

Carlotta Cherchi (Università degli Studi di Sassari – Università degli Studi di Bologna)

L'IPPOCRATE INCARCERATO. RIFLESSIONI SU CARCERE E SALUTE

1. Introduzione. – 2. Il corpo nel tempo e nello spazio della prigione. – 3. Il disagio sensoriale e psichico causato dalla detenzione. – 4. Salute e marginalità. – 5. Conclusioni.

1. Introduzione

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 appropriate¹.

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 Settanta, 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

Studi sulla questione criminale, XII, n. 3, 2017, pp. 79-100

¹ Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), firmata a Nuova York il 22 luglio 1946 e approvata dall'Assemblea Federale il 19 dicembre 1946.

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.

Per quanto encomiabili, tali definizioni non consentono di comprendere – e in tal modo esplicitare – come la salute si articoli nella realtà fattuale. La salute è in effetti un concetto complesso di cui appare difficile offrire, al di là delle produzioni più strettamente normative, una definizione unitaria. Le sue variegate articolazioni vengono spesso ridefinite a seconda dei momenti storici e dei contesti di riferimento. In tal senso H. G. Gadamer (L. Baccaro, 2003, 3) scrive:

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

Tale difficoltà esplicativa sembra acuirsi tutte le volte in cui ci si approccia al tema della salute della popolazione detenuta. Parlare di salute in carcere appare piuttosto problematico. Occorre innanzitutto cimentarsi per comprendere lo stretto rapporto esistente tra il soggetto e l'ambiente e tra le varie istanze istituzionali che si intersecano nel contesto carcerario (L. Baccaro, 2003). Occorre altresì intendere lo stato di benessere dei detenuti, non solo in termini emergenziali, come cura del momento e del bisogno, ma piuttosto come diritto concretamente ed estensivamente esercitabile da parte dei titolari.

In tal senso appare inevitabile ragionare sulla contraddittorietà dei processi all'interno dei quali si può effettivamente raggiungere una piena realizzazione della salute. In effetti, tra la volontà di garantire la salute quale mera assenza di alterazioni fisiche o psichiche, e la volontà di mobilitarsi affinché attraverso la salute si raggiunga un pieno stato di benessere individuale e sociale, che sia rispettoso dei desideri, dei progetti e degli obiettivi di realizzazione ed emancipazione di ciascun individuo, si apre un enorme divario. E tale divario, seppur rilevante anche nel contesto extramurario, aumenta ancor di più, purtroppo propendendo verso la prima soluzione, tutte le volte in cui ci si riferisce alla salute dei soggetti detenuti.

Tenterò dapprima di analizzare, senza pretese di esaustività, il ruolo che carcere e pena rivestono nella definizione dello stato di benessere dei dete-

nuti. La salute in carcere è indissolubilmente legata alla pena e agli effetti pregiudizievoli che la stessa è in grado di produrre sulla dimensione fisica e psicologica dell'individuo. Sanità e pena agiscono simultaneamente sullo stesso individuo in una costante tensione dagli esiti spesso paradossali: il detenuto dovrà infatti preservare il suo stato di benessere quel tanto che basta perché la pena gli venga inflitta. Tuttavia, assumendo il punto di vista di colui che effettivamente subisce la detenzione, non può non evidenziarsi che subire la pena e quindi ipotizzare che la stessa sia almeno materialmente efficace significherà anche incidere sull'individuo nella sua interezza riducendone progressivamente lo stato di benessere.

Proseguirò poi indagando le caratteristiche sanitarie della popolazione detenuta, con specifico riferimento alle patologie sovra-rappresentate e al ruolo che la marginalità sociale e culturale riveste nella costruzione del quadro sanitario. In Italia attualmente non esiste 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 (R. De Maria, 2015). Per provare a definire le caratteristiche sanitarie della popolazione detenuta mi baserò 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 penitenziari².

Proverò altresì a far comunicare tali dati, unitamente alla letteratura sul tema, con quanto emerso da un ricerca di carattere empirico, basata principalmente su interviste semi-strutturate, condotta in occasione della redazione della tesi di laurea magistrale³. Le interviste sono state condotte con diversi operatori sanitari – in particolare medici, infermieri, coordinatori infermieristici e responsabili di programma⁴ – che a vario titolo svolgono le loro mansioni in alcuni istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna⁵.

² Più specificatamente il progetto esecutivo intitolato “Lo stato di salute dei detenuti degli istituti penitenziari di sei 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 due anni ed ha visto il coinvolgimento di sei regioni italiane (Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria, ASL Salerno).

³ Nello specifico la tesi di laurea magistrale aveva ad oggetto un’analisi di carattere empirico sullo stato di implementazione della Riforma attuata con il D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230, con la quale è stato sancito il passaggio di competenze in materia di sanità penitenziaria dal ministero di Grazia e Giustizia al ministero della Sanità.

