito nell'incipit, nonostante la scarsa produzione nazionale di dati in materia, il confronto tra i dati prodotti in ambito nazionale e sovranazionale, unitamente alle parole di coloro che quotidianamente operano in carcere, ci consente di evidenziare la presenza di patologie fortemente sovra-rappresentate rispetto all'esterno, il cui trattamento, quantomeno con riferimento alla cura del disagio psichico e, più in generale, all'implementazione di interventi preventivi, non sembra pienamente rispondere ad una reale e piena presa in carico del paziente. La forte incidenza di determinate patologie tuttavia, a nostro avviso, necessita di essere declinata, non solo in termini di incidenza della detenzione sull'equilibrio psico-fisico di chi la subisce, ma altresì come prodotto di una crescente marginalità sociale per cui il carcere rappresenta l'epilogo spesso necessitato delle loro storie di deprivazione. Proprio quest'aspetto ci ha spinto a domandarci, ottenendo conferma da molti degli intervistati, se non sia in fondo ipotizzabile una paradossale inversione del principio di uguaglianza, in base alla quale è possibile constatare una maggior garanzia nell'accesso alle cure rispetto all'esterno per determinate categorie sociali, tra queste i tossicodipendenti e gli stranieri.

IV. III “Detenuti nessuno”: tossicodipendenti e stranieri

Come sopra accennato riteniamo che in carcere vi sia una grossa fetta di marginalità per cui la detenzione rappresenta spesso uno dei possibili epiloghi di storie di estrema vulnerabilità sociale. Coscienti della carica simbolica che riveste, abbiamo deciso di accogliere la definizione di “detenuti nessuno” elaborata da Berzano (1994), nel cui

alveo, in considerazione dell'intreccio di due variabili, ossia la scarsità di risorse personali e di reti sociali del detenuto, possono essere ricompresi tossicodipendenti e stranieri.

IV.III.I La tossicodipendenza in carcere

I tossicodipendenti rappresentano circa il 25% del totale della popolazione detenuta. Si tratta di una percentuale che risulta sostanzialmente stabile nel corso degli ultimi cinque anni. In questa categoria sono ricompresi tanto i detenuti con problemi droga-correlati, quanto quelli con una diagnosi di dipendenza (Scargiglia, Oleandri 2017). All'interno del penitenziario si fa fronte a questa problematicità attraverso l'inserimento e la costante presenza di un'equipe del Ser.T., composta principalmente da psicologi e psichiatri⁵³. Proprio i servizi per le tossicodipendenze hanno in qualche modo anticipato lo spirito della Riforma, considerato che già qualche anno prima rispetto alla sanità nel suo complesso avevano cambiato amministrazione. Ad oggi il trattamento delle tossicodipendenze in carcere è totalmente delegato ai Ser.T. e ad un esteso panorama di imprese sociali che operano al loro fianco (Verde 2011).

Nei confronti dei dipendenti io credo che i Ser.T. operino bene. In alcuni istituti sono presenti addirittura degli appositi reparti gestiti come se fossero delle vere e proprie comunità terapeutiche dentro il carcere (uomo, direttore sanitario, istituto della Lombardia, novembre 2016).

⁵³ La prevalenza della componente psichiatrica e psicologica all'interno dell'equipe del Ser.T. riteniamo che sia dettata, tra gli altri fattori, dall'alta incidenza del fenomeno della doppia diagnosi. Al detenuto tossicodipendente, oltre allo stato tossicomane, viene riconosciuto un disturbo di carattere psichiatrico. Questo fenomeno riguarda il 40% della popolazione tossicodipendente (Astarita 2007). Si tratta di un fenomeno complesso, che porta a dubitare dei limiti della diagnosi psichiatrica. Più specificatamente, premesso che, nella maggior parte dei casi, la persona tossicodipendente ha problemi di tipo psicologico che in qualche modo hanno condotto alla tossicodipendenza, occorre domandarsi se questo disturbo possa comunque essere classificato nei disturbi di carattere psichiatrico. Se ciò avviene, la risposta farmacologica è utile, oppure bisogna ammettere che il carcere produce un disagio che, sommato alla tossicodipendenza, non può essere "trattato" all'interno dell'istituto? Il tossicodipendente con l'ingresso in carcere può vedere aumentato il proprio disagio, senza che ciò necessariamente comporti una diagnosi di tipo psichiatrico, idonea a legittimare dei trattamenti farmacologici fortemente aggressivi.

Le parole dell'intervistato dimostrano come la delega riconosciuta dall'apparato penitenziario ai servizi territoriali sia davvero ampia e comprenda la gestione di appositi reparti espressamente destinati ai tossicodipendenti, sui quali tuttavia il controllo derivante dalla loro collocazione all'interno del carcere rimane saldamente ancorato nelle mani dell'amministrazione penitenziaria (Verde 2011).

In merito all'operato del Servizio per le Tossicodipendenze riteniamo invece di serbare alcune riserve. In effetti, nonostante la Riforma della sanità penitenziaria imponga particolari cautele, tanto a livello diagnostico, quanto preventivo e curativo nei confronti di tale tipologia di detenuti, l'equipe del Ser.T. – come evidenziato nell'ultimo rapporto dell'Associazione Antigone (2017) – continua ad agire principalmente attraverso la somministrazione di farmaci antagonisti, nello specifico attraverso la terapia metadonica a scalare oppure attraverso una “terapia secca” che, senza ricorrere alla somministrazioni di alcuna sostanza, consiste nel far evolvere il decorso della crisi in modo naturale (Scargiglia, Oleandri 2017). In effetti l'attività di disintossicazione, già difficile all'esterno delle carceri, sconta all'interno degli istituti una serie di criticità connesse al sovraffollamento, alla carenza o fatiscenza delle strutture e al basso numero di personale quali educatori e psicologi, tutti fattori che non consentono di attivare tutti gli interventi necessari.

Nei confronti dei tossicodipendenti non viene fatta nessuna prevenzione. Si cerca solo di disintossicare... quasi tutti poi nel tempo scalano la terapia metadonica (uomo, infermiere, istituto della Sardegna, marzo 2017).

Come precisato nel precedente paragrafo, inoltre, alcuni intervistati sostengono che i tossicodipendenti siano quelli che con maggiore frequenza richiedono la somministrazione di psicofarmaci e antidolorifici, probabilmente per placare le dolorose crisi d'astinenza. Il più delle volte ottengono una risposta positiva alla loro richiesta.

Questa specificità del trattamento, sostanzialmente snodata su mere coperture farmacologiche, ci induce a ritenere che la tossicodipendenza venga ancora principalmente trattata all'interno del contesto carcerario.

Una conferma di tale assetto emerge dall'analisi dei dati sulla concessione di misure alternative nei confronti di questa tipologia dei detenuti. La sospensione dell'esecuzione (art. 90 TU stupefacenti) e l'affidamento in prova in casi particolari (art. 94 TU stupefacenti), le due principali misure alternative elaborate *ad hoc* per le persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, già di per sé problematiche e altamente discrezionali nella loro formulazione, risultano concesse con sempre minore frequenza (Scarciglia, Oleandri 2017). Certo non si dubita della buona volontà del singolo operatore. Quel che si rileva in questi casi è un rapporto spesso problematico con la magistratura di sorveglianza, abbinato ad una sempre crescente crisi e scarsità di risorse dei servizi territoriali. Proprio queste criticità inducono alcuni (Verde 2011) a sostenere che oramai si sia creata una visibile differenziazione tra una massa di tossicodipendenti sostanzialmente abbandonati, soprattutto gli stranieri, e una élite di utenti selezionati in base al criterio della potenziale riuscita dei protocolli terapeutici decarcerizzanti. Questo assetto, seppur con specifico riferimento ai detenuti stranieri, ci è stato confermato anche in precedenti interviste (Cherchi 2014). In quell'occasione vi era infatti chi riteneva che:

il Sert, per quanto si vanti del suo operato, non ha ancora attuato interventi specifici nei confronti dei migranti tossicodipendenti. Certo la legge non consente di mandarli in comunità, ma si poteva pensare a qualcos'altro. Insomma si potevano programmare degli interventi con le risorse che abbiamo. Invece queste risorse sono direzionate agli italiani, che in genere sono "iperistituzionalizzati" e conosciuti dai servizi (donna, coordinatrice infermieristica, istituto dell'Emilia-Romagna, giugno 2013).

Agli operatori del Ser.T. pertanto è stata riconosciuta una delega davvero estesa, il cui obiettivo primario era ipotizzare percorsi extramurari nei confronti dei tossicodipendenti. Tuttavia tutto ciò ad oggi si colloca in un quadro di progressiva riduzione degli investimenti e inasprimento delle politiche legislative in materia di stupefacenti, che conducono a opinabili processi di differenziazione tra detenuti e, più in generale, al rischio che le difficoltà operative inducano in questo personale un rapido processo di istituzionalizzazione, neutralizzando la carica innovativa del loro ingresso in carcere (Verde 2011).

IV.III.II. La popolazione straniera in carcere

Un'altra categoria che necessita di concrete riflessioni è quella dei detenuti stranieri. Si tratta di una componente sempre più incisiva che, nel tempo, ha comportato variazioni rilevanti nelle caratteristiche socio-demografiche degli istituti di pena. In data 30 aprile 2017 i detenuti stranieri presenti negli istituti di pena nostrani sono 19.268 a fronte di 56.436 presenti. Rappresentano pertanto il 34,14% della popolazione detenuta. Inoltre in alcune regioni la percentuale supera sensibilmente il 50%: è il caso del Trentino Alto Adige, che raggiunge il 70,81%. La Lombardia è invece la regione con il numero maggiore in assoluto di migranti ristretti (3746). In questo senso si può affermare che il 51,6% della popolazione straniera detenuta risieda nelle carceri del nord, solo il 26,28 al centro e il 22,08 al sud (Verdolini 2017). La Sardegna, come già evidenziato, si caratterizza per una scarsa presenza di detenuti stranieri. Eccezion fatta per la casa circondariale di Sassari in cui, su 411 detenuti, 113 sono stranieri, gli altri istituti si attestano su cifre davvero contenute: nell'istituto di Lanusei sono presenti 5 stranieri su 44 detenuti; a Oristano sono 21 su 266; a Cagliari 96 su 550 e a Nuoro 19 su 370 (Antigone 2017).

Il fenomeno pertanto, probabilmente in virtù di questa scarsa incidenza e delle caratteristiche che lo generano, assume una configurazione completamente differente. In

effetti alcuni degli istituti sardi (Bancali, Oristano e Nuoro) negli ultimi anni sono stati interessati da diversi trasferimenti di detenuti, molti dei quali stranieri, per reati in materia di terrorismo e di associazione a delinquere. Quel che abbiamo riscontrato con maggiore frequenza, soprattutto in occasione degli accessi nei vari istituti, è che nei loro confronti i meccanismi di essenzializzazione e stigmatizzazione si snodano non solo nel mancato riconoscimento di specifici interventi, ma altresì nella completa esclusione, giustificata dalla pericolosità sociale che gli viene attribuita e dal regime detentivo a cui sono sottoposti, da qualsiasi forma di attività trattamentale.

Per quanto attiene alla Lombardia, nonostante i dati confermino che si tratti della regione con il più alto numero di detenuti stranieri, alcuni continuano a negare questo fenomeno. Un direttore sanitario ci ha ad esempio precisato che:

La popolazione straniera negli istituti del milanese non è in alcun modo sovra-rappresentata (uomo, direttore sanitario, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Questa completa negazione del reale assetto degli istituti in cui si opera, peraltro proveniente da una figura apicale, chiamata a operare ed elaborare strategie di intervento di carattere sistemico, conferma la scarsa attenzione che allo stato attuale è ancora rivolta nei confronti di questa tipologia di detenuti, le cui condizioni di salute sembrano più gravi rispetto a quelle della popolazione autoctona. In effetti, nonostante le patologie sovra-rappresentate, come per i detenuti italiani, siano quelle psichiatriche, dentarie, dermatologiche e infettive, riteniamo che le stesse possano comportare un maggiore deterioramento delle condizioni di salute rispetto alla popolazione detenuta autoctona. Infatti, nonostante l'incarcerazione e, dunque, l'immediata cesura dei contatti e delle relazioni con l'esterno incidano con modalità graduabili sull'equilibrio psicofisico di ciascun individuo, ci sentiamo di ipotizzare che nel prosieguo della detenzione l'assenza di reti di supporto possa ulteriormente aggravare le condizioni di salute. Nei confronti dei detenuti stranieri, è possibile riscontrare un quadro clinico e un livello di

sofferenza maggiore rispetto ai detenuti autoctoni. Una delle spiegazioni di tale aggravamento, oltre all'esposizione più frequente a condizioni di povertà, può essere ricondotta alla mancanza di sostegno esterno, tanto relazionale quanto istituzionale, e all'oggettiva carenza di prospettive di de-carcerazione (Berkman et al. 1992).

Questo dato sembra essere riconosciuto dal legislatore che, esattamente come avvenuto nei confronti dei detenuti tossicodipendenti, impone ai sanitari di investire particolari energie nel monitoraggio, nella cura e nella predisposizione di interventi di carattere preventivo nei confronti degli stranieri. Sinora, secondo le parole degli intervistati, non è stato predisposto nessun intervento specifico.

Per quanto riguarda i detenuti stranieri, non esiste nessun modulo o protocollo specifico. Mancano anche i mediatori culturali e noi ci affidiamo ad altri detenuti per poter dialogare e visitare i detenuti stranieri (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Nella realtà ospedaliera esistono appositi protocolli per la popolazione straniera che sarebbero spendibili anche in carcere, ma mancano i finanziamenti. Qui dentro c'è ancora molto da fare e la mediazione avviene tra pari. Qualcosa si fa: ad esempio si cambiano gli orari del personale durante il ramadan e si sta attenti sull'alimentazione (uomo, direttore sanitario, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Rispetto alla popolazione straniera non è stato fatto niente. L'azienda sta iniziando a muoversi adesso (donna, psichiatra, istituto della Lombardia, febbraio, 2017).

C'è anche un fattore culturale del singolo operatore che deve essere giocato nell'anamnesi: è necessario conoscere le patologie dei paesi di provenienza in modo tale da poter indirizzare correttamente l'anamnesi. Sarebbe utile potersi servire di mediatori culturali e partecipare a corsi di formazione specifica, ad esempio sulla cultura dei paesi di provenienza. Per ora ciò che rileva sono capacità comunicative e conoscenze del singolo operatore (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

Quel che pertanto sinora rileva, come chiarito nell'ultimo brano riportato, al di là di un servizio di assistenza clinica che, come già ribadito, viene effettivamente prestato in maniera del tutto paritaria rispetto ai detenuti autoctoni, sono le capacità comunicative e le esperienze del singolo operatore nel decifrare i sintomi che gli vengono prospettati e nell'effettuare un'adeguata anamnesi.

In questo quadro il rischio è che si cristallizzino fenomeni di medicalizzazione concettuale (Brown 1995). In effetti non possiamo non considerare che sull'operatore sanitario, al di là delle sue capacità comunicative, si impongano anche gli effetti della formazione da cui proviene. Come abbiamo già avuto modo di precisare, la costruzione sociale della conoscenza medica è strettamente connessa a fattori di tipo strutturale, quali ad esempio le pratiche professionali e istituzionali del servizio sanitario, il rapporto di quest'ultimo con le differenti strutture sociali, il paradigma biomedico ovvero le visioni etiche e morali sul ruolo del professionista (ibidem). Questi elementi inoltre non possono che riverberarsi sulle diagnosi che vengono effettuate che, al di là del dato formale per cui si caratterizzano come il prodotto dell'unione tra delle proposizioni scientifiche logicamente correlate e un caso empirico che corrisponde alla fattispecie menzionata dalle premesse, rischiano di imporsi in maniera egemonica nella categorizzazione dei problemi.

Quando anche le capacità comunicative del singolo vengono meno gli operatori sanitari, in assenza di mediatori culturali istituzionalizzati, si servono di altri detenuti per tradurre i dialoghi durante le visite. Quest'operazione, come chiarito da un'intervistata, non è priva di rischi.

Io faccio molta fatica nel mio lavoro. Quando devo incontrare pazienti che non parlano l'italiano, l'inglese o il francese solitamente cerco di rivolgermi ad un detenuto che io stessa individuo e di cui sento di potermi fidare nella traduzione del dialogo. Nel passato infatti mi è capitato di rivolgermi al mediatore detenuto individuato dagli agenti della sezione, ma è stato molto faticoso perché lui

traduceva e si rivolgeva al mio paziente con un atteggiamento giudicante, cosa che nel mio lavoro non deve esistere perché si possa creare un'alleanza terapeutica. Io credo che sia un grosso problema, soprattutto in termini di violazione della privacy, l'assenza di mediatori culturali. Gestisco casi molto complessi e non è corretto che altri detenuti possano venire a conoscenza dello stato di salute dei miei pazienti... questo favorisce l'insorgere di fenomeni di stigmatizzazione o comunque di pregiudizio (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

Proprio con riferimento ai processi di discriminazione e stigmatizzazione dei detenuti stranieri, ci sentiamo di precisare, come più volte emerso durante le interviste, che non si tratta di retoriche e pratiche attribuibili esclusivamente agli agenti di custodia o agli stessi detenuti, ma che spesso gli stessi paradigmi cognitivi (Bifulco 2012) orientano le pratiche dei sanitari.