⁴ I coordinatori infermieristici e i responsabili di programma (altrimenti definiti direttori sanitari) sono figure professionali individuate dalla nuova disciplina e collocate in posizioni apicali all’interno della sanità penitenziaria. Si occupano di questioni più strettamente logistiche e amministrative e garantiscono un costante raccordo con la realtà ospedaliera esterna.

⁵ A livello metodologico si è adottata l’intervista quale strumento d’indagine privilegiato. Le

Ritengo, infatti, che in materia di sanità penitenziaria, quantomeno con riferimento all'oggetto specifico qui trattato, esistano delle variabili ricorrenti, non scalfite dalle consuete differenziazioni territoriali e dall'importanza rivestita dall'assetto specifico di ogni istituto, o di quel che è stato altrimenti definito “individualismo penitenziario” (P. Buffa, 2013).

2. Il corpo nel tempo e nello spazio della prigione

Il carcere è ancora oggi una pena corporale. Come sostiene M. Pavarini (in E. Gallo, V. Ruggiero, 1989, 2): «dire che il carcere è il luogo o lo strumento per patire il dolore della sola perdita della libertà è mentire o prestare fede alle bugie dei giuristi». Per quanto la spettacolarizzazione dei supplizi sia venuta meno, la detenzione continua a caratterizzarsi come sofferenza legale idonea a produrre malattia. Riprendendo M. Foucault (1975, 79):

laddove il corpo marchiato, squarciato, bruciato annientato del suppliziato è scomparso, è apparso il corpo del prigioniero, doppiato dell’individualità del “delinquente”, della piccola anima del criminale che l’apparato stesso del castigo, ha fabbricato come punto di applicazione del potere di punire.

Oggi, come prima, è pertanto necessario riflettere sul rapporto tra corpo e potere, o meglio, tra persona privata della libertà e realtà penale. Il corpo inquisito è trasformato dall’attività dei mezzi di comunicazione di massa in simbolo della devianza, incarnazione del reato commesso le cui conseguenze dovrebbero, da una parte, allontanare gli altri consociati dall’adottare comportamenti equivalenti e, dall’altra, collaborare a diffondere un senso di

interviste sono state condotte negli ultimi sei mesi dell’anno 2013 e, più nello specifico, hanno interessato: quattro medici incaricati, un ex medico penitenziario, tre infermieri, cinque responsabili di programma e una coordinatrice infermieristica. Una volta valutate le ipotesi e gli obiettivi iniziali, la complessità della ricerca che intendeva condurre e il contesto specifico di riferimento, ho scelto di costruire un’intervista semi-strutturata, con domande predisposte per aree tematiche, ma non rigidamente scandite, e comunque adeguate per garantire un reciproco coinvolgimento tra intervistato e intervistatore. L’intervista è stata suddivisa in tre sezioni, rispettivamente: “la riforma sanitaria”, “eventuale specificità degli interventi intramurari” e “salute e detenzione”. Le prime domande sono state predisposte al fine di 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 mi sono concentrata 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 hanno avuto ad oggetto le patologie sovrappresentate nel contesto carcerario. In questa sede specifica attenzione è stata 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.

insicurezza sociale funzionale al mantenimento del sistema penale. I mezzi di comunicazione di massa si trasformano in *imprenditori morali*, capaci di comunicare e trasmettere un senso di insicurezza ad un numero ampio di persone, ma anche di alimentare questo sentimento e, non da ultimo, di crearlo.

I mass media, secondo Alessandro Dal Lago (1999), rappresentano una vera e propria *macchina della paura*, i cui ingranaggi incidono irrimediabilmente sulla coscienza sociale. Tale capacità di orientamento e di definizione, sempre secondo l'autore, dipende da alcuni fattori strategici. Innanzitutto dall'accordo instaurato tra gli attori sociali impegnati, a qualsiasi titolo, nella produzione di definizioni. In secondo luogo dalla possibilità accordata agli stessi di definire determinate situazioni, ed infine dalla capacità di trasformare l'allarmismo della situazione così ridefinita in pericolo oggettivo. Le stesse caratteristiche possono essere applicate al rito penale. In ogni caso si tratta di un processo di comunicazione sociale, in cui alla persona prossima alla detenzione sono accordate limitate capacità d'intervento, così come è circoscritta la rilevanza riconosciuta all'immagine di sé, alla propria identità e alle ragioni che hanno dettato un determinato comportamento. Ciò che ci viene restituito da parte dell'Istituzione è un uomo vuoto, un simbolo, un simulacro, al quale vengono spesso riconosciute limitate possibilità di comunicare.

Terminato l'atto pubblico del processo e terminata la costruzione di un forte allarmismo sociale, l'uomo internato perde visibilità. Tuttavia per il sistema penale la rilevanza del deviante è ancora alta. È proprio a partire dal momento dell'internamento che la sofferenza legale inizia a produrre i suoi effetti. La detenzione, si ribadisce, si caratterizza ancora per la sua natura afflittiva (M. Pavarini, 1996); è volutamente inflitta, a livello funzionale, per far soffrire l'anima e, secondo i criteri di legittimazione, per emendarla. Coerente con questa impostazione è il passaggio prospettato da E. Gallo e V. Ruggiero (1989), dal Panopticon al carcere piranesiano.

Il Panopticon di Bentham, assunto da Foucault come archetipo del modello disciplinare (S. Anastasia, 2013), è un modello architettonico adottato dalla maggior parte delle prigioni tra gli anni Trenta e Quaranta del XIX secolo. Questo modello si caratterizza per un gioco di luci e vetri che non consentono al detenuto di capire quando viene sorvegliato. L'obiettivo è far sì che la sorveglianza sia permanente nei suoi effetti, piuttosto che nella pratica. I detenuti in tal modo dovrebbero interiorizzare la norma e farsi portatori essi stessi del meccanismo della sorveglianza. Il Panopticon è «il modo più diretto di tradurre nella pietra l'intelligenza della disciplina; di rendere l'architettura trasparente alla gestione del potere; di permettere che alla forza e alle costrizioni violente sia sostituita la dolce efficacia di una sorveglianza senza pecche» (M. Foucault, 1975, 273).

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

Dal carcere materiale si passa al *carcere immateriale*, nel quale la dimensione temporale e la sua percepita estensione rendono la pena una sofferenza senza fine. È il tempo ad essere centrale. Gallo e Ruggiero sostengono che la sicurezza, le norme interne, l'ordine carcerario devono necessariamente trasformarsi in scansione dei giorni e in una rigida autodisciplina, attraverso la quale il detenuto si autogestisce durante la reclusione. «Al detenuto è chiesto di farsi regola esso stesso, regola di se stesso e contro se stesso» (E. Gallo, V. Ruggiero, 1989, 8). Il tempo indefinito in uno spazio limitato è il primo elemento ad incidere irrimediabilmente sullo stato di salute del soggetto detenuto. È un tempo che crea un profondo stato di solitudine in un ambiente forzatamente rumoroso.

Tra il vociare dei detenuti, il suono della radio, il rumore delle chiavi e il trambusto della televisione, la comunicazione spesso si svuota e il detenuto può veder diminuita la capacità di attribuire un significato costruttivo alla relazione con l'esterno. È un tempo vuoto e rumoroso, il cui scorrere lentamente non è in alcun modo controllabile. Le parole di alcuni soggetti da me intervistati confermano questa prospettiva analitica:

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

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

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

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

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

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

Tuttavia nessuno riconosce che tale fattore possa incidere sulle proposte di cura rivolte ai pazienti. Ciò appare contestabile, quantomeno se si ritiene che le prestazioni sanitarie non si limitino a meri supporti farmacologici. I detenuti sono mutilati, tanto nelle possibilità di movimento, quanto nelle possibilità di occupare il tempo con attività che li rendano mentalmente attivi. Si tratta di una condizione fisica e psichica forzata, in cui l'intreccio tra l'elemento temporale e l'elemento spaziale, allontana la realtà carceraria anche dal più esteso concetto di normalità.

Il detenuto, secondo Gallo e Ruggiero (1989), è cosciente che l'immobilità fisica e mentale causa una progressiva regressione della sua personalità. Ritengo, tuttavia, che tale conseguenza non sia genericamente affermabile se solo si considera l'individualità delle singole esperienze detentive, che possono differenziarsi per durata, regime applicato e soprattutto per le capacità di resistenza del singolo. Maggiormente diffusa è la consapevolezza che per sopravvivere è necessario mantenere uno stretto legame di dipendenza con l'Istituzione carceraria e con i meccanismi di burocratizzazione che caratterizzano la stessa. Forse questo è l'aspetto più umiliante dell'esperienza detentiva: il detenuto è costretto ad utilizzare proprio quegli stessi servizi che sono causa primaria della sua menomazione.

Tempo, spazio e fittizia comunicazione con l'Istituzione carceraria sono i primi elementi ad incidere irrimediabilmente sul corpo dei detenuti. Sempre secondo Gallo e Ruggero, i detenuti possono reagire a questa menomazione principalmente attraverso l'adozione di due contrapposti comportamenti: quello aggressivo e quello depressivo. Può trattarsi insomma di un'esplosione o di un'implosione nervosa (L. Baccaro, 2003). Tuttavia, a mio avviso, non è possibile leggere una così netta separazione tra le due reazioni, essendo spesso incrociate, o quantomeno alternate durante il periodo detentivo.

L'implosione può sfociare in atti di autolesionismo, ma le cause che spingono alla menomazione volontaria del corpo possono essere le più disparate. In tal senso appare centrale decifrare il significato attribuito dal detenuto alla sua azione. L'autolesionismo può essere dettato da una psicosi o nevrosi

carceraria; può essere un atto di protesta nei confronti dell'amministrazione penitenziaria e dell'autorità giudiziaria, finalizzato a ripristinare una comunicazione con gli attori istituzionali; può rispondere alla ragionata volontà di ottenere dei benefici penitenziari; e infine può essere finalizzato a rimodulare l'individualità del detenuto in base al contesto di cui fa parte. Secondo alcuni intervistati:

L'autolesionismo può rappresentare un fattore culturale (medico incaricato).