Perché utilizzi il termine migranti? I migranti sono quelli sui barconi che arrivano a Lampedusa... quelli in carcere si possono definire "stranieri delinquenti". In carcere ci sono pochi di quelli che io definirei stranieri e, negli istituti minorili, ci sono le seconde generazioni. Poi, tu forse non sarai d'accordo, ma per me vale il fatto che io quando vado all'estero mi adeguo (uomo, direttore sanitario, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Si tratta di affermazioni che, nonostante siano state esplicitate in maniera isolata, ci inducono a riflettere sulle componenti, derivanti soprattutto dal processo di prigionizzazione (Clemmer 1940) a cui anche gli stessi sanitari sono esposti, che agiscono sul loro mandato professionale. Riteniamo infatti che riflessioni di questo tipo, basate su giudizi etici carichi di disapprovazione, tanto in relazione al reato commesso, quanto alla stessa condizione di straniero, rischino di insinuarsi irrimediabilmente nella relazione con il singolo paziente, manifestandosi come filtri negativi delle capacità diagnostiche e curative del singolo operatore. Abbiamo precisato che si tratta di una posizione isolata. Tuttavia, seppur con argomentazioni differenti, non mancano ulteriori

operazioni di categorizzazione e semplificazione dello stato di salute dei detenuti stranieri.

Nel rapporto con i pazienti stranieri gli interventi riguardano principalmente una sorta di ipercautela comunicativa. È necessario spendere maggiori energie per fargli capire l'importanza di certi esami (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, ottobre 2016).

Ho notato che i nordafricani per placare l'ansia si tagliano. La loro giustificazione rispetto ai gesti di autolesionismo è quella di sedare il panico, l'ansia. Con i cinesi è più complesso. Tante volte loro non vogliono comunicare. Anche questo credo che faccia parte della loro cultura. Sono più chiusi e fanno fatica a relazionarsi (donna, infermiera, istituto della Lombardia, novembre 2016).

In effetti, nella maggior parte dei casi, il richiamo al fattore culturale si impone come dominante facendo riemergere i processi di stigmatizzazione teorizzati da Goffman. In queste ipotesi la diversità, dettata da una mera provenienza geografica, sembra inserirsi nell'interazione sociale innescando reazioni che non si sarebbero manifestate se entrambi i membri della relazione fossero stati "normali", *alias* cittadini italiani. Ecco allora che anche una forma di stigma meno visibile – come nel caso dei detenuti migranti – si rivela idonea ad orientare le capacità diagnostiche e a favorire il riprodursi di rituali discorsivi e normativi che consentono al personale sanitario di mantenere un determinato ordine cognitivo e morale nell'interazione con il paziente (Goffman 1963). Tra gli intervistati vi è anche chi è pienamente cosciente che queste retoriche siano altamente predominanti nel penitenziario.

Se si parlasse con più frequenza di etnoclinica molti dei tagli inizierebbero a smitizzarsi (donna, psichiatra, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

Io non credo che ci sia bisogno di particolari protocolli. Credo che ci sia più che altro bisogno di studiare e di pensare. Ad esempio in letteratura è provato che nei migranti e nelle donne recluse ci sia una forte incidenza del disturbo post

traumatico da stress. Io in tanti anni che lavoro in carcere non ho mai visto una diagnosi di questo tipo. Molto più spesso i loro gesti vengono interpretati secondo il fattore culturale. È anche su questo incide la scarsa preparazione. Le linee guida della psichiatria americane (APA) e inglesi (NICE) che noi dovremmo seguire ci impongono il divieto di interpretare i tentavi di suicidio o i gesti autolesionistici come manifestazioni strumentali o culturali (donna, psichiatra, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

Nelle interviste condotte, eccezion fatta per l'ultima richiamata, raramente emerge una riflessione sull'incidenza sulle condizioni di salute dei detenuti stranieri del percorso migratorio e della stessa incarcerazione. Molto più spesso gli intervistati, nonostante le buone intenzioni che animano il loro operato in carcere, si sono concentrati su declinazioni culturaliste di quanto da loro osservato.

Il corpo del migrante in effetti è un corpo di costante conflitto e di costanti violenze e tensioni riprodotte dagli attori sociali e proprio tale tensione può spingere a gesti di menomazione e degradazione della propria fisicità. Il culturalismo in questo senso non può che annientare qualsiasi possibilità di instaurare, anche con gesti brutali, una proficua comunicazione con l'istituzione, sia essa sanitaria o carceraria, la quale in fondo, proprio in base alla predominanza di certe retoriche, risulterà all'esterno del tutto irresponsabile delle sofferenze prodotte. Come chiarito da Fassin:

Ensuite, le culturalisme élude les explications alternatives des pratiques: en particulier, les conditions matérielles, les statuts juridiques, les contraintes de l'existence sont gommés au profit de la seule donnée culturelle. On conçoit qu'il soit souvent plus aisé d'admettre que les problèmes rencontrés résultent d'une difficulté d'adaptation de l'autre; mais c'est alors souvent au prix d'un redoublement de la stigmatisation, quand bien même l'explication culturelle se veut une excuse généreuse, et d'un évitement de toute mise en cause des institutions médicales, sociales ou judiciaires qui produisent ces discours⁵⁴ (Fassin 2000, p. 10).

⁵⁴ “Pertanto, il culturalismo elude le spiegazioni alternative delle pratiche: in particolare, le condizioni materiali, gli status giuridici, i vincoli dell'esistenza vengono cancellati a vantaggio dei soli dati culturali. Ben si comprende quanto

IV.IV L'assetto organizzativo

Come precisato nei precedenti capitoli, la decomplessificazione interna del carcere (Verde 2011), intesa come progressiva esternalizzazione di funzioni, ha interessato anche la sanità penitenziaria, le cui funzioni sono state progressivamente attribuite al Ministero della Salute e alle sue singole articolazioni locali. La delega tuttavia non ha riguardato esclusivamente le attribuzioni in senso formale, ma si è estesa alla progressiva attribuzione da parte dell'amministrazione penitenziaria della gestione di sempre crescenti segmenti organizzativi non necessariamente di stampo medico. Basti pensare, a mero titolo esemplificativo, all'incidenza dell'operato dei sanitari nella gestione dei deficit di tipo strutturale del penitenziario, ovvero delle situazioni di disordine interne.

Questo assetto, lungi dal manifestarsi in una sorta di dominanza medica propria della medicalizzazione istituzionale (Freidson 2002), è capace di celare modalità di resistenza e di rilegittimazione del proprio operato da parte dell'area custodiale. In effetti, a nostro avviso, l'appoggio che l'amministrazione penitenziaria ricerca nella sanità non dipende tanto dal subire una sorta di dominanza da parte del sapere medico, ma piuttosto dal fatto che tale delega, e il controllo sugli strumenti con cui la medicina risponde, può rivelarsi particolarmente utile nel rispondere alle esigenze di custodia e ordine sociale proprie del delegante.

In ogni caso, a livello legislativo, l'attribuzione di competenze sopra richiamata si inserisce nell'assetto derivante dalla Riforma del titolo V della Costituzione, con la quale è stata riconosciuta alle regioni potestà legislativa e regolamentare in materia di sanità, seppur nell'ambito di una cornice di principi fissati dallo Stato. Come già precisato, ciascuna regione, attraverso i piani sanitari regionali, ha impresso traiettorie

sia spesso più semplice ritenere che i problemi riscontrati siano il frutto di una difficoltà di adattamento dell'altro; ma da ciò discende una duplicazione della forme di stigmatizzazione, nonostante la spiegazione culturale appaia una buona giustificazione in grado di evitare qualsiasi messa in discussione delle istituzioni sanitarie, sociali e giudiziarie che producono questi discorsi” traduzione dell'autrice.

differenziate allo sviluppo dei SSR, tanto che oggi appare impossibile riconoscere un Servizio Sanitario Nazionale uniforme e coerente (Lega 2013).

Ovviamente questa frammentazione e diversificazione tra contesti regionali ha interessato anche l'effettiva implementazione della disciplina in materia di sanità penitenziaria. Nei contesti territoriali da noi scelti come oggetto privilegiato dell'indagine, ossia la Sardegna e la Lombardia, il passaggio di competenze ha seguito percorsi differenziati.

In Lombardia la sanità penitenziaria è incardinata nelle A.S.S.T. (Aziende Socio Sanitarie Territoriali), mentre per tutte le altre Regioni ci riferisce alle singole AA.SS.LL.. In Lombardia anche la sanità penitenziaria ha seguito sostanzialmente lo stesso percorso della sanità in generale così come previsto dalla Riforma attuata con legge regionale 23 del 2015. Le A.S.S.T. sono divise in due filoni: uno socio-territoriale e uno ospedaliero. La sanità penitenziaria è ospedaliera e, per quanto riguarda Milano, fa capo al San Paolo. È stato anche creato un Coordinamento dell'Assistenza sanitaria del presidio penitenziario. C'è poi una riforma che prevede che la sanità penitenziaria dipenderà dal direttore socio sanitario e non dal direttore sanitario. In linea di massima in Lombardia ci sono stati grandi investimenti in questo ambito. Anche la Riforma si è attuata in maniera molto completa, per quanto vi siano grosse differenze tra le varie aziende e tra le varie direzioni strategiche. Ritengo che il coordinamento da parte dell'azienda ospedaliera sia fondamentale per una piena attuazione della Riforma (uomo, direttore sanitario, istituto della Lombardia, novembre 2016).

In Lombardia pertanto la sanità penitenziaria si snoda su una sorta di doppio binario tra aziende sanitarie locali e aziende socio sanitarie territoriali.

La riforma è stata recepita secondo il seguente schema: la A.S.L. svolge funzioni di controllo, mentre la A.S.S.T. eroga i servizi sanitari (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Si tratta di un modello unico nel panorama nazionale, in cui di fatto prevale, come già riscontrato in Emilia-Romagna (Cherchi 2014) e più recentemente in Sardegna, un'implementazione attraverso l'attribuzione di competenze, tanto nell'erogazione, quanto nel controllo, alle singole aziende sanitarie locali e ai singoli presidi ospedalieri ricompresi al loro interno. Nel modello lombardo è sicuramente riscontrabile un'importante suddivisione tra organi deputati al controllo e organi chiamati ad erogare prestazioni di carattere sanitario, quale strumento idoneo a garantire una maggior tutela del diritto alla salute. Tuttavia tale assetto potrebbe comportare una moltiplicazione dei livelli decisionali e manageriali non del tutto idonea ad affrontare con prontezza le contingenze del caso concreto.

In ogni caso, a prescindere dal modello adottato, il personale sanitario, le risorse, le attrezzature, i locali e le funzioni sono stati pienamente trasferiti al Servizio Sanitario Nazionale in entrambi i contesti studiati. La Riforma dunque, almeno dal punto di vista formale, sembra essere stata recepita. Tuttavia vi è chi ritiene che una piena implementazione della nuova disciplina venga di fatto ostacolata dalla scarsità degli investimenti effettuati dalle singole aziende sanitarie locali, tanto sulle forniture, quanto sul personale.

Il passaggio secondo me è stato recepito infelicemente dall'A.s.l. Noi infermieri eravamo lasciati andare. Le nostre richieste rimanevano sempre inevase. Ora con l'A.s.s.t. si hanno dei piccoli miglioramenti, ma rimane il fatto che le forniture sono sempre di competenza dell'Asl e sono paragonabili all'età della pietra (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Da una parte c'è un'organizzazione che fa passi da gigante, dall'altra le forniture rimangono sempre le stesse perché di fatto l'A.s.l non ci fornisce niente. Ad esempio per le emergenze di tipo cardiaco abbiamo solo un carrello BLS che con le barriere architettoniche del carcere risulta praticamente inutilizzabile. A noi servirebbe lo zaino che può essere facilmente trasportato in cella qualora dovesse succedere un'emergenza. Sono anni che richiediamo di averne uno e ancora non ci è stato fornito. Non ci venivano fornite neanche le divise. Noi abbiamo l'obbligo di

lasciare la divisa in istituto. Non può essere portata all'esterno per motivi igienici. A me è spesso capitato di lavarla dentro e poi rimetterla quando si asciugava. Ma altrettanto spesso mi è capitato di lavorare con la divisa sporca. Adesso ce ne hanno fornita una in più (donna, infermiera, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Ancora vengono rimandate le visite per mancanza di personale. Il problema è soprattutto un problema di risorse (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017).

Nell'organizzazione sanitaria tuttavia non agiscono esclusivamente necessità di stampo più strettamente finanziario. Vi è anche chi ritiene che una piena tutela della salute in carcere possa essere realizzata attraverso la predisposizione di modelli organizzativi precisi e stabili, allo stato non ancora presenti.

I modelli praticati all'esterno non sono pienamente spendibili in carcere. Ad esempio i modelli specialistici vanno rivalutati: questo (il carcere) è un avamposto datato. Nell'ospedale si hanno strumenti che qui non si hanno. Ad esempio se io in ospedale ho un sospetto di tubercolosi ci metto circa 15 minuti ad effettuare i primi accertamenti. Qui potrebbero volerci settimane. Qui serve una *forma mentis* diversa (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, ottobre 2016).

È un vero problema il fatto che non esista un apposito modello organizzativo per la sanità penitenziaria, tipo il modello Cantorelli diffuso a Bologna (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

In ogni caso, secondo la maggior parte degli intervistati, nonostante le criticità ancora rilevabili nell'organizzazione sanitaria complessivamente intesa, dovute tanto a necessità di contenimento della spesa, quanto all'assenza di idonee procedure che orientino gli operatori sanitari in carcere, la Riforma rappresenta tuttora una feconda occasione per garantire un servizio di maggiore qualità e per reinterpretare il proprio operato all'interno del carcere.

C'è di positivo che si sta instillando una nuova concezione, si sta cercando di garantire sviluppi esterni alla carcerazione. Si stanno ponendo le basi per una sorta di proiezione post carcere. Prima si trattava più che altro di una medicina difensiva, attualistica: l'importante era che il detenuto stesse bene e che qui dentro non gli succedesse niente (uomo, infermiere, istituto della Sardegna, marzo 2017).

Io credo che pian piano si stia erogando un servizio sempre di maggiore qualità, in termini soprattutto di attività di consulenza e prevenzione (ad esempio sulle malattie sessualmente trasmissibili e sulla TBC) e in termini di maggiore rapidità nell'accesso alle visite specialistiche e in generale alle cure (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, marzo 2017).

La Riforma, a me che opero in carcere dal 1993, mi ha permesso di reinterpretare il mio ruolo professionale. Mi ha portato ad avere una visione più moderna, gestionale ed ospedaliera. Prima era un'attività ambulatoriale, periferica, sembrava quasi di operare in un ospedale da campo (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017).

Io credo che ci siano state modifiche nell'interpretazione del ruolo professionale: ora rispetto al passato c'è maggiore libertà di azione (donna, medico, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Nel passaggio di competenze io vedo un innalzamento del livello qualitativo di confronto, di diagnosi e di prevenzione grazie al contatto con gli ospedalieri (donna, medico, istituto della Lombardia, novembre 2016).

In questo quadro il mutamento dai più auspicato è agevolato dalla presenza di personale molto giovane, non istituzionalizzato, o comunque di professionisti che hanno già avuto contatto con il contesto ospedaliero e che, dunque, provenendo da una cultura professionale differente, sono in grado di introdurre elementi di innovazione nel contesto carcerario.

La sanità in carcere è entrata. Poi il suo livello dipende molto dalla composizione dello staff degli operatori sanitari... è chiaro che il personale più giovane ha una

mentalità ospedaliera. Per noi i detenuti sono solo pazienti (donna, medico, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Come detto prima, lavorare in carcere non è prestigioso, ma io credo che le persone che lavorano dentro sono maggiormente motivate. Poi è indubbio che cambia molto, anche se ci sono eccezioni, tra chi ha lavorato sempre in carcere e chi ha avuto anche esperienze in realtà ospedaliere. Quelli che hanno fatto solo il privato non li considero. Però chi proviene dalla realtà ospedaliera ha un maggiore senso del progetto, un maggiore senso dell'equipe e soprattutto lavora nella convinzione che un paziente debba godere della sua libertà e non debba stare qui dentro (donna, psichiatra, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

In effetti quasi tutti gli intervistati, tranne il punto di vista precedentemente richiamato secondo cui è necessaria la rivisitazione degli interventi specialisti secondo le incombenze del penitenziario, condividono l'idea che i modelli adottati all'esterno siano pienamente spendibili all'interno del contesto carcerario, seppur con dei dovuti adattamenti dettati dalla specificità del contesto in cui si opera.

Io non sono d'accordo sul fatto che per operare in carcere, come dai più sostenuto, siano necessarie competenze specifiche. I modelli ospedalieri sono assolutamente spendibili all'interno. La specificità più che altro risiede nelle competenze giuridiche e in quelle comunicative (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017).

Per me non sono necessarie competenze specifiche. Sicuramente è un problema il fatto che non esista un apposito modello organizzativo... ma a mio avviso servirebbe una buona conoscenza del diritto penitenziario, nient'altro (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Io sono convinta che per il nostro operato non servano competenze specifiche, ma che sia sufficiente saper fare il medico e sviluppare migliori capacità di relazione con i detenuti (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, ottobre 2016).

Un aspetto su cui riconosco che siano necessarie competenze ulteriori riguarda le procedure, che sinora si apprendono con un affiancamento ai medici già presenti.