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

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

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

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

I gesti di auto-menomazione possono alternarsi a scioperi della fame, ingestione di corpi estranei e ricerca di uno stato di stordimento farmacologico. Dilatazione e svuotamento del tempo, vincolatività dello spazio e assenza di una reale comunicazione con l'Istituzione sono i primi fattori ad incidere sul corpo e sulla mente del detenuto. Nel prossimo paragrafo cercherò di analizzare le conseguenze che le condizioni strutturali della realtà penitenziaria comportano nella ridefinizione dello stato di salute della popolazione detenuta e tenterò poi di addentrarmi nella definizione delle caratteristiche sanitarie della stessa.

3. Il disagio sensoriale e psichico causato dalla detenzione

D. Gonin (1994), su proposta del Consiglio di ricerca del ministero della Giustizia, ha condotto una ricerca sulle condizioni di salute in carcere. Obiettivo della ricerca è realizzare un'approfondita analisi delle relazioni che esistono, 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 se 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 affine ai reclusi, ma in stato di libertà. Il primo risultato che emerge è una progressiva trasformazione dei sensi. Nel momento in cui si entra in prigione si modificano, con minore o maggiore intensità, i riferimenti spaziali e temporali e ciò provoca nella persona un forte senso di vertigine. Questo disagio non diminuisce con l'assuefazione al contesto carcerario, ma rimane stabile e produce diverse modificazioni sensoriali. L'olfatto viene modificato e progressivamente perso, o quantomeno diminuito, già dai primi giorni di detenzione.

La prigione è innanzitutto un odore. È questo odore che urta le narici di chi entra, questo odore composito, greve, che ristagna e impregna. Un odore che rende tutto uniforme, talmente invadente da diventare irrespirabile, per cui l'unica soluzione per tollerarlo è amputarsi l'olfatto (D. Gonin, 1994, 78).

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 altamente cacofonico è la perdita dell'udito. Infine, anche il tatto subisce delle modificazioni. Gonin racconta di un detenuto che chiede costantemente del cotone e delle garze. Alla domanda degli operatori sul perché di questa richiesta, il ragazzo risponde «con questi posso conservare il tatto» (*ivi*, 84). Emerge la necessità dei detenuti di preservare una gamma tattile che consenta alla pelle di rilevare gli eventi esterni.

Sempre a livello sensoriale, un altro elemento che emerge dalla ricerca della équipe francese è la costante sensazione di freddo, anche durante i mesi più caldi. I ricercatori sostengono che questo dato sia in parte dettato dalla fatiscenza delle strutture, dai muri di cemento armato e dalla scarso riscaldamento dell'ambiente. Tuttavia alcuni proseguono sostenendo che si tratti di una sensazione aggressiva che proviene dall'interno dell'uomo, e che è completamente dissociata dal caldo. Viene raccontato di un detenuto che durante una seduta di psicoterapia si domanda la causa di questa sensazione che non lo abbandona mai. A tale domanda un altro detenuto risponde «fai l'idiota o cosa? Tu hai i piedi nella tomba amico mio. Tutto il mondo ti crede morto!» (*ivi*, 88).

Fin dal primo momento in cui la persona attraversa le mura dell'istituto la sua salute ne risente irrimediabilmente, e l'assenza di riferimenti temporali e spaziali può comportare una progressiva perdita delle capacità sensoriali elementari. Anche secondo la prospettiva dei soggetti da me intervistati, il contesto e l'organizzazione detentiva sembrano rivestire un'enorme rilevanza in termini sanitari:

Le condizioni di contesto non sono condizioni sane. Gli agenti e i detenuti fumano in spazi chiusi, nonostante una legge nazionale lo vietи in tutti i locali pubblici. C'è un forte inquinamento acustico, c'è scarsa luminosità. Sull'alimentazione bisogna stendere un velo pietoso, e c'è il cemento armato che d'inverno è una spugna e d'estate rilascia calore (responsabile di programma).

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

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

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

La struttura e l'organizzazione della prigione, se non sempre idonee a provo-
care il sopravvenire di patologie acute, possono creare nella persona un forte
*distress*⁶ (R. De Maria, 2015). Ogni elemento dell'organizzazione carceraria

⁶ L'autrice sottolinea la più recente interpretazione del termine stress nell'alveo della psicologia

è dunque potenzialmente patogeno per il detenuto, tanto a livello sensoriale, quanto nella dimensione più strettamente psichica.

È proprio il disagio psichico a rappresentare la vera emergenza degli istituti penitenziari italiani. Il carcere, quando non è esso stesso causa prima del disturbo, si manifesta all'esterno come contenitore di un dilagante disagio mentale, e come "fotografia" di una crescente marginalità sociale costituita da migranti, prostitute, tossicodipendenti, *homeless*, alcolisti e nomadi. L'Organizzazione mondiale della sanità ritiene che in carcere i disturbi psichici si manifestano con maggiore incidenza rispetto all'esterno. Secondo uno studio realizzato in Inghilterra (OMS, 2014, 88), 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 nello studio risulta affetto da almeno una patologia psichiatrica (CCM, 2015, 76). Ritengo che lo scarto tra le percentuali citate negli studi sopra menzionati possa essere ricondotto alla valorizzazione di indici più o meno estesi. L'indagine condotta dall'OMS, in effetti, rileva un'ampiezza di 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 inoltre non evidenziarsi, come lucidamente ipotizzato anni prima che venisse disposta l'abolizione gli OPG (S. Verde, 2011), la possibilità di un aumento dell'incidenza di tali disturbi connessa alla recente chiusura degli stessi e alle problematiche connesse all'introduzione delle REMS, soprattutto in termini di posti disponibili e di conseguenti liste di attesa (M. Miravalle, 2017).

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

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

I disturbi psichici che stanno alla base di comportamenti abnormi e socialmente pericolosi sono spesso espressi da disturbi della personalità (L. Bac-

e delle scienze del comportamento, inteso come sollecitazione o tensione che, qualora sia declinato in termini negativi, impone l'utilizzo del termine *distress*.

caro, 2003). Questi sono presenti in carcere in modo significativo, e sovente determinano esplosioni di aggressività. In Italia, per quanto riguarda il disagio mentale, sono stati individuati sei livelli che interagiscono e spesso si sovrappongono (*ivi*):

- psicotico: la capacità di intendere e di volere è compromessa e la richiesta di cura è bassa;
- parapsicotico: è il campo più frequente nel contesto carcerario. Vi confluiscono tutte le forme psicopatologiche di tipo comportamentale e le diagnosi di confine. La capacità d'intendere e di volere è fortemente compromessa e la richiesta di cura è alta;
- psicosomatico: in questa categoria sono ricompresi soggetti con disturbi precedenti rispetto alla detenzione, soggetti il cui disturbo è dettato dalla detenzione, e soggetti con crisi psichiche acute, passibili di sviluppo cronico. In questi soggetti è preservata la capacità di intendere, ma non quella di volere;
- nevrotico: è il campo meno presente, se si intendono solo i disturbi strutturati, mentre sono rappresentate le manifestazioni nevrotiche, i disturbi d'ansia e i disturbi dissociativi. La capacità d'intendere e di volere è in parte integra;
- tossicomano: la tossicodipendenza in questo caso è tale da prevalere sulle capacità d'intendere e di volere della persona;
- reattivo: comprende quei soggetti caratterizzati da un acuto disordine nelle capacità relazionali e nelle capacità di adattamento. La capacità d'intendere e di volere in questi detenuti è soggetta a rapido declino.

L'interazione tra questi diversi campi è estremamente complessa e richiederebbe un intervento cucito sulle singole situazioni. Più in generale, l'incidenza di disagi psichici richiederebbe l'espletamento di adeguate attività di monitoraggio e prevenzione, allo stato non ancora assunte come pratica prevalente da parte degli operatori sanitari. Una delle risposte più immediate per la gestione del disagio psichico è in effetti rappresentata dalla somministrazione di farmaci. Secondo un'indagine di Antigone, associazione che si occupa di monitorare le condizioni detentive sul territorio italiano, gli psicofarmaci sono la categoria di farmaci maggiormente somministrata. I farmaci del sistema nervoso rappresentano, nell'anno 2005 e in relazione al carcere di Bologna, il 49,21% dei farmaci acquistati e il 43,33% di quelli consumati (L. Astarita, 2007).

Queste alte percentuali non rispondono all'incidenza delle patologie psichiatriche che, seppur presenti in maniera rilevante, non sono quelle maggiormente diffuse nella realtà carceraria. Qual è, allora, la spiegazione di un così ampio utilizzo di psicofarmaci anche nei confronti di individui a cui non è stata certificata alcuna patologia? Alcuni degli intervistati sottolineano la rilevanza della forzata immobilità fisica e mentale. Altri ritengono che siano determinanti, da una parte, il contesto ambientale e, dall'altra, il progressivo

aumento – comunque non declinato criticamente – di detenuti affetti da disturbi di carattere psichiatrico.

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

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

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

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

Quel che accomuna tutti i punti di vista sopra richiamati è la necessità di far fronte alle condizioni di contesto e alla sofferenza che generano. Tuttavia, nonostante tutti sembrino riconoscere 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 I. 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 ad un calo dell'incidenza delle patologie psichiatriche all'interno del carcere.