Mi riferisco a diversi modelli, modello 99, articolo 17, gestione delle sale d'attesa (donna, medico, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Se la mancata predisposizione di appositi modelli intramurari risponde, almeno sul piano teorico, alla volontà del legislatore di realizzare una piena equiparazione tra cittadini liberi e detenuti, anche sotto il profilo delle modalità di prestazione, delle procedure e delle regole seguite, dall'altra la mancata attivazione di corsi di formazione sulle specificità del contesto carcerario non fa che agevolare il progressivo affermarsi di modalità di apprendimento basate esclusivamente sull'affiancamento di operatori già presenti in carcere. Questa circostanza, considerato che si tratta spesso di operatori più anziani fortemente istituzionalizzati e incapaci dopo anni di lavoro in carcere di mettere in discussione le loro pratiche e lo stesso ruolo che rivestono, rischia di tradire lo spirito riformista della disciplina attuativa del passaggio di competenze. In effetti, come già evidenziato nelle pagine precedenti, nei confronti dei medici si riversano spesso gli effetti di un processo di progressivo adattamento al contesto, altrimenti definito di prigionizzazione, che, in assenza di specifiche occasioni formative, rischia di riprodursi facilmente anche nei confronti del personale proveniente dalla realtà ospedaliera.

Secondo me è necessaria una formazione specifica per una semplice ragione: in carcere cambia la natura del paziente che non è solo malato, ma è anche rinchiuso. Nonostante ciò, non è presente nessuna formazione, ma si apprende tutto tramite l'affiancamento degli operatori più anziani (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Per i medici provenienti dalla realtà ospedaliera la formazione avviene principalmente attraverso l'affiancamento dei medici più anziani... certo c'è qualche corso specifico, ma prevale l'affiancamento (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017).

A me sarebbe piaciuto essere più preparata sul contesto in cui lavoro. La formazione è avvenuta esclusivamente attraverso un affiancamento (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Ci vorrebbe una formazione specifica. Per ora quando si inizia a lavorare in carcere prevalgono forme di affiancamento con il personale già presente. Ad esempio a me è capitato di affiancare uno che somministrava a tutti quelli che “rompevano” iniezioni di flectadol⁵⁵. In quel caso era evidente che la parte punitiva si sostituisse alla parte clinica (donna, medico, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Nell'ultimo brano riportato si manifesta con tutta evidenza come la resistenza al cambiamento (Crozier 1969) possa essere agita a più livelli, e non esclusivamente su quello tipico della direzione dell'istituto. Si manifesta altresì una caratterizzazione della sanità in carcere in termini meramente custodiali e attualistici. In situazioni di questo tipo che, si ribadisce, si presentano con una certa frequenza secondo quanto riferito dagli intervistati, assumeranno un'importanza fondamentale la cultura professionale del singolo, l'etica e la capacità di resistere alle tensioni dettate dal contesto. Occorre tuttavia evidenziare come la capacità di resistere a processi di istituzionalizzazione venga ostacolata, circostanza di cui occuperemo più specificatamente nel prosieguo, dall'instabilità lavorativa del singolo operatore, da cui deriva non solo l'impossibilità di sviluppare un senso di appartenenza, ma anche di acquisire una conoscenza del proprio margine d'azione al fine di sviluppare forme di negoziazione idonee ad innescare un potenziale mutamento.

IV.V Competenze e rapporti tra strati

Come evidenziato nel paragrafo precedente vi è chi ritiene che la Riforma non sia ancora stata pienamente implementata per l'assenza di seri investimenti locali nella sanità penitenziaria e per la mancata predisposizione di specifici modelli organizzativi. In questi punti di vista si cela spesso l'idea che l'organizzazione sanitaria esterna consideri ancora la sanità penitenziaria in termini residuali. Tuttavia riteniamo che le

⁵⁵ Si tratta di un farmaco utilizzato per il trattamento sintomatico degli episodi dolorosi acuti in corso nei casi di affezioni infiammatorie dell'apparato muscolo-scheletrico; affezioni neoplastiche; sindromi dolorose post-traumatiche; sindromi dolorose post-operatorie.

criticità non vadano individuate esclusivamente nelle inadempienze delle singole articolazioni territoriali. In effetti, nonostante questa circostanza rivesta una notevole importanza ai fini di una piena tutela della salute, occorre considerare che molti degli attriti e delle resistenze si manifestano all'interno del carcere.

Sotto questo profilo è innanzitutto riscontrabile la rilevanza dell'assetto specifico di ciascun istituto nel valutare il livello di attuazione della riforma. In effetti non si tratta di negare che in carcere siano individuabili delle variabili costanti – quali l'ambiente, le caratteristiche strutturali e, non ultime, le funzioni che, al di fuori delle retoriche istituzionali, riveste – idonee a retroagire inevitabilmente tanto su coloro che subiscono la pena, quanto su coloro che sono chiamati ad amministrarla, anche a livello sanitario (Bonazzi 2002). Come abbiamo cercato di far emergere già nei precedenti paragrafi, riteniamo infatti che esistano delle caratteristiche ricorrenti, relative ad esempio allo stato della salute della popolazione detenuta, ovvero nell'approccio medico a determinate situazioni, che ci spingono a ritenere che il carcere per alcuni profili sia in grado di annullare le differenze. Tuttavia crediamo che, con specifico riguardo alla costruzione di un determinato assetto organizzativo e al riparto di competenze che ne deriva, non sia evincibile una sorta di oggettività penitenziaria, ma che al contrario predominino la personalità e la cultura professionale di quanti all'interno del carcere, in virtù della posizione di vertice ricoperta, della struttura gerarchica a cui afferiscono e delle strategie individuali e collettive poste in essere, sono in grado di plasmare e rimodulare costantemente la realtà a cui appartengono (Crozier 1969).

Più nello specifico molti degli intervistati ritengono, nonostante il preciso riparto di competenze sancito dalla disciplina, che i margini di mutamento imposti dalla nuova normativa in materia di sanità penitenziaria siano spesso stati disegnati dalle direzioni degli istituti, e che tale incidenza abbia comportato un'applicazione a macchia di

leopardo (De Pascalis 2012), facendo sì che la riforma seguisse differenti velocità a seconda dei contesti territoriali analizzati.

La Riforma si è attuata in maniera abbastanza completa... ma bisogna tenere presente che esistono delle grosse differenze tra le varie aziende e tra le varie direzioni strategiche (uomo, direttore sanitario, istituto della Lombardia, novembre 2016).

In alcuni istituti si ha un'integrazione piena tra area sanitaria e area penitenziaria. In altri prevale il penitenziario... prevale l'idea che l'utente sia un delinquente. Se questa visione rimarrà, non cambierà mai niente (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Io ritengo che manchino ancora dei passaggi a una piena attuazione della Riforma. Quel che secondo me continua a incidere è la mancanza di una piena differenziazione tra sanità e pena, nonché la presenza di una forte influenza da parte della direzione (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017).

Si tratta di un dato ampiamente confermato anche durante la precedente indagine (Cherchi 2014). In quell'occasione, con maggior franchezza, gli operatori sanitari si esprimevano in questo senso:

Il sistema gioca sulle relazioni personali. Fino a quando riesci a governare le relazioni personali, riesci anche a governare il processo. Ma quando superi un certo livello, indipendente dalla volontà del comandante, della direttrice, mia o del mio staff, si aprono delle voragini spaventose (uomo, responsabile di programma, istituto dell'Emilia-Romagna, ottobre 2013).

In questo tipo di sistema profondamente legato alla direzione, ogni carcere fa storia a sé... a seconda dell'equilibrio che si instaura tra la direzione e il medico referente è possibile o meno fare certe cose (uomo, responsabile di programma, istituto dell'Emilia-Romagna, dicembre 2013).

Si tratta, a nostro avviso, di un dato perfettamente coerente con qualsiasi tipo di ricerca empirica che riguardi il penitenziario. In effetti, se si considera che ogni carcere rappresenta una sorta di microcosmo, è evidente che anche l'ingresso dell'organizzazione sanitaria non potrà che essere influenzato dalle caratteristiche situate, prima tra tutte la personalità di chi ricopre posizioni di vertice, del contesto in cui si inserisce. La maggior parte degli intervistati sostiene che vi sia ancora una forte ingerenza da parte dell'amministrazione penitenziaria nella sfera sanitaria. Interferenza che tuttavia si snoda su differenti livelli. Innanzitutto, come sopra precisato, ritengono che venga posta in essere da parte della direzione.

I rapporti con la direzione all'inizio erano molto conflittuali – per fattori quali la differenza di ritmi lavorativi, la predominanza delle esigenze di custodia – ma credo che ora ci sia maggiore collaborazione. La mia sensazione è che una volta che inizi a lavorare in carcere, la direzione e la polizia penitenziaria testino il lavoro e la persona. Mi sembra che ci sia sempre una sorta di vaglio da parte loro, e che in fondo loro siano maggiormente a conoscenza di quanto fanno gli operatori sanitari rispetto al contrario. Io molto spesso non capisco l'incidenza delle esigenze di custodia, in termini di ritardi nell'accompagnare i pazienti in infermeria, ovvero nel far sì che non si incontrino (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Molto spesso l'Amministrazione penitenziaria ragiona come se noi fossimo ancora loro dipendenti (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017)

Nel rapporto tra area sanitaria e area trattamentale sono necessari ancora dei miglioramenti. Sicuramente c'è una buona volontà da parte loro, ma ci sono ancora cose da smussare. La necessità di smussare emerge soprattutto in termini di accesso alle cure. Ad esempio bisogna compilare le richieste di autorizzazione per le visite esterne, oppure sul controllo delle urine non è ancora ben chiaro di chi sia la competenza. C'è sempre una sorta di tensione tra scopo diagnostico/clinico e scopo investigativo (donna, medico, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Devo anche dire che rispetto ai rapporti con l'amministrazione penitenziaria non sempre è stato facile... abbiamo fatto molto per diventare "amici" delle varie

direzioni del carcere. C'è stato molto impegno da parte nostra. Noi spieghiamo tutto quello che facciamo ai direttori del carcere, cerchiamo di coinvolgere loro, ma anche gli agenti di custodia, nelle nostre attività (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017)

Ovviamente la sanitarizzazione è provocata anche dall'amministrazione penitenziaria, le cui richieste nei confronti dell'area sanitaria sono sempre eccessive, anche se noto una progressiva diminuzione (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Io ritengo che la maggiore criticità rispetto all'attuazione della Riforma risieda nelle troppe interferenze che esistevano già da prima della Riforma e che fondamentalmente sono rimaste come eredità. Nonostante ciò credo che esista una buona collaborazione tra area sanitaria e area custodiale e che fondamentalmente oggi stiano diminuendo molto i rapporti con la direzione dell'istituto. Per me, ad esempio, gli interlocutori principali sono il coordinatore infermieristico e il coordinatore sanitario (uomo, infermiere, istituto della Sardegna, marzo 2017).

Coerentemente con quanto ritiene Crozier (1969) riferendosi più generalmente alle strutture burocratiche, nel cui alveo è possibile ricomprendere il penitenziario, una prima conseguenza dei processi di mutamento riguarda l'aumento, diciamo noi vertiginoso, della centralizzazione. Questo elemento, per quel che a noi interessa, si manifesta in una sostanziale discrezionalità da parte della direzione nel recepire la nuova normativa, o comunque nel circoscriverne gli effetti in virtù di una spesso dichiarata predominanza di esigenze non afferenti all'ambito sanitario e nel tentativo della stessa di ritagliarsi all'interno della costruzione dei percorsi di carattere sanitario un ruolo decisionale di spicco.

Tuttavia i momenti di crisi introdotti dal mutamento non producono esclusivamente un aumento della gerarchia e dell'accentramento dei poteri decisionali. Da questa tipologia di situazioni possono scaturire schemi di azione e rapporti personali o tra i gruppi fino a quel momento non sperimentati. Possono altresì emergere nuove figure, alle volte individuate dallo stesso processo di trasformazione, come nel caso dei

dirigenti sanitari, poste in posizioni strategiche e a cui altri individui saranno sottoposti, nonché la sperimentazione di nuove forme di tensione e negoziazione in cui l'autorità del singolo si sostituisce al ruolo ricoperto dalla norme.

Proprio l'ultimo brano richiamato ci consente di soffermarci sulle modalità di reazione agite nei confronti della direzione da parte di alcuni sanitari. In effetti, come chiarito dall'infermiere intervistato, la scelta di individuare esclusivamente nei dirigenti sanitari gli interlocutori privilegiati in merito al proprio operato, oltre a evidenziare la gerarchia che caratterizza anche l'organizzazione sanitaria, rappresenta una precisa strategia, probabilmente imposta dai vertici, per ridurre progressivamente gli ambiti su cui la direzione può esercitare un preciso controllo. In questo quadro non può non evidenziarsi che si tratta di un percorso ancora lungo e probabilmente destinato ad evolversi. Come insegnatoci dagli studi organizzativi (Merton 196, Crozier 1969, Bifulco 2002), l'incidenza dei vertici nei processi di ricezione delle innovazioni non solo è chiamata a scemare gradualmente, ma necessita di essere interpretata come un passaggio imprescindibile all'interno di una più ampia crisi delle trasformazioni che interessa l'intera struttura organizzativa.

In questo senso intendiamo infatti precisare che il conflitto, oltre che tra direzione sanitaria e direzione carceraria, e tra quest'ultima e gli operatori sanitari, sembra manifestarsi ormai con maggiore incidenza negli strati inferiori, ossia tra medici e infermieri da una parte, e agenti di custodia dall'altra. Tale circostanza, è stata ribadita, seppur con argomentazioni differenti, dalla maggior parte degli intervistati.

I comandanti, la maggior parte, sono tutti laureati ormai... il conflitto resta al livello basso, con certi agenti è sempre più problematico. In ogni caso una forte struttura aziendale consente di bloccare questa ingerenza (uomo, direttore sanitario, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Ho ricevuto diverse comunicazioni da parte degli agenti con cui mi veniva contestata l'urgenza che io ritenevo sussistente per predisporre visite esterne (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, ottobre 2016).

Le esigenze di sicurezza a mio avviso sono quasi tutte attribuibili alle pratiche del personale di polizia. Noi chiediamo di mandarci i ragazzi per la terapia che, a seconda della tipologia, dovrebbe essere assunta in orari specifici, e loro ce li mandano dopo ore. C'è ancora molta resistenza da parte della polizia penitenziaria. Molti di loro credono che i detenuti non hanno diritti e che scontare la pena è sufficiente. Poi non si tratta propriamente di un rapporto conflittuale, ma comunque ci sono delle resistenze da abbattere (uomo, infermiere, istituto della Sardegna, marzo 2017).

Le esigenze di sicurezza incidono ancora molto, ma di certo io non posso sedare i pazienti per consentire all'agente di dormire tranquillo (donna, psichiatra, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

C'è tutto un iter burocratico nell'erogazione del servizio sanitario che prevede una forte collaborazione degli agenti. Ad esempio (...) tre agenti gestiscono una sorta di ufficio matricola all'interno dell'area sanitaria. Loro autorizzano l'uscita dei detenuti, per le visite specialistiche soprattutto, salvo i casi di urgenza. Solo a quel punto la caposala prenota la visita (donna, infermiera, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Rispetto ai rapporti con l'area custodiale ancora oggi gli agenti di polizia cercano di prevaricare sul nostro operato e da parte nostra c'è sostanzialmente un atteggiamento remissivo. Noi di fatto continuano a subire questo predominio. Dal punto di vista pratico credo che l'area custodiale incida fortemente nella predisposizione delle visite esterne, spesso per ragioni legate anche alla loro carenza di organico (donna, medico, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Oltre ad un richiamo all'ingerenza degli agenti nella prescrizione e nella somministrazione di farmaci, ambito su cui si manifesta con maggiore incidenza la prevalenza delle esigenze di custodia, nei brani sopra riportati si ribadisce spesso come gli agenti si richiamino frequentemente a procedure, norme e regolamenti che gli operatori sanitari non comprendono, soprattutto per quanto riguarda la predisposizione

di visite specialiste esterne, ovvero di accessi in infermeria. È evidente che proprio questi ambiti, dai caratteri spiccatamente logistici, rappresentino per gli agenti un fertile terreno su cui ribadire la propria predominanza e i propri margini di manovra, facendo sì che gli operatori sanitari rimangano schiacciati da esigenze non sempre afferenti all'area sanitaria.

La stessa circostanza, come evidenziato in altri contributi sul funzionamento del penitenziario (Gonnella, Anastasia 2005), mette altresì in evidenza l'iperburocratizzazione della tutela della salute in carcere, spesso caratterizzata da ritardi, inadempienze o esigenze organizzative del personale di custodia. In questo quadro non può non constatarsi che la rincorsa da parte dei vari livelli, tanto dell'organizzazione sanitaria, quanto del carcere, verso una conquista di maggiori ambiti di autonomia o di incidenza, rischia di assorbire tutte le energie dei partecipanti, offuscando l'obiettivo primario della loro presenza in carcere, ossia una piena presa in carico del paziente detenuto.

Come chiarito sopra, gli agenti sembrano ribadire la loro predominanza attraverso un richiamo costante ai protocolli previsti per le visite esterne, ovvero per gli accompagnamenti in infermeria. Seguendo le riflessioni di Merton (1966), sembra pertanto che questa fetta di operatori sia tentando di rilegittimare il proprio operato attraverso il richiamo a comportamenti ritualisti, iperconformisti, non necessariamente retti da un'adesione morale alle regole richiamate, ma piuttosto finalizzati ad arginare l'incidenza dell'area sanitaria.

La stessa strategia, basata su una costante predisposizione di norme fisse, tuttavia sembra essere adottata anche dalla direzione sanitaria. Come chiarito da un intervistato:

il riparto di competenze è ancora in fase di attuazione. Io stesso ho sottoposto ai direttori degli istituti un protocollo di intesa in cui si chiarisce chi e come fa cosa. Il direttore di (...) però non sembra molto propenso. Uno dei fattori di maggior attrito

è che l'area trattamentale sta cercando di imporre all'area sanitaria di partecipare alle attività educative e quindi alla costruzione delle stesse, ma i sanitari non sono interessati. Altro aspetto molto problematico è che i sanitari si rifiutano di condividere con l'amministrazione penitenziaria la documentazione sanitaria e questo non viene accettato (uomo, direttore sanitario, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Il brano appena riportato conferma come una buona dose della negoziazione in atto tra sfera sanitaria e area custodiale si stia giocando, oltre che su un versante più strettamente riconducibile alla fissazione di procedure e regolamenti, sul controllo assoluto delle informazioni di carattere sanitario, sulle loro modalità di assunzione ed evidentemente sulla volontà di non condividerle nell'ambito della costruzione di percorsi trattamentali. Privare l'area custodiale delle informazioni riconducibili allo stato di salute del detenuto – si pensi ad informazioni riguardanti lo stato di tossicodipendenza, ovvero la contrazione di malattie infettive, piuttosto che l'assunzione di determinate terapie – rappresenta sicuramente un ottimo strumento per segnare una linea di demarcazione netta tra le rispettive attribuzioni e per far sì che l'area sanitaria acquisisca sempre maggiore potere nel manovrare le aree di incertezza che sfuggono alla disciplina dell'amministrazione penitenziaria. Rappresenta altresì una buona strategia, non solo per costruire una progressiva alleanza terapeutica, ma piuttosto per tutelare il detenuto da eventuali ripercussioni, in termini di stigmatizzazione ovvero di modifica delle condizioni detentive, dettate dal suo stato di salute.

Come chiarito in questo paragrafo, sembra pertanto che persista ancora una forte conflittualità sia tra i vari livelli delle due organizzazioni, sia all'interno della stessa struttura sanitaria, soprattutto nei rapporti con le figure esterne, nel recepire e applicare la normativa in materia di sanità penitenziaria. Il conflitto sembra pertanto agire su diverse traiettorie. In questo quadro sembra che i maggiori spazi di manovra risiedano

nel confronto tra le varie direzioni. Ciò non tanto perché i medici e gli infermieri siano del tutto privi di esercitare serie pressioni nei confronti dell'area custodiale, ovvero di innescare una seria revisione dei modelli e delle pratiche adottate, ma piuttosto perché la precarietà che spesso caratterizza la loro presenza in carcere e l'alto *turn-over* che ne deriva, condizionano negativamente l'investimento del singolo, lo sviluppo di un senso di appartenenza, ma anche e soprattutto lo sviluppo di un potere di negoziazione che si modella innanzitutto sul prendere confidenza con il contesto e con le aree di incertezza manipolabili.

IV.VI *Turn-over* e precarietà degli operatori sanitari

Come accennato precedentemente riteniamo che la precarietà che caratterizza molti degli operatori sanitari che lavorano all'interno del carcere rappresenti uno dei maggiori fattori di rallentamento nell'applicazione della riforma sulla sanità penitenziaria. Tuttavia crediamo che sia utile compiere delle dovute distinzioni. Per quanto riguarda il personale medico, lo stesso, dopo forti resistenze, è transitato alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale. Ad oggi

il medico penitenziario equivale al medico di medicina generale con competenze aggiuntive, derivanti ad esempio dalla somministrazione di determinati farmaci (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017).

Si è trattato di un percorso altamente conflittuale. Più specificatamente l'AMAPI (Associazione Medici Amministrazione Penitenziaria Italiana), che rappresentava tutto il personale medico incardinato nell'amministrazione penitenziaria, si è fortemente opposta al passaggio di competenze, con motivazioni che sottolineavano, da una parte, l'esigenza di garantire la specificità dei compiti dei sanitari e, dall'altra, gli effetti pregiudizievoli conseguenti all'inquadramento del personale nei ruoli dell'Asl. Sotto quest'ultimo profilo, le resistenze di tale categoria derivavano dal timore di perdere

alcune guarentigie accordate dall'inquadramento giuridico della categoria stessa, tra le quali, prima fra tutte, la possibilità di esercitare altre funzioni sanitarie all'esterno, senza alcun limite di incompatibilità che, al contrario, coinvolge tutto il personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Io non credo che ci sia stato un declassamento. I vecchi medici penitenziari hanno mantenuto i loro privilegi (uomo, infermiere, istituto della Sardegna, marzo 2017).

Con il passaggio di competenze non c'è stato nessun declassamento degli ex medici penitenziari. I medici incaricati e i medici incaricati provvisori continuano ad avere un contratto atipico. Fanno 18 ore alla settimana e non hanno nessun limite di incompatibilità, così anche gli ex SIAS. Tutti gli altri medici hanno un contratto libero professionale e questo è un grande problema. Così come è un grande problema il *turn-over* elevato che c'è: vanno via tre/quattro medici all'anno per ogni carcere (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Chi ha i vecchi contratti ha mantenuto molte garanzie. Per il resto il declassamento ha interessato il carcere come altri ambiti (donna, psichiatra, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

Come precisato dagli intervistati nei fatti il “declassamento” non è avvenuto, e la categoria degli ex medici penitenziari ha chiesto e ottenuto il mantenimento del regime disciplinato dall'art. 2 della legge 740 del 1970, il quale dispone che “ai medici penitenziari non sono applicabili le norme sulle incompatibilità e sul cumulo di impieghi, né alcuna altra norma concernente gli impieghi civili dello Stato”. Tali figure rimangono pertanto assunte attraverso un contratto atipico, caratterizzato da un regime di compatibilità con altre mansioni che può riversarsi negativamente sulle mansioni svolte all'interno, sia in termini di investimento del singolo nell'attività lavorativa, sia in termini di incidenza sull'organizzazione interna delle esigenze lavorative di ciascuno. La possibilità di svolgere ulteriori mansioni rispetto a quelle riguardanti il carcere

riguarda anche un'altra fetta di operatori sanitari, assunti con contratti molto spesso caratterizzati da estrema flessibilità e instabilità.

Gli operatori sanitari sono sostanzialmente assunti con quattro tipologie di contratto. Alcuni sono dipendenti, altri sono assunti mediante cooperativa, altri hanno contratti da libero professionista, altri sono interinali. Tutto ciò crea forte incertezza e precariato (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Tra questa categoria di operatori fortemente esposti ad una condizione precaria emergono innanzitutto gli specialisti, che operano in carcere con un contratto libero professionale.

La maggior parte degli specialisti sono assunti a partita iva (uomo, direttore sanitario, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Gli stessi assumono pertanto le vesti di consulenti del Servizio Sanitario Nazionale, sui quali, in virtù delle poche ore che gli vengono accordate, verte la necessità di svolgere ulteriori mansioni all'esterno. È evidente che quest'assetto non possa che comportare un accesso ai servizi sanitari di tipo specialistico ridotto e frammentato. In effetti se si considera, come sopra specificato, che la maggior parte delle patologie sovra-rappresentate in carcere richiede l'espletamento di attività di diagnosi e cura non attribuibili alla medicina generale, la scarsa presenza di figure specialiste comporta una degradazione del livello di tutela fruibile. Si riporta in tal senso un frammento del diario di campo redatto sempre in occasione di una delle diverse mattine trascorse nell'infermeria di un istituto.

Poco dopo arriva F., ragazzino sui sedici anni probabilmente straniero, ha un brutto colorito, si tocca la faccia e dice che ha un forte mal di denti. L'infermiere mi spiega che il dentista lì va solo una volta alla settimana, e al massimo fissa tre

visite perché essendo un libero professionista, non vuole stare troppo lì dentro. Per F., segnato da giorni, non sa se ci sarà tempo per una visita. A questo punto per il momento non può che cercare di tamponare il dolore con un antidolorifico nella speranza che durante il prossimo accesso del dentista ci sia tempo anche per lui (Diario di Campo, 16 novembre 2016).

Dal brano sopra richiamato emerge la possibilità che le difficoltà organizzative si ripercuotano sul sistema di tutela della salute in carcere. Sembra che ancora una volta le *chances* di cura dei detenuti vengano compromesse non solo dalle problematiche organizzative del personale di custodia, ma anche dello stesso personale sanitario.

Noi continuiamo a rimandare le visite per carenza del personale (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, ottobre 2016).

Ancora più complessa appare la condizione lavorativa degli infermieri. Come già riscontrato con riferimento agli istituti emiliani, la Riforma per questa categoria ha rappresentato una positiva occasione di rivisitazione del proprio ruolo professionale, soprattutto in termini di maggiore autonomia nella costruzione di percorsi di cura a favore dei detenuti. La stessa circostanza è stata ribadita dalle infermiere e gli infermieri intervistati.

Per gli infermieri la Riforma ha rappresentato un positivo cambiamento. Loro prima erano dei tecnici, ora sono tutti laureati (uomo, infermiere, istituto della Sardegna, marzo 2017).

Non esisteva una concezione di infermiere in carcere e all'inizio i rapporti erano molto conflittuali perché non eravamo a completa disposizione davanti alle loro richieste. C'era una cultura nuova da far passare: gli infermieri sono tutti laureati e non sono più dei generici esecutori (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Tuttavia questo spirito riformista rischia di rimanere appiattito dalla condizione lavorativa degli stessi. In effetti nella maggior parte degli istituti analizzati la componente infermieristica ci ha specificato di essere concessa in subappalto da cooperative private (Antigone 2017). Vi è chi ritiene che questa soluzione, sicuramente caratterizzata da rilevanti capacità di contrazione della spesa sanitaria, riguarderà presto tutte le figure sanitarie presenti in carcere.

Su questo tema mi sento di denunciare, cosa per me gravissima, che esiste allo stato una proposta di subappaltare tutto il personale sanitario degli istituti (...). Insomma i liberi professionisti lavorano con una spada di Damocle sulla testa... io credo che una struttura complessa come il carcere non possa accettare tutto questo. Stanno svendendo il nostro lavoro. Le aa.ss. Il danno in appalto il personale infermieristico e quello medico ad una cooperativa. Così si mina l'autonomia, oltre che la stabilità (donna, medico, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Come si evince dal brano riportato, attribuire la fornitura del personale sanitario complessivamente inteso ad un ente privato rischia di minare profondamente l'autonomia di giudizio del singolo operatore. In effetti, se si considera che uno dei capisaldi della Riforma risiedeva nel trasferire il personale sotto le dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale affinché fosse segnata una linea di demarcazione netta con l'Amministrazione penitenziaria, soprattutto in termini di pressioni (allo stato ancora presenti) ricevute dal singolo nell'esercizio delle sue funzioni, è evidente che ricondurre tutto il personale sotto la guida di un ente privato quale la cooperativa non sia sufficiente a garantire una necessaria libertà di azione dell'operatore. Infatti, se nel primo caso veniva ritenuta problematica l'incidenza di esigenze di carattere prettamente custodiale, ciò non toglie che la soluzione, ipotizzata per i medici e già attuata per gli infermieri, imponga limitazioni di carattere altro, quali prefissati ritmi lavorativi, presenze in carcere, scadenze dei contratti, altrettanto idonee a compromettere l'attività di tutela della salute in carcere. Come chiarito da un intervistato,

il contratto che ognuno ha inevitabilmente incide sulla concezione del proprio ruolo professionale. Si vive un'esperienza lavorativa ultraframmentata (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Che, aggiungiamo noi, ostacola la possibilità di sviluppare un'adeguata confidenza con il contesto e con le problematiche specifiche che lo attraversano nell'ottica di elaborare, all'interno di un percorso che, si ribadisce, è altamente conflittuale, delle serie strategie di contrasto. In questo quadro non può inoltre non evidenziarsi come, dopo un primo periodo di immobilismo negli anni immediatamente successivi all'approvazione della Riforma, soprattutto per quanto riguarda il personale medico, sia oggi riscontrabile una tendenza inversa, ossia un rilevante *turn-over* di tutti gli operatori sanitari che, vuoi per contratti a breve scadenza, vuoi per esigenze di ricerca, o per l'aver trovato mansioni maggiormente prestigiose, attraversano il carcere per periodi davvero contenuti. Come già chiarito, molte delle interviste con gli operatori sanitari lombardi sono state condotte nell'infermeria di un istituto. Durante i ripetuti accessi abbiamo ad esempio potuto constatare che, nell'arco di pochi mesi, l'infettivologo di riferimento fosse cambiato tre volte. Si trattava in tutti i casi di giovani medici in una delle prime esperienze lavorative che, avendo trovato nel tempo altre occasioni, decidevano di abbandonare immediatamente il contesto carcerario. Questo costante cambiamento dell'operatore di riferimento comporta una serie di rivisitazioni costanti della presa in carico, complessivamente intesa, del paziente detenuto.

Gli intervistati, in maniera pressoché unanime, hanno rilevato come vi sia un frequente ricambio dei membri dell'equipe sanitaria.

Il *turn-over* è profondamente alto per i dipendenti assunti tramite cooperativa. Certo la stessa criticità è rilevabile anche all'interno degli ospedali... ma io credo che in generale manchi una reale volontà di investire. Secondo me i problemi sono

sempre riconducibili a una cattiva gestione delle risorse economiche (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

In carcere esiste un forte *turn-over* connesso all'instabilità dei contratti della maggior parte degli operatori sanitari. Gli specialisti lavorano il più delle volte a partita iva; gli infermieri sono invece forniti dalle cooperative. Si tratta spesso di un lavoro che rappresenta un ripiego, ma ciò è dettato da uno scarso investimento sui vari livelli nella sanità penitenziaria. In questo senso penso che siano individuabili delle precise scelte politiche (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017).

In carcere c'è un alto *turn-over* a mio avviso legato alla presenza di pochi specialisti... credo che dipenda dalla crisi economica (donna, psichiatra, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

In questo quadro vi è chi ritiene che il fenomeno in questione non possa essere spiegato esclusivamente facendo riferimento ai mancati investimenti da parte dell'organizzazione sanitaria. Secondo questi intervistati il lavoro in carcere continua a essere svalutato dalla maggior parte dei professionisti.

Lavorare in carcere non è semplice. Sicuramente non è un lavoro prestigioso rispetto a quello svolto nella realtà ospedaliera. Poi ci sono fattori quali l'assenza di internet e di formazione che ostacolano molto il nostro lavoro (donna, psichiatra, istituto della Lombardia, febbraio 2017).

Passa spesso il messaggio che chi lavora in carcere non sappia fare niente... in realtà siamo spesso professionisti ultra formati (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017).

Per molti lavorare qui (in carcere) rappresenta un semplice ripiego in attesa di trovare occasioni migliori (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Tuttavia noi riteniamo che questa concezione, nonostante il carcere rappresenti effettivamente un contesto lavorativo complesso, con meno occasioni di confronto e di

crescita, sia fortemente condizionata dalle scelte aziendali che interessano questa categoria di dipendenti. In effetti, se continueranno a mancare adeguati investimenti e serie politiche di stabilizzazione del personale presente, l'attività lavorativa degli operatori sanitari continuerà a rappresentare una mera parentesi anche per quanti ritengono di voler riversare le loro competenze in ambito penitenziario. Quel che dunque che si sta verificando è una sorta di “esternalizzazione nell'esternalizzazione”, con importanti compromissioni dell'assistenza sanitaria garantita ai detenuti. Come abbiamo tentato di dimostrare nel presente paragrafo la precarietà che caratterizza la condizione lavorativa della maggior parte degli operatori sanitari, eccezion fatta per una scarsa componente di medici strutturati, oltre ad incidere sull'investimento del singolo nel contesto di appartenenza, anche alla luce delle innovazioni introdotte dalla Riforma, impone di rimodulare costantemente il servizio sanitario alla luce delle esigenze organizzative individuale e delle carenze di personale che ne conseguono. Crediamo altresì che l'instabilità che ne deriva incida profondamente anche sul rapporto, già di per sé conflittuale, tra medico e paziente, costringendo quest'ultimo a dover costantemente riaffidare la sua condizione di malato a differenti personalità.

IV.VII Il rapporto tra medico e paziente

Il rapporto tra il medico e il detenuto sembra muoversi solo apparentemente lungo i binari ordinari che si instaurano nella realtà esterna. Le manifestazioni patologiche sembrano “diverse”, così come appaiono “diversi” il ruolo e la posizione del sanitario, nonché, in definitiva, la relazione che ne deriva. Le funzioni attribuite al medico sono definite dalla disciplina vigente e dall'ordinamento penitenziario. Tuttavia, oltre al dato letterale, nell'esercizio della professione medica nel contesto carcerario incidono plurimi fattori. Innanzitutto molti ritengono che il rapporto sia compromesso dall'assenza dell'elemento fiduciario.

Io sono convinto dopo anni di lavoro in carcere che nel rapporto medico paziente non possa esistere l'empatia perché noi veniamo costantemente manipolati dai detenuti (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

In carcere cambia proprio la natura del paziente. Non è solo malato, ma è anche richiuso (uomo, infermiere, istituto della Sardegna, marzo 2017).