4. Salute e marginalità

Oltre ai sintomi di carattere più strettamente sensoriale e al disagio psichico indotto o acuito dalla reclusione, in carcere esistono delle patologie sovrappresentate. Come riportato da un medico incaricato:

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

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 le esofagiti, gastriti, ulceri gastro-duodenali, malattie epatiche e cirrosi. Secondo i soggetti da me intervistati:

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

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 che in carcere non sono sovrappresentati 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.

Ritengo 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. Esiste tuttavia chi si muove in un'ottica di prevenzione informale.

Ho fatto una riunione con le infermiere in cui si discuteva delle spese per i materiali, e soprattutto per i guanti. Io ho chiesto loro di non dare più i guanti, né ai detenuti, né

all'amministrazione penitenziaria. Una collega mi ha detto che lei avrebbe continuato a distribuire i guanti fra i detenuti. Le ho chiesto il perché, e lei mi ha spiegato che li usano come profilattici. I profilattici non puoi distribuirli, e i guanti rappresentano l'unica alternativa autorizzata (coordinatrice infermieristica).

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

I brani appena riportati, a mio 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. Tuttavia intendo precisare che tali forme di resistenza, per quanto frequenti, non rappresentino l'unico schema d'azione praticato. In effetti, dato che non sembra essere scalfito dalle modifiche apportate dalla Riforma, le stesse necessitano di essere interpretate all'interno di una più ampia cornice in cui il personale sanitario, come rilevabile nelle modalità di trattamento del disagio psichico, non solo si mostra connivente con la cultura securitaria propria dell'amministrazione penitenziaria, ma rischia altresì di abbracciarne e riprodurne le pratiche.

Il quadro clinico del contesto carcerario è molto variegato, ma le patologie sinora menzionate risultano fortemente sovrarappresentate rispetto alla popolazione libera. Un altro dato che emerge di frequente è che questi disturbi interessano soggetti con un'età molto meno avanzata rispetto alla popolazione esterna. Si tratta di persone provenienti da gravi condizioni di deprivazione materiale e sociale (M. Marmot, 2004), che spesso hanno il primo contatto con i servizi sanitari all'interno dell'Istituzione carceraria.

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 (ex medico penitenziario).

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

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

Le condizioni di salute dei detenuti stranieri sembrano più gravi rispetto a quelle della popolazione autoctona. In effetti, nonostante le patologie sovrappresentate, come per i detenuti italiani, siano quelle psichiche, dentalie, dermatologiche e infettive, ritengo 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, incida con modalità graduabili sull'equilibrio psico-fisico di ciascun individuo, credo di poter ipotizzare che, nel prosieguo della detenzione, l'assenza di reti di supporto possa ulteriormente aggravare le condizioni di salute. 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. 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 riconosciuta nessuna specificità agli interventi predisposti nei confronti dei detenuti migranti.

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

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

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 (coordinatrice infermieristica).

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

Quel che pertanto sinora rileva, come chiarito nei brani riportati, al di là di un servizio di assistenza clinica che sembra essere garantita in maniera del tutto paritaria rispetto ai detenuti autoctoni, sono le capacità comunicative e le esperienze del singolo operatore nel decifrare quanto gli viene prospettato.

Il corpo è uno strumento per comunicare con l'esterno, per essere nell'esterno. È la nostra manifestazione di stare nel e con il mondo. Il corpo del migrante è un corpo di costante conflitto e di costanti violenze e tensioni riprodotte dagli attori sociali. È un corpo impossibilitato ad esprimersi in un mondo che gli è spesso ostile. In tal senso una delle forme per manifestarsi risiede nella possibilità di ledersi, menomarsi, degradarsi. Ma, anche in questi casi, la comunicazione sociale fallisce per le frettolose semplificazioni dei destinatari della stessa.

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

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

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

Nei brani sopra riportati il richiamo al fattore culturale sembra imporsi come dominante. 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 (E. Goffman, 1963). In effetti, nonostante le buone intenzioni degli intervistati, quel che spicca dalle loro parole è una sostanziale incapacità di aprirsi ad una comunicazione i cui elementi possono essere rimodulati dagli attori che vi partecipano. Riprendendo D. Fassin⁷ (2000, 6):

⁷ «Au fond, il s'agit de considérer que la santé des immigrés n'existe pas en soi, inscrite en quelque sorte dans des gènes, des microbes ou des processus psychiques, mais qu'elle existe dans

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

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

5. Conclusioni

Le caratteristiche delle popolazione detenuta, preesistenti alla carcerazione e acute se non addirittura innescate dalla stessa, unitamente alla funzione attuale del carcere quale contenitore di una dilagante marginalità sociale, impongono la necessità di ricalibrare le definizioni sinora offerte del concetto di salute. Il detenuto è necessario che sia sano per essere considerato responsabile secondo i principi del diritto penale, ma dev'essere anche sufficientemente malato, *Altro*, perché possa giustificarsi la cura della pena. Quest'ultima agirà sulla componente sana cercando di rendere il soggetto consapevole e cosciente dell'errore commesso; ma agirà anche sulla componente malata attraverso l'esplicarsi della sua presunta valenza rieducativa. È in questo costante processo di alternanza tra salute, pena e malattia che si concretizza l'essenza del fenomeno carcerario. Ma si tratta di un processo che esplica i suoi effetti sull'individuo il quale dovrà essere in grado di recepirli.