Il richiamo effettuato nell'ultimo brano alla "natura" del paziente dimostra come spesso gli stessi sanitari non riescano a concentrarsi sull'unico mandato che gli viene riconosciuto, estendendo la loro cornice di azione e riflessione a componenti del tutto irrilevanti in un'ottica di mera tutela del benessere dell'individuo (Baccaro 2007, Sarzotti 2007). In effetti, a prescindere dal reato commesso, il sanitario dovrebbe essere in grado di sviluppare un adeguato senso di distanza che gli consenta di attivarsi in una cornice scevra da pregiudizi e valutazioni etiche sul comportamento deviante. Questo tuttavia appare spesso più un auspicio che una scelta praticabile. Tale dato pare confermato anche dal primo dei brani richiamati che, superando il relativismo insito nel richiamo al concetto di natura di lombrosiana memoria, si concentra maggiormente sulla componente empatica, e dunque sulla possibilità di creare un senso di vicinanza e reciproca comprensione tra medico e paziente. Tuttavia vi è anche chi ritiene, nonostante si tratti di una posizione isolata tra i soggetti intervistati, che siano gli stessi detenuti – e per ragioni assolutamente comprensibili – ad avere maggiori riserve nei confronti dei sanitari.

In carcere il rapporto medico-paziente è del tutto capovolto: noi siamo imposti, nessun detenuto ci sceglie. E poi anche l'attività medica si sviluppa a 360 gradi rispetto all'esterno. Voglio dire noi qui seguiamo anche l'iter giuridico del paziente detenuto e questo ci rende comunque una figura anomala per loro (uomo, medico, istituto della Sardegna, aprile 2017).

La mancanza di fiducia del sanitario si manifesta innanzitutto nell'accettare o meno quanto riferito dai detenuti in sede di visita. Molti degli intervistati in effetti ritengono che la salute rappresenti uno strumento per ottenere benefici durante la carcerazione.

Tu non ti rendi conto di quanti nostri pazienti simulino disturbi in realtà inesistenti (donna, infermiera, istituto della Lombardia, novembre 2016).

L'infermiera si riferisce a quella che è stata altrimenti definita medicalizzazione impropria (Baccaro 2003), ossia la tendenza secondo cui la persona malata strumentalizza la sua condizione al fine di ottenere dei vantaggi. In ambito carcerario molti medici sostengono che spesso il detenuto aggravi le sue reali condizioni o simuli uno stato patologico, al fine di ricevere un parere del sanitario che lo agevoli nell'ottenere determinati provvedimenti, quali il ricovero esterno, la traduzione, ovvero la concessione di misure alternative alla detenzione.

Tuttavia vi è anche chi, pur ammettendo che la simulazione esista, si muove in un'ottica di recupero di un senso di umanità e tende a interpretare i momenti di contatto tra il detenuto e i sanitari come semplici occasioni per evadere dalla routine carceraria.

Credo che la simulazione stessa sia spesso una richiesta di aiuto che andrebbe interpretata da noi sanitari. Molto spesso i detenuti vengono in infermeria per farsi coccolare, altri si annoiano e vogliono semplicemente fare un giro (donna, medico, istituto della Lombardia, novembre 2016).

Molto spesso accade in effetti che il medico o l'infermiere siano considerati delle figure con cui è possibile evadere per pochi istanti dalla realtà carceraria. In ogni caso, a prescindere dal senso attribuito a una presunta simulazione che, a nostro avviso, può effettivamente essere agita da alcuni detenuti, è evidente che i sanitari si basino su cornici cognitive – l'idea che per l'appunto un detenuto spesso simuli – che orientano gli stessi nel leggere i sintomi manifestati, nel valutarli nell'ottica di un'eventuale

diagnosi e nel predisporre i trattamenti che ritengono opportuni. In questo fenomeno si snodano i concetti di attivazione e creazione di senso elaborati da Weick (Bifulco 2002). Gli attori organizzativi qui considerati, attraverso le loro azioni e soprattutto interazioni che, come sopra ribadito, si basano spesso su processi di affiancamento tra vecchi e nuovi, si sono dotati di una serie di significati condivisi, in questo caso la simulazione e l'approccio strumentale alla malattia da parte del detenuto, capaci di dotare di un determinato senso il loro operato all'interno dell'ambiente penitenziario.

Sotto altro punto di vista, questo processo risponde a esigenze di selezione e di riduzione dell'ambiguità, attraverso l'utilizzo di cornici, o mappe cognitive, in cui si radicano i significati elaborati, condivisi e selezionati nel tempo dagli stessi attori organizzativi (Ibidem). Dunque questi schemi cognitivi, che possono essere preservati o modificati attraverso le interazioni e le esperienze organizzative, concorrono a determinare le pratiche dei membri dell'organizzazioni e gli effetti che ne scaturiscono.

In questo paradigma il medico è l'unico ufficialmente riconosciuto come titolare dell'autorità diagnostica, chiamato a trasmettere all'individuo la possibilità di comportarsi da malato e a decidere quali dolori siano meramente soggettivi e simulatori e quali sintomi vadano riconosciuti come malattia e quali no.

Arriva F., ragazzino sui sedici anni probabilmente straniero, ha un brutto colorito, si tocca la faccia e dice che ha un forte mal di denti (..) Non dice nient'altro e non gli viene fatta nessun'altra domanda. "F. vieni qui, te la do io una cosa...perché questa volta ti credo" gli dice l'infermiere. Gli da un Aulin, e lo fa ritornare in cella. F. lo prende, ringrazia e va via. L'infermiere si rivolge a me: "No, no, a lui la do, perché gli credo... non è uno che passa a chiedere gocce un giorno e il giorno dopo gocce ancora diverse" (Diario di campo, 16 novembre 2016).

Dal brano sopra richiamato si evince come gli operatori sanitari in carcere agiscano spesso come veri e propri imprenditori morali, dotati di ampi poteri inquisitori che esercitano discrezionalmente e sulla cui base categorizzano la diversità degli individui e

predispongono la cura che ritengono utile (Illich 2004, Ongaro Basaglia 2012). Questo meccanismo è perfettamente percepito dalla popolazione detenuta e risulta acuito tutte le volte in cui, dopo tempo trascorso ad aver tentato di costruire dei legami empatici o comunque di reciproca fiducia con il personale sanitario, vengono disposti dei trasferimenti in istituti differenti. Si riportano in tal senso le dichiarazioni di un paziente detenuto riportate da Esposito:

sottolineo il termine paura, perché questo è il sentimento più diffuso tra noi detenuti, quando dobbiamo rivolgerci ai medici del carcere: una paura fondata su ciò che vediamo ogni giorno attorno a noi, a volte anche su esperienze vissute in prima persona. In carcere entro, nel 1991, con una cardiopatia congenita (che da libero trascuravo). Poi, a seguito di un tentato suicidio, mi ricoverano nell'ospedale civile dove rimango per tre mesi, prendendo a forza vagonate di psicofarmaci... Questi farmaci mi provocano un'epatite devastante, dimagrisco a visto d'occhio, fino a pesare 50 chili e, naturalmente, i problemi al cuore si aggravano. Dimesso dalla psichiatria torno in carcere... mi impunto e smetto qualsiasi cura, finché non mi mandano al centro clinico di Pisa. Sono messo davvero male, anche se non me ne rendo conto. Vado avanti con due flebo di glucosio al giorno. Nelle prime settimane mi bucano da tutte le parti, poi mi mettono un catetere così posso attaccarmi da solo al "distributore" e "fare il pieno". Al terzo mese mi dimettono e inizio a viaggiare da un carcere all'altro, in ogni posto la prima fatica consiste nel convincere i medici che non sono un simulatore, che ho bisogno di un vitto in bianco e possibilmente di stare in una cella dove non ci sono fumatori... oltre che delle medicine segnate nella cartella clinica. La percezione nell'incontrare i dottori, è quasi sempre quella: io sono un seccatore, forse fingo di essere malato per farmi scarcerare e, in ogni caso, sono poco degno di essere curato come essere umano. Spesso la visita inizia con una domanda sul reato a causa del quale sono detenuto: forse è un elemento importante per capire che malattia ho (Esposito 2007, p. 204).

La stessa cornice cognitiva che caratterizza la pratica di determinati sanitari, in virtù delle modalità di formazione maggiormente applicate, ossia l'affiancamento di operatori già presenti, spesso viene presentata ai nuovi arrivati come unica idonea ad orientare l'azione dentro il contesto carcerario. Durante un'intervista questo meccanismo mi è stato così riassunto:

Io quando sono arrivata in carcere ero assolutamente convinta che non esistesse la simulazione e davo molta importanza a quanto mi veniva riferito dai miei pazienti... io, anche fuori, forse per la delicatezza delle condizioni sanitarie dei miei pazienti, sono abituata ad avere colloqui con loro molto intimi e alle volte dialoghiamo anche di cose che non hanno nulla a che fare con la loro patologia. Qui dentro i miei colleghi nel tempo hanno iniziato a sfottermi... mi dicevano che ero un'ingenua perché non sapevo riconoscere gli episodi di simulazione. Adesso, dopo che è trascorso del tempo, devo dire che anche io mi sono convinta che ci sia molta simulazione (donna, infettivologa, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Quest'atteggiamento di sostanziale diffidenza nei confronti dei pazienti detenuti si manifesta con tutta evidenza anche nelle pratiche di somministrazione della terapia. Come chiarito da una figura apicale rispetto alle pratiche della sua équipe di riferimento:

Noi ispezioniamo i pazienti per verificare che assumano la terapia, ma io non ritengo che questo sia un particolare problema se si pensa ai rischi insiti nelle caratteristiche del detenuto tipo: extracomunitario e tossicodipendente. Nei loro confronti, come nei confronti degli altri, servirebbe un'educazione sanitaria... e non condivido la tua idea che si tratti di meccanismi deresponsabilizzanti. Sono convinto infatti che sugli operatori sanitari in carcere verta un forte obbligo di salvare le esistenze dei detenuti... ed è per questo che sono d'accordo con le pratiche di contenzione. Evita di pensare a pratiche manicomiali... è vero prima si conteneva senza alcun protocollo, ma ora, almeno a (...), esiste un apposito protocollo della contenzione che si snoda fondamentalmente su due aspetti: stato di necessità e accertamento da parte della psichiatria. La contenzione non ha una durata prefissata, ma può variare a seconda dei casi e sono gli infermieri come me a praticarla (uomo, coordinatore infermieristico, istituto della Lombardia, marzo 2017).

Il racconto dell'intervistato prosegue poi con una serie di episodi in cui lui stesso ha praticato la contenzione che, proprio per non interrompere il flusso narrativo in quel momento in atto, abbiamo deciso di non annotare nel dettaglio durante l'intervista. Si

riferisce a episodi in cui erano stati posti in essere gesti di autolesionismo o di tentato suicidio. In tutti i casi a suo avviso erano riconducibili a una condizione emotiva di rilevanza psichiatrica. Proprio questo suo filtro di analisi ci induce a riflettere sulla possibilità che i piani, quello psichiatrico e quello della menomazione, ovvero della completa soppressione del corpo, vengano spesso confusi e che, in fin dei conti, proprio questa commistione agevoli, essendo richiesto come da lui chiarito un accertamento di carattere psichiatrico, la riproduzione di forme di contenzione meccanica del malessere.

Sinora ci siamo concentrati sulla possibilità che il rapporto medico paziente venga sfalsato dall'assenza di fiducia del primo nei confronti del secondo, con particolare riferimento all'idea tristemente diffusa che la maggior parte dei detenuti aggravino le loro condizioni di salute per ottenere dei benefici. Tuttavia, come già accennato in un precedente paragrafo, gli accessi nei reparti di osservazione psichiatrica (R.O.P.) e nelle sezioni infermeria di alcuni istituti, tanto lombardi, quanto sardi, ci induce a ritenere che possa altresì accadere il contrario, ossia che molti detenuti in effetti dissimolino il loro reale stato di salute per non incorrere in un eventuale aggravamento delle condizioni detentive.

Lasciata l'infermeria siamo entrati nella sezione infermeria che è comunque una sezione detentiva in cui ci sono 30 detenuti. Durante l'incontro nel suo ufficio la direttrice ci aveva spiegato che lì erano reclusi principalmente detenuti con patologie psichiatriche. In realtà guardando nelle celle mi sembra che le problematiche sanitarie riscontrabili siano di diverso tipo: noto la presenza di un detenuto con una gamba ingessata, un altro con un taglio alla testa, diversi detenuti abbastanza anziani e francamente quelli con patologie psichiatriche non sono in grado di riconoscerli. Provo a richiederle, facendo finta di non ricordare, che tipologia di detenuti ci siano. Mi risponde che ci sono dai cardiopatici ai psichiatrici. La sezione è decisamente asettica e lo sono pure le celle. Queste non vengono mai aperte e i detenuti non partecipano a nessuna attività trattamentale. Lei sostiene che ci siano precise indicazioni al riguardo e che la rigidità delle regole sia per il loro bene. Mi spiega anche che in quella sezione la terapia è somministrata a vista dagli agenti di polizia e che vorrebbero farlo in tutte le

sezioni, ma “purtroppo” non riescono per questioni logistiche (Diario di Campo, 31 marzo 2017).

Come si evince dal brano richiamato spesso le sezioni in questione si caratterizzano per una rigidità del regime carcerario che risulta del tutto incompatibile con la funzione che, in linea teorica, dovrebbero assolvere. Si tratta in effetti di spazi in cui, considerate le gravi condizioni di salute dei pazienti, dovrebbe essere garantito un livello di cura maggiore rispetto a quello erogato in condizioni di “normalità”. Ciò nonostante quel che, al contrario, è riscontrabile è una sorta di doppia condanna derivante tanto dal reato commesso, quanto dalla patologia di cui si è affetti: i malati, siano essi portatori di disturbi mentali o fisici, sono esclusi da qualsiasi tipo di attività e vivono in luoghi talmente asettici da ostacolare qualsiasi tentativo di ricostruzione di una quotidianità detentiva. Il corpo in questi casi potrebbe effettivamente essere utilizzato in modo strumentale, ma in senso diametralmente opposto rispetto a quanto evidenziato dalle retoriche sopra richiamate. Ma non solo. Il riferimento della direttrice a specifiche indicazioni sulla concreta gestione di queste sezioni, in quell’occasione non meglio circostanziate, prova ancora una volta come spesso le esigenze di sicurezza, anche se non riscontrabili nella concretezza di un detenuto affetto da cardiopatia, piuttosto che impossibilitato per un infortunio, finiscano per imporsi in maniera del tutto predominante comportando un’ulteriore degradazione delle condizioni di salute già precarie di tutti coloro che si trovano ristretti in questi spazi. In questo quadro, il mancato riconoscimento di un più ampio potere dei sanitari sull’organizzazione e sulle gestione delle sezioni infermieristiche, ci induce ancora una volta a constatare che, quantomeno nelle ipotesi in cui le condizioni sanitarie del singolo risultano aggravate rispetto al normale stato di malessere, venga garantita un’assistenza sanitaria residuale e a tratti degradante.

Nel presente capitolo abbiamo cercato di mettere in evidenza le principali criticità che, a nostro avviso, ostano tuttora ad una piena implementazione della riforma sulla sanità penitenziaria. È innanzitutto rilevabile la mancata attivazione, contrariamente a quanto previsto dalla disciplina, di forme di rilevazione sistematica circa lo stato di salute della popolazione detenuta. Questa carenza ci ha imposto di procedere comparando i dati elaborati dall'O.M.S. e da alcune esperienze di ricerca nazionali con quanto emerso durante le interviste e le visite agli istituti. Abbiamo altresì cercato di specificare come, a nostro avviso, il quadro clinico dei detenuti necessita di essere interpretato valorizzando, da una parte, l'incidenza della detenzione sul complessivo equilibrio del singolo e, dall'altra, la rilevanza delle condizioni di povertà materiale e sociale caratterizzanti una larga fetta della popolazione detenuta, soprattutto tossicodipendenti e migranti. Abbiamo altresì tentato di declinare i tratti caratteristici degli assetti organizzativi adottati dai singoli contesti territoriali analizzati. Nonostante entrambe le scelte risultino adeguate ad un'effettiva garanzia del servizio, vi sono fattori che ancora ostacolano una sua concreta fruizione da parte del detenuto. Molti degli intervistati hanno infatti evidenziato come gli investimenti sulla sanità penitenziaria risultino del tutto insufficienti e come l'assenza di predeterminati modelli organizzativi comporti una sorta di disorientamento del personale interno al carcere. Non tutte le responsabilità sono tuttavia attribuibili alle inadempienze dell'organizzazione sanitaria esterna. Molte delle criticità in effetti si generano nella quotidiana implementazione della disciplina. Ci riferiamo nello specifico all'alta ingerenza delle esigenze di custodia sull'operato dei sanitari e alla conflittualità insita nei rapporti tra le direzioni, penitenziaria e sanitaria, e tra agenti di custodia e operatori sanitari. Nonostante il riparto di competenze sia stato definito a livello normativo, nella pratica risulta una frequente commistione e sovrapposizione tra l'ambito sanitario e quello custodiale, soprattutto con riferimento all'erogazione di prestazioni sanitarie, alle modalità e alle

scelte insite nella somministrazione della terapia. In questo quadro abbiamo evidenziato come a nostro avviso i margini di negoziazione e di ricomposizione del conflitto siano spesso ridisegnati dalla precarietà dei contratti di molti operatori sanitari e dalla progressiva privatizzazione dei servizi resi all'interno del carcere. Questi elementi a nostro avviso incidono negativamente sullo sviluppo, non solo di un senso di appartenenza al contesto, ma anche di un'adeguata conoscenza dello stesso che consenta di manovrare gli interstizi di incertezza che quotidianamente si generano. Infine l'instabilità lavorativa di molti operatori sanitari si riversa nella costruzione del rapporto tra medico e paziente. Si tratta in effetti di una relazione di per sé fortemente problematica, in cui spesso predominano giudizi di valore non del tutto coerenti con il mandato deontologico del sanitario e, in cui, seppur per ragioni differenti, si riscontrano spesso serie difficoltà nel costruire un livello di empatia e fiducia che consenta al detenuto di mostrarsi nelle sue sofferenze e al sanitario di elaborare le proposte di cura che ritiene maggiormente adeguate.