In questo senso perché un soggetto detenuto possa essere considerato sano è sufficiente che non sia affetto da malattie concomitate, gravi patolo-

la relation qui est historiquement construite par des acteurs sociaux. Deux enjeux paraissent à cet égard particulièrement significatifs: la construction de la différence en termes de culture dans les institutions médicales et sanitaires; le développement de la citoyenneté sociale autour du corps et de la maladie».

gie, disturbi cronici e che non ponga in essere comportamenti antisociali⁸. Qualora siano presenti stati patologici, questi verranno gestiti con attività di routine affinché non degenerino in esiti drammatici. Da un punto di vista più strettamente psicologico, quel che sembra assumere valenza è la capacità di adattamento del soggetto (E. Goffman, 1961), e la sua attitudine a recepire diligentemente le istanze istituzionali. Si tratta insomma di un diritto la cui titolarità risiede nel fruire di un servizio che effettivamente viene garantito, ma le cui finalità ultime risiedono nella possibilità di mantenere un accettabile stato di salute fisica, e nel sostenere le capacità di adattamento del detenuto al disagio mentale indotto dalla reclusione (M. Gobbi, 2012). Per cui se si ammette che il contenuto del diritto alla salute risiede nelle capacità individuali del soggetto di esistere e resistere all'ambiente, al fine di mantenersi fisicamente e mentalmente indenne, d'altra parte risulta spontaneo domandarsi perché le istituzioni continuano a muoversi per rimodulare il sistema sanitario penitenziario senza tuttavia incidere sui fattori strutturali che rendono il diritto alla salute degradato, ridotto ai minimi termini.

La Riforma attuata con il D.Lgs. 230/1999, 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 e possiede un indubbio valore simbolico nel sancire una formale distinzione tra area sanitaria e area custodiale (G. Starnini, 2009; B. Brunetti, 2007). Tuttavia, ritengo che interventi di carattere gestionale e organizzativo, peraltro sprovvisti degli investimenti di risorse necessarie per una loro effettiva implementazione (M. Caredda, 2015; L. Forni, 2015), non siano sufficienti per penetrare il carcere in tutte le sue variegate articolazioni.

Il carcere si configura ancora come “aspiratore sociale” di soggetti con scarse risorse materiali. Tale penuria secondo M. Marmot (2004, in M. Esposito, 2007), padre dell’epidemiologia sociale, espone i soggetti ad un maggiore rischio di contrarre malattie, anche di carattere infettivo, e una minore capacità di resistere alle stesse. L’autore afferma che:

lungo il percorso della metropolitana che attraversa Washington DC 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

⁸ Questi elementi degradati del benessere possono essere ascritti anche ai soggetti liberi, soprattutto in momenti di arretramento delle prestazioni sociali. Tuttavia i cittadini liberi, rispetto ai detenuti, godono di una maggiore possibilità di autodeterminazione rispetto alla loro condizione di benessere, che può prescindere in tutto o in parte dall’intervento istituzionale.

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.

L'ambiente sociale influisce sui processi psicologici, che a loro volta incidono sui processi biologici. La povertà materiale e sociale rende l'individuo più esposto a patologie, anche di carattere cronico. E lo stesso individuo sarà soggetto privilegiato del sistema penale. In questo senso ritengo che per incidere sul diritto alla salute della popolazione detenuta, cercando di ricondurlo in un più ampio discorso di salute pubblica e consentendo che si manifesti nella sua effettività, sia innanzitutto necessario incidere all'esterno della realtà penitenziaria rimodulando i deficit strutturali attraverso i quali si verifica un perverso scambio di "utenti" tra carcere e territorio. Modificare il carcere significa innanzitutto analizzare le funzioni che la società e il mercato gli attribuiscono, individuare i profili soggettivi delle categorie prescelte dal diritto penale, i reati con maggiore incidenza e, non ultimi, gli effetti fisici, psichici e sociali della detenzione. Ma perché ciò avvenga è necessario evitare di ricondurre ogni responsabilità nella fase finale di un processo di criminalizzazione molto più articolato, in cui partecipano diversi attori sociali e non solo quelli che da ultimo si occupano di gestire l'organizzazione carceraria. Come sostiene Pavarini, regolamentare la realtà penitenziaria nelle sue articolazioni, compresa quella sanitaria, significa innanzitutto accettare la possibilità di liberarsi del carcere. Questo, nella sua visione, era il fine ultimo a cui nessuno avrebbe potuto rinunciare.