Conclusioni

Nel presente lavoro abbiamo cercato, attraverso una prospettiva analitica articolata tanto su una cornice teorica di carattere multidisciplinare, quanto sui dati emersi dalla ricerca di carattere empirico, di restituire una fotografia dell'attuale livello di implementazione della disciplina in materia di sanità penitenziaria nei contesti territoriali della Sardegna e della Lombardia.

Sul punto occorre innanzitutto premettere che il quadro legislativo, seppur suscettibile di evolversi verso la predisposizione di più estesi strumenti di controllo e di garanzia dei diritti in carcere, sembra essere sufficientemente adeguato a garantire la tutela della salute della popolazione detenuta. La riforma introdotta D.lgs 230 del 1999, con il quale è stato disposto il passaggio di competenze in materia di sanità penitenziaria dal Ministero di Grazia e Giustizia al Ministero della Sanità, ha sicuramente gettato le basi per una progressiva estensione della tutela offerta ai soggetti detenuti (Starnini 2009; Brunetti 2007). L'integrale trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria è avvenuto con la legge finanziaria del 2008, alla quale hanno fatto seguito il D.p.c.m 1 aprile del 2008 e le allegate "Linee di indirizzo per gli interventi del Sistema Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale al fine di disciplinare le modalità e i criteri del trasferimento". Nonostante le perplessità di una parte della medicina penitenziaria dettate dalla perdita dei caratteri di specificità e di autonomia della stessa, la Riforma rappresenta il traguardo di un lungo e conflittuale percorso volto al riconoscimento di una sostanziale uguaglianza tra il cittadino libero e il detenuto, con specifico riferimento a uno dei più rilevanti diritti della persona, quale quello della salute.

Uno stimolo verso più ampi spazi di maggior garanzia dei diritti in carcere, anche con riferimento alla salute, sembra altresì riscontrabile nella giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, le cui pronunce su tematiche quali il sovraffollamento, la compatibilità delle condizioni cliniche con la detenzione, la somministrazione di cure mediche adeguate, la gestione delle malattie psichiche, infettive e dei fenomeni di autolesionismo e sciopero della fame, hanno avuto una forte incidenza sull'ordinamento interno, soprattutto in termini di sollecitazione del legislatore all'assunzione di provvedimenti deflattivi e di rimedi di carattere preventivo e compensativo. Tuttavia l'implementazione nella realtà fattuale non sembra rispondere all'estensione delle garanzie normativamente previste.

Come abbiamo tentato di mostrare, per comprendere le criticità che ancora ostano a una piena tutela delle condizioni di benessere della popolazione detenuta è innanzitutto necessario chiarire che cosa possa intendersi per diritto alla salute in carcere e quali caratteristiche sanitarie siano attribuibili alla popolazione detenuta.

La salute è un concetto complesso di cui appare difficile offrire, al di là delle produzioni più strettamente normative⁵⁶, una definizione unitaria. Le sue variegate articolazioni vengono spesso ridefinite a seconda dei momenti storici e dei contesti di riferimento. In tal senso Gadamer scrive:

⁵⁶ L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce la salute come: "uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del miglior stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti inviolabili di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi per farvi parte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate". La nostra Costituzione, in linea con i principi internazionali, all'art. 32 impone alla Repubblica di tutelare "la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" nonché di garantire "cure gratuite agli indigenti". Nei primi anni di entrata in vigore della Costituzione in dottrina prevaleva una concezione del diritto alla salute, non tanto come diritto individuale, quanto piuttosto come principio programmatico al quale lo Stato doveva attenersi. Solo a partire dagli anni '70, grazie alle pronunce della Corte Costituzionale, il diritto alla salute è stato interpretato quale diritto *erga omnes*, immediatamente garantito dalla Costituzione. In tal senso consiste nel diritto all'integrità psicofisica, tutelabile direttamente e azionabile dai soggetti legittimati nei confronti degli autori di comportamenti illeciti, siano essi soggetti pubblici o privati. Più tardi, con la sentenza n. 455 del 1990, la Corte Costituzionale si è preoccupata di definire anche la dimensione positiva del diritto alla salute, consistente nella fruizione di prestazioni sanitarie di carattere pubblico. Al secondo comma l'art. 32 cost. stabilisce che "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". In queste due disposizioni viene formalmente sancito il principio di autodeterminazione sanitaria, il quale si articola in due componenti, una negativa, l'altra positiva. La prima implica il diritto del soggetto di essere malato, di restare tale e dunque di sottrarsi coscientemente alle cure che gli vengono proposte; la seconda, al contrario, riconosce il diritto di scegliere tra diverse terapie, medici e luoghi di somministrazione delle cure.

Sappiamo in cosa consistono le malattie (...). La salute, invece, si sottrae curiosamente a tutto ciò, non può essere esaminata, in quanto la sua essenza consiste proprio nel celarsi. A differenza della malattia, la salute non è mai causa di preoccupazione, anzi, non si è quasi mai consapevoli di essere sani (...) e implica la sorprendente possibilità di essere dimentichi di sé (Gadamer in Baccaro 2003, p.3).

Tale difficoltà definitoria sembra acuirsi tutte le volte in cui ci si avvicina al tema della salute della popolazione detenuta. Parlare di salute in carcere appare piuttosto problematico. Occorre innanzitutto cimentarsi nel comprendere lo stretto rapporto esistente tra il soggetto e l'ambiente e tra le varie istanze istituzionali che si intersecano nel contesto carcerario (Baccaro, 2003).

Come abbiamo cercato di dimostrare, esistono delle variabili ricorrenti nell'analisi dello stato di salute della popolazione detenuta non scalfite dalle differenziazioni dei contesti territoriali analizzati. Nonostante la scarsa produzione nazionale di indagini sulla materia, circostanza che già di per sé rappresenta una chiara violazione degli auspici della riforma sulla sanità penitenziaria, il confronto tra i dati prodotti in ambito nazionale e sovranazionale, unitamente alle parole di coloro che quotidianamente operano in carcere, ci consente di evidenziare la presenza di patologie fortemente sovrarappresentate rispetto all'esterno. Ci riferiamo nello specifico all'incidenza dei disturbi psichici, non necessariamente sfocianti in diagnosi di carattere psichiatrico, alle patologie dell'apparato digerente, tra le quali malattie dei denti e del cavo orale, esofagiti, gastriti, ulcere gastro-duodenali, malattie epatiche e cirrosi e infine alle malattie infettive, in particolare le epatiti virali non A e l'infezione da HIV.

In questo quadro è innegabile che le condizioni ambientali possano favorire l'insorgere o l'aggravarsi delle patologie sinora richiamate. La detenzione rappresenta di per sé un'esperienza in grado di pregiudicare fortemente le condizioni di salute, quantomeno in termini di fenomeni di somatizzazione dello stress e della sofferenza

indotta dalla reclusione. Su questo assetto incidono inoltre le caratteristiche situate del penitenziario e delle modalità di amministrazione della pena. Ci riferiamo nello specifico a fattori di rischio, non solo in termini di aggravamento del quadro clinico, ma anche di agevolazione di fenomeni di insorgenza e contagio di patologie, quali il sovraffollamento, l'ozio e la promiscuità forzati, il degrado delle maggior parte delle strutture e l'inadeguatezza delle condizioni igieniche predisposte.

Tuttavia riteniamo che un'interpretazione del diritto alla salute in carcere circoscritta alle incidenze del contesto ambientale risulti limitata. Una seria presa di posizione sulle condizioni di salute dei detenuti necessita di estendersi ad ulteriori aspetti.

Punire è un processo decisionale fortemente connesso ad esigenze di carattere politico. È un processo in cui diversi attori partecipano alla produzione di idee idonee a legittimare l'azione punitiva, ma altresì a indirizzare quest'ultima su specifiche categorie sociali (Wacquant 2006). Recentemente, con riferimento all'analisi delle politiche penali adottate nel contesto nostrano, è stato affermato:

In un tale contesto (...) risulta facile comprendere come il diritto penale simbolico possa diventare a sua volta mezzo di affermazione di una politica criminale simbolica che, indifferente ai vincoli di razionalità provenienti dalla indissolubilità del binomio efficienza-garanzia, giunge a porre la sanzione più grave al servizio della esaltazione di una mera criminalizzazione di uno status per reati di mera disobbedienza funzionalizzati alla essenziale concretizzazione di esigenze di pura stabilizzazione del consenso sociale. Sarebbero queste, dunque, le articolazioni di quel discutibile "governo della paura" e, per il diritto penale dell'immigrazione, di quella conseguente "impresa della paura" che, proprio attraverso la strumentalizzazione della incriminazione di un "rischio-non pericolo", finiscono per alimentare uno sfruttamento politico-economico dell'ineguaglianza all'interno di una politica penale criminogena e intollerante in cui la assolutizzazione di funzioni manifestamente simboliche contribuisce, da un lato, all'abbandono di strategie razionali di controllo integrato per la riduzione delle aggressioni ad un ordinamento e, dall'altro, al conseguente sviluppo di un diffuso clima antidemocratico di "ghettizzazione" sociale (Sessa 2016, p. 22).

Seguendo quest'impostazione non può non constatarsi come il carcere, quale epilogo di un diritto penale selettivo e ghetizzante, si confermi come specchio fedele di una crescente marginalità, costituita da migranti, prostitute, tossicodipendenti, *homeless* e alcolisti (Carnevale, Di Tillio 2006), spesso provenienti da gravi condizioni di estrema povertà sociale e materiale. In questo quadro, se accogliamo l'idea che le disuguaglianze di salute – e il quadro clinico che ne deriva – rappresentino il prodotto composito delle esperienze sociali che attraversano gli individui (Cardano 2008), nonché della loro esposizione a condizioni di forte deprivazione materiale (Marmot 2006), occorre rilevare che molte delle caratteristiche dello stato di salute della popolazione detenuta preesistono alla carcerazione e che altro non fanno se non manifestarsi all'interno del carcere come prodotto di un processo di esclusione sociale ben più articolato.

Per questi soggetti, soprattutto nel caso di detenuti migranti, il carcere può rappresentare uno dei primi contesti in cui intercettare i servizi territoriali, compresi quelli di carattere sanitario. Proprio tale circostanza conduce molti degli intervistati ad affermare che sia possibile riscontrare una paradossale inversione del principio di uguaglianza, secondo cui nel penitenziario, almeno con riferimento a certe categorie di individui, vi è una maggiore garanzia di accesso alle cure rispetto alla realtà ospedaliera. Intendiamo esplicitare che tale inversione a nostro avviso non risponde certo alla reale volontà istituzionale di tutelare il singolo nella sua interezza. Esistono in effetti esigenze di carattere altro, prima fra tutte la necessità di non esporsi a possibili denunce della collettività in caso di morte del detenuto, che ci invitano a interpretare questo fenomeno di ribaltamento come l'esito di un processo istituzionale di auto-tutela.

Questa ricostruzione ci spinge altresì a riflettere sull'effettivo ruolo della detenzione. In effetti una paradossale maggiore tutela della salute all'interno del penitenziario ci

induce a dubitare che il carcere possa effettivamente svolgere una funzione deterrente nei confronti dei soggetti collocati nelle ultime posizioni del mercato del lavoro. In tal senso, seguendo l'impostazione di Rusche e Kirchheimer (1978), il carcere dovrebbe indurre l'individuo ad astenersi dal compiere attività illegali, essendo la condizione di detenuto meno preferibile (*less eligibility*) rispetto a qualsiasi altra collocazione esterna. Tuttavia tale meccanismo non è in grado di operare correttamente se c'è troppa distanza tra le aspettative di ciascun individuo e le reali condizioni in cui quotidianamente è inserito. Riflettendo su questo approccio, con specifico riferimento alla popolazione migrante, Sbraccia (2007) arriva ad una conclusione "sconcertante per la sua cruda linearità" (Fabini 2009, p. 28): "di fronte ad una struttura d'opportunità limitata per quanto riguarda il mercato del lavoro, ad una prospettiva di precarietà, sfruttamento e ricatto a tempo indeterminato, alla difficoltà di trovare una via d'uscita all'irregolarità giuridica, al costante rischio d'espulsione, un adattamento criminale (quanto meno parziale) può essere inteso come propizio ad essere scelto, preferibile per chi si trovi in condizioni di clandestinità" (Sbraccia 2007, p. 99).

Riteniamo che le stesse considerazioni, seppur con gli adattamenti derivanti da un più forte radicamento sul territorio e, dunque, prima tra tutte, da una maggiore estensione delle reti sociali, possano essere estese nei confronti dei soggetti costretti in condizioni di forte deprivazione: per queste persone si può appunto ipotizzare una *more eligibility* delle attività illegali che diventa difficile contrastare, soprattutto nel momento in cui si evidenzia, come sopra abbiamo cercato di fare, che in carcere è possibile usufruire di alcuni servizi, quali quelli di tipo sanitario, non garantiti all'esterno. Ciò induce pertanto ad abbracciare l'idea del carcere-assistenziale teorizzata ormai da alcuni anni da Wacquant (2006) con riferimento al contesto statunitense. È sicuramente difficile affermare che in Europa, e anche in Italia, lo stato sociale sia stato progressivamente annullato come negli Usa. Tuttavia non possiamo certo non

considerare come sia comunque in atto, quantomeno con riferimento all'ambito sanitario nel suo complesso, un forte processo di contrazione delle risorse investite e delle prestazioni concretamente fruibili (Cardano 2008, Lega 2013) a fronte di tassi di incarcerazione di nuovo in rapido aumento (Antigone 2017).

Queste riflessioni non conducono certo ad abbandonare una prospettiva critica sulle modalità di cura e trattamento all'interno del penitenziario. In effetti, come abbiamo tentato di dimostrare nel corso dell'elaborato, l'intervento medico continua a caratterizzarsi in termini strettamente emergenziali e, nonostante la riforma ne avesse stabilito il carattere spiccatamente prioritario, non esiste ancora una strutturazione delle strategie di carattere preventivo. Questo assetto emerge in maniera particolarmente evidente con riferimento ai disturbi psichici, gestiti principalmente attraverso forme di contenzione farmacologica. Tale dato trova conferma nelle alte percentuali di assunzione rilevate durante alcune visite effettuate in due istituti sardi: negli istituti di Bancali e Nuoro i detenuti che assumono regolarmente una terapia psico-farmacologica sono rispettivamente il 60% e l'80%. In Lombardia i dati riportati dagli operatori risultano leggermente più contenuti: nel carcere di Como, su 423 presenti, 35 detenuti sono sottoposti a terapia psichiatrica e 142 a trattamento per la tossicodipendenza; in quello di Bergamo, su 569 presenti, 90 sono sottoposti a terapia psichiatrica e 177 a trattamento per la tossicodipendenza; a Busto Arsizio, a fronte di 424 presenti, circa un terzo è sottoposto a terapia psichiatrica e 53 a trattamento per la tossicodipendenza; a Bollate, su 1125 presenti 218 sono affetti da patologie psichiatriche e il 41% a trattamento per la tossicodipendenza (Antigone 2017). A nostro avviso lo scarto tra i dati è dettato dalle variabili considerate dagli operatori nel fornirci i dati: nel caso sardo viene infatti considerata la somministrazione di qualsiasi terapia psico-farmacologica, compresa quella per il sonno, mentre nel caso lombardo la valutazione si limita alle somministrazioni di cure psichiatriche.

L'alta somministrazione di psicofarmaci trova conferma altresì nelle parole di pressoché tutti gli intervistati che, nonostante ne riconoscano la criticità, più che altro di carattere etico, omettono di concentrarsi sui possibili risvolti che possono derivare da questa gestione dei disturbi. In effetti, appare evidente che una massiccia contenzione farmacologica, favorendo l'insorgere di forme di dipendenza, di ulteriori disequilibri psichici e affievolendo sempre più la capacità di far fronte alla condizione detentiva in maniera autonoma, in virtù di una sicurezza sempre garantita, si concretizza in quelle che Illich (2004) ha lucidamente definito situazioni di iatrogenesi clinica. Detto altrimenti, in questo quadro l'intervento medico, a differenza dei miglioramenti che potrebbero derivare dagli interventi sulle condizioni ambientali ovvero sulle proposte trattamentali, non appare significativamente collegato a un calo dell'incidenza delle patologie psichiatriche all'interno del carcere.

Quanto all'assetto organizzativo derivante dall'implementazione della riforma sanitaria, occorre innanzitutto evidenziare che lo stesso risulta fortemente condizionato dall'iperburocratizzazione che caratterizza il contesto penitenziario, in cui resistono una rigida strutturazione secondo il principio della gerarchia, una sostanziale autonomia organizzativa e chiusura rispetto a forme di controllo esterno, la proliferazione costante di norme e regolamenti disciplinanti qualsiasi aspetto dell'amministrazione della pena, nonché la presenza di ambiti diversificati di esercizio del potere e di appositi meccanismi di controllo e di sorveglianza. Questo assetto rende problematico l'innescarsi di un serio processo di riforma. Ciò non toglie che, come avviene per qualsiasi struttura burocratica, qualunque sia la sua funzione, i suoi scopi e l'ambiente in cui è inserita, anche il carcere sia chiamato a porre in essere delle trasformazioni indotte dalla riforma della sanità penitenziaria. Si tratta tuttavia di un percorso altamente conflittuale e colmo di profili di non univoca interpretazione.

L'attribuzione di competenze in materia sanitaria si inserisce nell'assetto derivante dalla Riforma del titolo V della Costituzione, con la quale è stata riconosciuta alle regioni potestà legislativa e regolamentare in materia di sanità, seppur nell'ambito di una cornice di principi fissati dallo Stato. Come già precisato, ciascuna regione, attraverso i piani sanitari regionali, ha impresso traiettorie differenziate allo sviluppo dei SSR, tanto che oggi appare impossibile riconoscere un Servizio Sanitario Nazionale uniforme e coerente (Lega 2013). Ovviamente questa frammentazione e diversificazione tra contesti regionali ha interessato anche l'effettiva implementazione della disciplina in materia di sanità penitenziaria. Nei contesti territoriali da noi scelti come oggetto privilegiato dell'indagine, ossia la Sardegna e la Lombardia, il passaggio di competenze ha seguito percorsi differenziati.

In Lombardia la sanità penitenziaria si snoda su una sorta di doppio binario tra aziende sanitarie locali e aziende socio sanitarie territoriali. Le prime svolgono principalmente funzioni di controllo, mentre spetta alle seconde erogare i servizi di carattere sanitario. Si tratta di un modello unico nel panorama nazionale, in cui di fatto prevale, come già riscontrato in Emilia-Romagna (Cherchi 2014) e più recentemente in Sardegna, un'implementazione attraverso l'attribuzione di competenze, tanto nell'erogazione, quanto nel controllo, alle singole aziende sanitarie locali e ai singoli presidi ospedalieri ricompresi al loro interno. Nel modello lombardo è sicuramente riscontrabile un'importante suddivisione tra organi deputati al controllo e organi chiamati a erogare prestazioni di carattere sanitario, quale strumento idoneo a garantire una maggior tutela del diritto alla salute. Tuttavia tale assetto potrebbe comportare una moltiplicazione dei livelli decisionali e manageriali non del tutto idonea ad affrontare con prontezza le contingenze del caso concreto.

In ogni caso, a prescindere dal modello adottato, come già evidenziato, il personale sanitario, le risorse, le attrezzature, i locali e le funzioni sono state pienamente trasferiti

al Servizio Sanitario Nazionale in entrambi i contesti studiati. La Riforma dunque, almeno dal punto di vista formale, sembra essere stata recepita. Le criticità che dal punto di vista fattuale ostano a una piena implementazione si snodano tanto all'esterno, quanto all'interno del carcere. Le stesse inoltre, seppur adattabili e graduabili a seconda delle caratteristiche situate di ciascun istituto di pena e delle professionalità che ci lavorano, sembrano ritornare con un certa frequenza in entrambi i contesti territoriali, tanto da condurci a ipotizzare che, quantomeno con specifico riferimento al nostro quesito d'indagine, il carcere tenda ad annullare le differenze.

Volgendo lo sguardo verso l'esterno, vi è innanzitutto chi ritiene che una piena implementazione della nuova disciplina venga di fatto ostacolata dalla scarsità degli investimenti effettuati dalle singole aziende sanitarie locali, tanto sulle forniture, quanto sul personale, nonché dalla mancata predisposizione da parte dei vertici di appositi modelli organizzativi spendibili all'interno del carcere e di adeguati corsi di formazione per gli operatori sanitari penitenziari. Se la mancata predisposizione di appositi modelli intramurari risponde, almeno sul piano teorico, alla volontà del legislatore di realizzare una piena equiparazione tra cittadini liberi e detenuti, anche sotto il profilo delle modalità di prestazione, delle procedure e delle regole da seguire, dall'altra, la mancata attivazione di corsi di formazione sulle specificità del contesto carcerario, non fa che agevolare il progressivo consolidarsi di modalità di apprendimento basate esclusivamente sull'affiancamento di operatori già presenti in carcere. Di fatto, come confermato da pressoché tutti gli intervistati, questa risulta allo stato l'unica modalità di formazione dei nuovi assunti. Tale circostanza, considerato che l'affiancamento avviene spesso con operatori più anziani, "istituzionalizzati" e poco propensi dopo anni di lavoro in carcere a rimettere in discussione le loro pratiche e lo stesso ruolo che rivestono, rischia di tradire lo spirito riformista della disciplina attuativa del passaggio di competenze. In effetti nei confronti dei sanitari impiegati in carcere si riversano

spesso gli effetti di un processo di progressivo adattamento al contesto, altrimenti definito di prigionizzazione, che, in assenza di specifiche occasioni formative, rischia di riprodursi acriticamente anche nei confronti del personale proveniente dalla realtà ospedaliera.

In ogni caso, secondo la maggior parte degli intervistati, nonostante le criticità ancora rilevabili nell'organizzazione sanitaria complessivamente intesa, dovute tanto a necessità di contenimento della spesa, quanto all'assenza di idonee procedure che orientino gli operatori sanitari in carcere, la Riforma rappresenta tuttora una feconda occasione per garantire un servizio di maggiore qualità, soprattutto in termini di presa in carico e di continuità delle cure, e per reinterpretare il proprio operato all'interno del carcere. Su quest'ultimo aspetto il mutamento auspicato, e in parte già avvenuto, risulta agevolato dalla presenza di personale molto giovane, non istituzionalizzato, o comunque di professionisti che provengono dal contesto ospedaliero e che, dunque, essendo animati da una cultura professionale differente, sono in grado di introdurre elementi di innovazione nel contesto carcerario.

Quanto alle criticità rilevabili analizzando le dinamiche interne, occorre premettere che, come abbiamo cercato di evidenziare nei precedenti capitoli, la riforma della sanità penitenziaria si iscrive in un più ampio processo di esternalizzazione che ha interessato il carcere nel suo complesso. La delega in materia sanitaria tuttavia non ha riguardato esclusivamente le attribuzioni in senso formale, ma si è estesa alla progressiva attribuzione da parte dell'amministrazione penitenziaria della gestione di sempre crescenti segmenti organizzativi non necessariamente di stampo medico. Basti pensare, a mero titolo esemplificativo, al ruolo della medicina penitenziaria nella gestione dei deficit di tipo strutturale del penitenziario, quali il sovraffollamento, lo scarso movimento, la scarsità delle attività trattamentali, ovvero nella risoluzione delle situazioni di disordine interno provocate, tra le altre cause, da rivolte, da gesti

autolesionistici e tentativi di suicidio. Questo assetto, lungi dal configurare una sorta di dominanza medica propria della medicalizzazione istituzionale (Freidson 2002), è capace di celare modalità di resistenza e di rilegittimazione del proprio operato da parte dell'area custodiale. In effetti, a nostro avviso, l'appoggio che l'amministrazione penitenziaria ricerca nella sanità non dipende tanto da una sorta di subordinazione all'autorità medica, ma piuttosto dal fatto che tale delega, e il controllo sugli strumenti con cui la medicina risponde, può rivelarsi particolarmente utile nel rispondere alle esigenze di custodia e ordine sociale proprie del delegante.

Questa circostanza sembra confermata da quella che con una certa frequenza è stata individuata come una delle maggiori criticità che ostano ad una piena attuazione della Riforma. Più nello specifico molti degli intervistati ritengono, nonostante il preciso riparto di competenze sancito dalla disciplina, che i margini di mutamento imposti dalla nuova normativa in materia di sanità penitenziaria siano spesso stati disegnati dalle direzioni degli istituti, e che tale incidenza abbia comportato un'applicazione a macchia di leopardo (De Pascalis 2012), facendo sì che la riforma seguisse differenti velocità a seconda dei contesti territoriali analizzati. Si tratta di una circostanza che ricorre con costanza durante le varie fasi che, nei diversi anni, ci hanno spinto a indagare sulla sanità in carcere. In effetti, se si considera che ogni carcere rappresenta una sorta di microcosmo, è evidente che anche l'ingresso dell'organizzazione sanitaria non potrà che essere influenzato dalle caratteristiche situate, prima tra tutte la personalità di chi ricopre posizioni di vertice, del contesto in cui si inserisce.

Coerentemente con quanto ritiene Crozier (1969) riferendosi più generalmente alle strutture burocratiche, una prima conseguenza dei processi di mutamento si manifesta nell'aumento della centralizzazione. Questo elemento, per quanto da noi rilevato, si manifesta innanzitutto in una sostanziale discrezionalità da parte della direzione dell'istituto nel recepire la nuova normativa, o comunque nel circoscriverne gli effetti in

virtù di una spesso dichiarata predominanza di esigenze di tipo securitario e nel tentativo della stessa di ritagliarsi all'interno della costruzione dei percorsi di carattere sanitario un ruolo decisionale di spicco. Ma si manifesta altresì nell'operato degli agenti, i quali sembrano ribadire la loro autorità attraverso un richiamo costante alle norme interne idonee ad escludere o limitare l'intervento dei sanitari, come nel caso delle visite esterne, ovvero degli accompagnamenti in infermeria. Seguendo le riflessioni di Merton (1966) sembra pertanto che questa fetta di operatori stia tentando di rilegittimare il proprio operato attraverso il richiamo a comportamenti ritualisti, iperconformisti, non necessariamente retti da un'adesione morale alle regole richiamate, ma piuttosto finalizzati ad arginare l'incidenza dell'area sanitaria.

I momenti di crisi introdotti dalla Riforma non producono esclusivamente una conferma della gerarchia e dell'accentramento dei poteri decisionali. Da questa tipologia di situazione è possibile riscontrare l'emergere di nuove figure, come nel caso dei direttori sanitari e dei coordinatori infermieristici, poste in posizioni strategiche e in grado di negoziare maggiori ambiti di autonomia. Alcuni dei medici e degli infermieri intervistati hanno in effetti evidenziato la necessità di individuare nelle figure sopra richiamate gli interlocutori privilegiati del loro operato. Questo dato, oltre a evidenziare la gerarchia che caratterizza anche l'organizzazione sanitaria, può rappresentare una precisa strategia, probabilmente imposta dai vertici, per ridurre progressivamente gli ambiti su cui la direzione può esercitare un preciso controllo.

Sembra pertanto che la conflittualità nel recepire e applicare la normativa in materia di sanità penitenziaria si snodi su diverse traiettorie che, se da una parte, percorrono i vari livelli delle due organizzazioni, dall'altra si estendono all'interno della stessa struttura sanitaria, soprattutto nei rapporti con le figure dirigenziali ospedaliere. In questo quadro sembra che i maggiori spazi di manovra risiedano nel confronto tra le varie direzioni. Ciò non tanto perché i medici e gli infermieri siano del tutto privi delle

capacità di esercitare pressioni nei confronti dell'area custodiale, ovvero di innescare una seria revisione dei modelli e delle pratiche adottate, ma piuttosto perché la precarietà che spesso caratterizza la loro presenza in carcere e l'alto *turn-over* che ne deriva condizionano negativamente l'investimento del singolo, lo sviluppo di un senso di appartenenza, ma anche e soprattutto lo sviluppo di un potere di negoziazione che si modelli innanzitutto sul prendere confidenza con il contesto e con le aree di incertezza manipolabili.

In entrambi i contesti territoriali gli intervistati e i dati raccolti durante le visite interne hanno confermato non solo che molti degli operatori sanitari sono spesso esposti a fenomeni di instabilità lavorativa, ma altresì che si sta verificando una sorta di esternalizzazione nell'esternalizzazione. In effetti la maggior parte degli infermieri sono attualmente assunti tramite cooperativa e, con riferimento al contesto lombardo, sembra che si stia valutando di estendere tale modalità di assunzione al personale sanitario penitenziario complessivamente inteso. È evidente che attribuire la fornitura degli operatori sanitari a un ente di diritto privato rischia di minarne profondamente l'autonomia di giudizio del singolo. In effetti, se si considera che uno dei capisaldi della riforma risiedeva nel trasferire il personale sotto le dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale affinché fosse segnata una linea di demarcazione netta con l'Amministrazione penitenziaria, soprattutto in termini di pressioni (allo stato ancora presenti) ricevute dal singolo nell'esercizio delle sue funzioni, appare manifesto che ricondurre tutto il personale sotto la guida di una cooperativa sia controproducente nel garantire una necessaria libertà di azione dell'operatore. Infatti, se nel primo caso veniva ritenuta problematica l'incidenza di esigenze di carattere prettamente custodiale, ciò non toglie che la soluzione, ipotizzata per i medici e già attuata per gli infermieri, imponga limitazioni di carattere altro, quali prefissati ritmi lavorativi, presenze in

carcere, scadenze dei contratti, altrettanto idonee a compromettere l'attività di tutela della salute in carcere.

Crediamo altresì che l'instabilità che ne deriva incida profondamente anche sul rapporto, già di per sé conflittuale, tra medico e paziente, costringendo quest'ultimo a dover costantemente riaffidare la sua condizione di malato a differenti personalità e a dover rinegoziare con altrettanta frequenza la veridicità dei sintomi che manifesta. In effetti molti degli operatori intervistati, omettendo di valutare le criticità a cui sono esposti corpo e mente del detenuto, sostengono che in carcere la simulazione di patologie in realtà inesistenti e il rischio di essere costantemente oggetto di manipolazione si impongono come fattori determinati nell'annullare, o comunque nel rimodulare, l'alleanza terapeutica tra i soggetti coinvolti nella relazione. Gli stessi gesti di autolesionismo, nonché i tentativi di suicidio, soprattutto quando posti in essere da detenuti stranieri, sono spesso essenzializzati e superficialmente ricondotti a quadri culturalisti. In questo paradigma il medico è l'unico ufficialmente riconosciuto come titolare dell'autorità diagnostica, chiamato a trasmettere all'individuo la possibilità di comportarsi da malato e a decidere quali dolori siano meramente soggettivi e simulatori e quali sintomi vadano riconosciuti come malattia e quali no.

Si tratta di dinamiche che risultano spesso contraddette dall'attuale configurazione del penitenziario. A nostro avviso in effetti sono sicuramente riscontrabili tentativi di esasperare la propria condizione per ottenere dei benefici penitenziari, ma può ben accadere il contrario, ossia l'esigenza del detenuto di dissimulare eventuali sofferenze per non incorrere in un aggravamento delle condizioni detentive derivante, ad esempio, dalla collocazione nelle sezioni infermeria, nelle quali vengono di fatto sospesi tutti i percorsi trattamentali fino a quel momento in atto.

Per concludere, la sanità penitenziaria, in una prospettiva teorica, dovrebbe essere chiamata a supportare le capacità e l'autonomia del singolo nell'affrontare la detenzione

in maniera cosciente e responsabile, nell'ottica di un futuro reinserimento. Dovrebbe essere chiamata a tutelare la salute dell'individuo nella convinzione che la stessa rappresenti una preconditione per il dispiegarsi delle opportunità (spesso scarse) riconosciute al singolo. Nei fatti la sanità rappresenta spesso la valvola di sfogo di tutte le criticità, ambientali e strutturali, del carcere. In questo quadro tuttavia gli strumenti di cui dispone rimangono pressoché immutati. La medicina penitenziaria in effetti non ha allo stato capacità di intervenire nella costruzione dei percorsi trattamentali, né di agire sulle caratteristiche situate del penitenziario. Questa sostanziale stasi, a fronte di attribuzioni sempre crescenti, accoglie in sé dei grandi rischi: non solo l'amministrazione, ma gli stessi detenuti, tentano di attribuire la gestione di molteplici aspetti connessi alla carcerazione alla sanità penitenziaria, la quale accoglierà il mandato, quando non ritenga che si tratti di mera simulazione, patologizzando il disagio che le viene rappresentato e intervenendo in termini meramente emergenziali e attualistici. Questo dato non solo conduce a un moltiplicarsi costante delle prestazioni richieste e di fatto prestate, così come confermato dagli operatori intervistati, ma può altresì comportare una progressiva deresponsabilizzazione del detenuto, nonché una progressiva spoliatura dell'autonomia, della stessa sofferenza e delle capacità di attribuire specifici contenuti all'esperienza detentiva. In questo processo non intendiamo certo attribuire delle responsabilità al singolo detenuto; quel che piuttosto riteniamo importante evidenziare è che la sanità penitenziaria, ottenendo da più fronti una legittimazione a un mandato piuttosto ampio, che spesso esula da questioni prettamente sanitarie, rischia di moltiplicare i suoi utenti, i servizi e le prestazioni, a fronte di disagi non sempre coerenti con il suo mandato, finendo per annullare quel potenziale supportivo a cui, la sua stessa istituzione, dovrebbe almeno in linea teorica rispondere. L'intreccio tra la materialità del carcere e la cultura penitenziaria si riversa inevitabilmente sulla rinegoziazione dei confini auspicata dalla riforma della sanità

penitenziaria, soprattutto in un'accezione ampia di benessere quale quella fatta propria dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che, se calata nel contesto carcerario, non può che scontrarsi con le dinamiche di potere e le conflittualità insite nell'istituzione totale, a discapito della garanzia del diritto alla salute.