Riferimenti bibliografici

- ANASTASIA Stefano (2013), *Metamorfosi penitenziarie. Carcere, pena e mutamento sociale*, Ediesse, Roma.
- ASSOCIAZIONE ANTIGONE, a cura di (2011), *Le prigioni malate. Ottavo rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione in Italia*, Edizioni dell'Asino, Roma.
- ASTARITA Laura (2007), *Le modalità dell'assistenza psichiatrica nel carcere di Bologna*, in "Antigone. Quadrimestrale di critica al sistema penale e penitenziario", II, 1, pp. 91-103.
- BACCARO Laura (2003), *Carcere e salute*, Edizioni Sapere, Padova.
- BACCARO Laura (2007), *Riflessioni su carcere e salute: quando parlare di salute è parlare di libertà*, in ESPOSITO Maurizio, a cura di, *Malati in carcere*, Franco Angeli, Milano.
- BACCARO Laura, MORELLI F. (2009), *Morire di carcere*, in "Criminalia".
- BRUNETTI Bruna (2007), *L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario*, in ESPOSITO Maurizio, a cura di, *Malati in carcere*, Franco Angeli, Milano.
- BRUNETTI Bruna, STARNINI G. (2002), *La tutela della salute dei detenuti. Scenari collaborativi tra il sistema sanitario nazionale e il sistema sanitario penitenziari*, in www.ristretti.it.
- BUFFA Pietro (2013), *Prigioni. Amministrare la sofferenza*, Gruppo Abele, Torino.

- CAREDDA Marta (2015), *La salute e il carcere. Alcune riflessioni sulle risposte ai bisogni di salute della popolazione detenuta*, in “www.costituzionalismo.it”, 4.
- CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE – CCM (2015), *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*.
- CERAUDO F. (1997), *La pena e la salute in carcere alla ricerca di un sostanziale equilibrio*, Archimedia, Pisa.
- CERSOSIMO Giuseppina, RAUTY Raffaele Nicola Maria (2000), *Riflessioni sul controllo sociale: dalla normalità della devianza alla normalità della malattia*, in “Kéiron”, 5, pp. 128-39.
- DAL LAGO Alessandro (1999), *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano.
- DE MARIA Ranieri (2015), *“Istituzione totale”, carcere e salute. Il detenuto come “disabile sociale”*, in “Rivista trimestrale di scienze dell'amministrazione”, 4.
- ESPOSITO Maurizio, a cura di (2007), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano.
- FASSIN Didier (2000), *Repenser les enjeux de santé autor de l'immigration*, in “Hommes et Migrations”, 1225, pp. 6-12.
- FILIPPI Simona, SANTORO Gennaro (2007), *Il diritto alla salute in carcere*, in “Antigone. Quadrimestrale di critica al sistema penale e penitenziario”, II, 1.
- FOUCAULT Michael (1975), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino.
- FORNI Lorena (2015), *Il modello italiano per la salute, tra crisi economica, scarsità delle risorse e crisi dei diritti. Un'analisi teorico-giuridica*, in “Rivista trimestrale di scienze dell'amministrazione”, 4.
- GALLO Ermanno, RUGGIERO Vincenzo (1989), *Il carcere immateriale*, Edizione Sonda, Milano.
- GOBBI Maura (2012), *La salute detenuta: tra diritto e sicurezza. Un'indagine nella casa circondariale di Rimini*, Bologna, Università degli Studi di Bologna, in www.amsdottorato.unibo.it/.
- GOFFMAN Erving (1961), *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.
- GOFFMAN Erving (1963), *Stigma. L'identità negata*, Laterza, Bari.
- GONIN Daniel (1994), *Il corpo incarcerato*, Gruppo Abele, Torino.
- ILLICH Ivan (2004), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano.
- MARMOT Michael (2004), *Status Syndrome – How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy*, Bloomsbury & Henry Holt, New York.
- MIRAVALLE Michele (2017), *La fine di una storia e il futuro incerto. La fotografia delle REMS, le “liste d'attesa” e i nodi da risolvere*, in *Torna il carcere. XIII Rapporto sulle condizioni di detenzione*, in www.associazioneantigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ – OMS (2014), *Prison and Health*.
- PAVARINI Massimo (1996), *Pena*, in *Enciclopedia delle Scienze sociali*, vol. VI, Istituto della Enciclopedia italiana, Roma, pp. 538-9.
- PAVARINI Massimo, GUAZZALOCA Bruno (2004), *Corso di diritto penitenziario*, Edizioni Martina, Bologna.

- RUOTOLI Marco (2002), *Diritti dei detenuti e Costituzione*, Giappichelli, Torino.
- STARININI Giulio (2009), *Il passaggio della sanità penitenziaria al servizio sanitario nazionale*, in “Autonomie locali e servizi sociali”, 1.
- VERDE Salvatore (2011), *Il carcere manicomio. Le carceri in Italia tra violenza, pietà, affari e camicie di forza*, Sensibili alle foglie, Roma.