Bibliografia

- AA.VV., (2016), *La società punitiva. Populismo, diritto penale simbolico e ruolo del penalista*, consultabile all'indirizzo: <http://www.penalecontemporaneo.it/upload/DibattitoAIPDP.pdf> (Ultimo accesso 1 novembre 2017).
- AA.VV., (2015), *Abolire il carcere. Una ragionevole proposta per la sicurezza dei cittadini*, Milano, Chiarelettere.
- Anastasia, S. (2012), *Metamorfosi penitenziarie. Carcere, pena e mutamento sociale*, Roma, Ediesse.
- Baccaro, L. (2003), *Carcere e salute*, Padova, Edizioni Sapere.
- Baldassarre, A. (1989), Diritti sociali, in *Enciclopedia Giuridica*, XI, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, pp. 1-3.
- Barrett, R. (1998), Formulations historiques de la schizophrénie: dégénérescence et désintégration, in *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, pp. 193-230.
- Bifulco L. (2012), *Che cos'è un'organizzazione*, Roma, Carrocci.
- Bonazzi, G. (2002), *Come studiare le organizzazioni*, Bologna, Il Mulino.
- Brioschi, F. (2017), Le risorse destinate al reinserimento nella società del condannato, in *Torna il carcere. XIII rapporto sulle condizioni di detenzione*, Roma, Associazione Antigone, consultabile all'indirizzo: <http://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/download/pdf/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione-01-costi-del-carcere.pdf> (Ultimo accesso 1 novembre 2017).
- Brown, P. (1995), Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness, *Journal of Health and Social Behavior*, 35, pp. 34-52.

- Buffa, P. (2013), *Prigioni. Amministrare la sofferenza*, Torino, Gruppo Abele.
- Camera, G. (2017), Liberi, detenuti in carcere e ristretti in strutture dedicate: diverse prospettive del diritto alla salute, in Massaro, A., (a cura di), *La tutela della salute nei “luoghi di detenzione”. Un’indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR*, Roma, Roma Tre Press, pp. 103-149.
- Cancellaro, F. (2016), Carcerazione in meno di 3 metri quadri: la grande camera sui criteri di accertamento della violazione dell’art. 3 CEDU, *Diritto Penale Contemporaneo* [Rivista Telematica], 13 novembre 2016.
- Canestrari, S., Cornacchia, L., De Simone, G. (2007), *Manuale di diritto penale*, Bologna, Il Mulino.
- Cardano, M. (2008), Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi, *Polis*, 22, 1, pp. 119-146.
- Cecchini, F. (2017), La tutela del diritto alla salute in carcere nella giurisprudenza della corte europea dei diritti dell’uomo, in Massaro, A. (a cura di), *La tutela della salute nei “luoghi di detenzione”. Un’indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR*, Roma, Roma Tre Press, pp. 207-253.
- Cersosimo, G., Rauty, R. (2000), Riflessioni sul controllo sociale: dalla normalità della devianza alla normalità della malattia, *Keiron*, 5, pp. 128-139.
- Comitato Nazionale per la Bioetica (2013), *La salute dentro le mura*, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Chauvel, D., Despres, C. (2002), A review of survey research in knowledge management: 1997-2001, *Journal of knowledge management*, 6, 3, pp. 207-223.
- Cipolla, C. (2015), *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche e sociali*, Milano, Franco Angeli.

- Cockerham, W.C. (1983), The state of medical sociology in the United States, Great Britain, West Germany and Austria: Applied vs Pure Theory, *Social Science and Medicine*, 17, 20, pp. 1513-1527.
- Cosmacini, G. (2016), *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Bari-Roma, Laterza.
- Costa, G., Spadea, T., Cardano, M. (2004), Disuguaglianze sociali di salute in Italia, *Epidemiologia e prevenzione*, 28, 3.
- Crozier, M. (1969), *Il fenomeno burocratico*, Milano, Etas.
- De Maria, R. (2015), “Istituzione totale” carcere e salute. Il detenuto come “disabile sociale”, *Rivista trimestrale di scienze dell’amministrazione*, 4, pp. 5-41.
- De Pascalis, M., (a cura di), (2012), Riforma della sanità penitenziaria. Evoluzione della tutela della salute in carcere, *Quaderni ISSP*, 11, Consultabile all’indirizzo: https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/Quaderni_ISSP_n._11.pdf (Ultimo accesso 1 novembre 2017).
- De Vito, C.G. (2009), *Camosci e girachiavi. Storia del carcere in Italia*, Bari-Roma, Laterza.
- Despres, C., Chauvel, D. (2000), *Knowledge Orizons. The present and the Promise of Knowledge Management*, Boston, Butterworth Heinemann.
- Donati, P. (1983), *Introduzione alla sociologia relazionale*, Milano, Franco Angeli.
- Esposito, M., (a cura di), (2007), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute della popolazione detenuta*, Milano, Franco Angeli.
- Etzioni, A. (1967), *Sociologia dell’organizzazione*, Bologna, Il Mulino.
- Farmer, P. (2006), Un’antropologia della violenza strutturale, *Antropologia*, 6, 8, pp. 17-49.
- Fassone, E. (1980), *La pena detentiva in Italia dall’800 alla riforma penitenziaria*, Bologna, Il Mulino.

- Filippi, S., Santoro, G. (2007), Il diritto alla salute in carcere, *Antigone. Quadrimestrale di critica al sistema penale e penitenziario*, 2, 1, pp. 76-90.
- Fiorio, C. (2002), *Libertà personale e diritto alla salute*, Padova, Cedam.
- Foucault, M. (1975), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, Einaudi.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn: Theory, prophecy and policy*, Chicago, University of Chicago Press.
- (2002), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Milano, Franco Angeli, Milano.
- Gaito, A., Rinaldi, G. (2000), *Esecuzione penale*, Milano, Giuffrè.
- Garland, D. (1999), *Pena e società moderna*, Milano, Il Saggiatore.
- Garuti, G. (2012), Il “Servizio Nuovi Giunti”: un quarto di secolo di circolari, normative e attività dello psicologo, *Psicologia e Giustizia*, 2, Consultabile all’indirizzo:

http://www.psicologiagiuridica.com/pub/docs/anno%20XIII%20n_2/II%20servizio%20nuovi%20giunti_Garuti.pdf (Ultimo accesso 1 novembre 2017).
- Giarelli, G. (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Milano, Franco Angeli.
- Giostra, G., Bronzo, P. (2017), Proposte per l’attuazione della delega penitenziaria, *Diritto Penale Contemporaneo* [Rivista Telematica], 15 luglio 2017.
- Goffman, E. (1961), *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi.
- (1961), On the characteristics of total institutions: the inmate world, in Cressey, D.R., ed., *The prison studies in institutional organization and change*, New York, Holt, Rinehart and Winston, pp. 15-67.
- (1983), *Stigma. L'identità negata*, Milano, Giuffrè.

- Gonnella, P., Anastasia, S. (2005), *Patrie Galere. Viaggio nell'Italia dietro le sbarre*, Roma, Carrocci.
- Graeber, D. (2016), *Burocrazia. Perché le regole ci perseguitano e ci rendono felici*, Milano, Il Saggiatore.
- Illich, I. (2004), *Nemesis medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Mondadori.
- Johnson, A., Johnson O.R. (1990), Quality into Quantity: on the measurement potential of Ethnographic Fieldnotes, in Sanjek, R. (ed.), *Fieldnotes. The makings of Anthropology*, Ithaca and London, Cornell University Press, pp. 161-186.
- Kawachi I., Kennedy B., Lochner K., Prothrow-Stith D., (1997), Social capital, income inequality and mortality, *American Journal of Public Health*, 87, 9, pp. 1491-1498;
- Konrad, M. (1999), *Alzheimer. La vita di un medico e la carriera di una malattia*, Roma, Manifesto Libri.
- Lega, F. (2013), *Management della sanità. Lineamenti essenziali e sviluppi recenti del settore e dell'azienda sanitaria*, Milano, Egea.
- Mackenbach, J.P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Kunst, A.E., (2003), Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries, *Int J Epidemiology*, 32, 5, pp. 830-837.
- March, J.G., Olsen, J.P. (1976), *Ambiguity and Choice in Organizations*, Bergen, Universitetsforlaget.
- Marmot, M. (2004), *Status Syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy*, New York, Bloomsbury & Henry Holt.
- Marmot, M., Wilkinson, R.G. (1999), *Social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press.
- Maturo, A. (2015), *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, Milano, Franco Angeli.

- Melossi, D. (2002), *Stato, controllo sociale, devianza*, Milano, Mondadori.
- Merton, R. (1966), *Teoria e struttura sociale. Vol. 2: Studi sulla struttura sociale e culturale*, Bologna, Il Mulino.
- Milly, B. (2001), *Soigner en prison*, Paris, PUF.
- Mintzberg, H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Ongaro Basaglia, F. (2012), *Salute e malattia. Le parole della medicina*, Merano, Edizioni Alfabeta Verlag.
- Parente, A. (2007), *La chiesa in carcere*, Roma, Ufficio Studi Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.
- Parsons, T. (1965), *Il sistema sociale*, Milano, Edizioni di Comunità.
- Pavarini, M. (1993), Visioni carcerarie. La percezione sociale della criminalità come questione politica, *Epoké. Riflessioni sui temi del disagio sociale*, dicembre, pp. 3-7.
- Pavarini, M., Guazzaloca, B. (2004), *Corso di diritto penitenziario*, Bologna, Edizioni Martina.
- Pellegrino, P. (2005), La politica sanitaria in Italia: dalla riforma legislativa alla riforma costituzionale, Working paper 62, *Polis*.
- Pezzini, B. (2001), *La decisione sui diritti sociali*, Milano, Giuffrè.
- Quadrelli, E. (2005), *Gabbie metropolitane. Modelli disciplinari e strategie di resistenza*, Roma, Derive Approdi.
- Reborà, G. (1998), *Organizzazione aziendale. Teorie e strumenti per l'analisi e la progettazione*, Roma, Carrocci.
- Ronco, D. (2017), In alternativa. Numeri, tipologia e funzioni delle misure alternative, in *Torna il carcere. XIII rapporto sulle condizioni di detenzione*, Roma, Associazione Antigone, consultabile all'indirizzo: <http://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/01-misure-alternative/> (Ultimo accesso 1 novembre 2017).

- Riska, E. (2012), *La sociologia della salute e della medicina in Scandinavia*, *Salute e Società*, 217, pp. 42-59.
- Rosenhan, D.L. (1973), *On Being Sane in Insane Places*, *Science*, 179, 4070, pp. 250-258.
- Ruotolo, M. (2002), *Diritti dei detenuti e Costituzione*, Torino, Giappichelli.
- Rusche G., Kirchheimer, O. (1978), *Pena e struttura sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Santorso S. (2017), *Disciplina! Alcune riflessioni sulla sorveglianza in carcere*, in *Torna il carcere. XIII rapporto sulle condizioni di detenzione*, Roma, Associazione Antigone, consultabile all'indirizzo: <http://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/02-sanzioni-disciplinari/> (Ultimo accesso 1 novembre 2017).
- Salvati, A. (2009), *L'evoluzione della legislazione penitenziaria in Italia*, *Amministrazione in Cammino* [Rivista Telematica], consultabile all'indirizzo: <http://amministrazioneincammino.luiss.it/app/uploads/2010/04/articolo21.pdf> (Ultimo accesso 1 novembre 2017).
- Sarzotti, C. (2007), *I medici penitenziari tra istanze securitarie e paradigma del rischio: un'indagine sul campo*, in Esposito, M., a cura di, *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute della popolazione detenuta*, Milano, Franco Angeli, pp. 160-194.
- (2015), *La riforma dell'ordinamento penitenziario come narrazione giuridica del carcere negli anni di "scoperta" della Costituzione*, *Questione e Giustizia*, 2, pp. 23-33.
- Sbraccia, A. (2017), *La grande paura. Numeri e costruzione del fenomeno. Il vocabolario per comprenderlo*, in *Torna il carcere. XIII rapporto sulle condizioni di detenzione*, Roma, Associazione Antigone, consultabile all'indirizzo: <http://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/02-carcere-e-radicalizzazione/> (Ultimo accesso 1 novembre 2017).
- Sbraccia A., Vianello, F., a cura di, (2016), *La ricerca qualitativa in carcere in Italia*, *Etnografia e Ricerca qualitativa*, 3.

- Scafati, A. (2004), *Giurisdizione di sorveglianza e tutela dei diritti*, Padova, Cedam.
- Scandurra, A. (2017), Il ritorno del sovraffollamento. Aumentano I detenuti e peggiorano le condizioni di detenzione. L'Italia si avvia di nuovo verso lo stato di emergenza?, in *Torna il carcere. XIII rapporto sulle condizioni di detenzione*, Roma, Associazione Antigone, consultabile all'indirizzo: <http://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/01-numeri-del-carcere/> (Ultimo accesso 1 novembre 2017).
- Selznick, P., (1943), An approach to the theory of bureaucracy, *American Sociological Review*, 8, pp. 47-54.
- (1957), *Leadership in administration*, New York, Harper & Row publishers.
- Sontag, S. (2002), *Malattia come metafora. Cancro e Aids*, Milano, Mondadori.
- Spandonaro, F., a cura di, (2017), *L'universalismo diseguale, 11° Rapporto Sanità*, consultabile all'indirizzo: http://www.creasanita.it/images/rapportosanita/11/XI_RapportoSanita.pdf (Ultimo accesso 1 novembre 2017).
- Starnini, G. (2009), Il passaggio della sanità penitenziaria al servizio sanitario nazionale, *Autonomie locali e servizi sociali*, 1, pp. 3-14.
- Strati, A. (2004), *L'analisi organizzativa. Paradigmi e metodi*, Roma, Carrocci.
- Torrente, G. (2016), La popolazione detenuta in Italia tra sforzi riduzionisti e nuove tentazioni populiste, *Diritto Penale Contemporaneo*, pp. 1-12, consultabile all'indirizzo: <http://www.penalecontemporaneo.it/d/4934-la-popolazione-detenuta-in-italia-tra-sforzi-riduzionisti-e-nuove-tentazioni-populiste> (Ultimo accesso 1 novembre 2017).
- (2017), Non devono morire. Meno suicidi ma più autolesionismo, soprattutto tra la popolazione detenuta straniera, in *Torna il carcere. XIII rapporto sulle condizioni di detenzione*, Roma, Associazione Antigone, consultabile all'indirizzo:

<http://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/02-autolesionismo-e-suicidi/> (Ultimo accesso 1 novembre 2017).

- Treves, R. (2002), *Sociologia del diritto. Origini, ricerche, problemi*, Torino, Einaudi.
- Umberson, D., Karas Montez, J. (2010), Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy, *Journal of Health and Social Behavior*, 51, pp. S4-S66.
- Verde, S. (2011), *Il carcere manicomio. Le carceri in Italia tra violenza, pietà, affari e camicie di forza*, Roma, Sensibili alle foglie.
- Wacquant, L. (2006), *Punire i poveri. Il nuovo governo dell'insicurezza sociale*, Roma, Derive Approdi.
- Weick, K. (1997), *Senso e significato nell'organizzazione*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Wilkinson, R.G. (1996), *Unhealthy Societies. The affliction of inequality*, London, Routledge.

Appendice

TRACCIA INTERVISTA

RIFORMA SANITARIA

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

ASSETTO ORGANIZZATIVO

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

TURN-OVER

- Una delle argomentazioni maggiormente sottolineate da coloro che si opponevano alla riforma era il rischio che i “vecchi” dipendenti dell'Amministrazione penitenziaria subissero un declassamento con l'inquadramento nei ruoli della A.s.l.. Che cosa è avvenuto al riguardo? Quale ruolo ricoprono ad oggi i “vecchi” operatori sanitari?
- Com'è organizzata la turnazione all'interno dell'istituto?

- Accanto ai vecchi dipendenti dell'Amministrazione penitenziaria esistono e in che misura ulteriori dipendenti della A.s.l. che svolgono mansioni all'interno del carcere?

EVENTUALE SPECIFICITÀ DEGLI INTERVENTI INTRAMURARI

- Il contesto carcerario presenta dei caratteri di specificità. Crede che sia necessario acquisire ulteriori e nuove competenze da parte di chi non ha mai esercitato tale professione, o che le pratiche, le esperienze e i moduli praticati all'esterno siano spendibili anche all'interno del contesto carcerario?
- Sono stati organizzati ad esempio dei corsi di aggiornamento *ad hoc* oppure è prevalso uno scambio di esperienze professionali tra vecchi e nuovi?
- Gli esperti del settore sottolineano un atteggiamento di c.d. “sanitarizzazione” dei problemi intramurari tanto da parte dei detenuti, quanto da parte dell'amministrazione penitenziaria. Quanto questo aspetto, strettamente connesso con esigenze gestionali del carcere, si ripercuote sul lavoro degli operatori sanitari?
- Esistono delle differenze d'interpretazione del proprio ruolo professionale tra “vecchi” e “nuovi”? Penso ad esempio alle modalità di recepire le numerose richieste di carattere sanitario provenienti dai detenuti, ai ricoveri ospedalieri esterni, agli episodi di simulazione.

SALUTE E DETENZIONE

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

SOVRAFFOLLAMENTO

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

DISAGIO MENTALE E TOSSICODIPENDENZE

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

STRANIERI IN CARCERE

- Sempre fra le linee guida è stabilita la necessità di rivolgere particolare attenzione programmatica per quanto riguarda gli interventi rivolti alla tutela della salute della popolazione straniera. Numerosi nodi critici infatti, quali la comunicazione medico-paziente, la necessità di competenze in materia di bisogni specifici dei migranti, la scarsità di aiuti esterni e la scarsità di mediatori culturali, rendono complessa la salvaguardia del benessere del paziente. Sotto questo punto di vista, cosa pensa sia già stato fatto e cosa pensa si debba ancora fare?
- All'interno delle Aa.ss.ll. sono già stati sperimentati degli interventi specificatamente direzionati nei confronti della popolazione straniera? Se sì, pensa che siano applicabili anche al contesto carcerario?