

## **IL CARCERE COME SALUBRE FABBRICA DELLA MALATTIA**

**GIUSEPPE MOSCONI\***

### **1. La salute**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie e di infermità". (Baccaro L. 2003, p. 19). Questa semplice definizione appare rimandare non solo a tutta la complessità e problematicità del concetto di salute, ma anche alla contraddittorietà e conflittualità dei processi all'interno dei quali si può raggiungere una effettiva realizzazione della stessa. Tra la definizione della salute come semplice assenza di alterazioni della normalità fisiologica e funzionale del corpo umano, e come conseguente assenza di sintomi, e quella di salute come pienezza di uno stato di benessere che si concretizza in armonia tra bisogni e desideri soggettivi e opportunità di realizzazione socialmente praticabili, in un quadro di armonia tra soggetto e ambiente naturale e sociale si apre uno spazio enorme. In esso le propensioni e le percezioni soggettive continuamente si confrontano e confliggono con le condizioni socialmente date e, ancor di più, con le definizioni sociali di salute (possibile, consentita, giusta, ottimale), che di volta in volta vengono a strutturarsi, nonché con le conseguenti aspettative sociali verso le aspettative del soggetto. La definizione di malattia è esattamente speculare a questa immagine, compresa tra i due opposti. Da un lato essa può essere percepita come malessere profondo, che sale dall'animo per fissarsi nel corpo; all'estremo opposto essa può venire socialmente riconosciuta solo quando il soggetto non è più in grado di soddisfare le aspettative sociali di adeguatezza, di produttività, di benessere. Anche da questo punto di vista, nello spazio disegnato tra i due estremi, il soggetto si trova continuamente a confliggere tra il pieno riconoscimento del proprio

---

\* Università di Padova.

disagio e il suo adattamento alle definizioni di normalità e alle rassicurazioni che gli provengono dall'adeguatezza sociale che gli viene riconosciuta.

## **2. Ambiguità e paradossi.**

Ma se questa tensione, più o meno latente, fa in qualche modo parte della "normalità" dell'adattamento soggettivo al modello sociale di salute, la situazione diventa particolarmente problematica quando nello spazio tra i due opposti si insinuano ambiguità e paradossi. È quanto avviene nella situazione detentiva. In carcere il rapporto tra salute e malattia appare in radice contaminato ed ambivalente, nel modo in cui risulta essere costruito il ruolo sociale del soggetto punito e recluso. Egli dev'essere da un lato sano, perché altrimenti non potrebbe essere giudicato responsabile, quindi colpevole, e perciò meritevole del castigo inflitto; dall'altro egli appare sufficientemente malato, anomalo, così da trovare una spiegazione alla sua diversità e il suo errore da giustificare la cura della pena, con funzione rieducativa. D'altra parte il soggetto dev'essere sufficientemente sano, per poter sopportare e comprendere la sofferenza inflittagli, ma d'altra parte a sufficienza malato e anormale, per poter adeguatamente fruire della valenza rieducativa e riabilitatrice della pena. A complicare ulteriormente la scena del rapporto tra salute e malattia, il fatto di essere recluso gli attribuisce inoltre uno status sufficientemente alterato e corrotto da meritare l'intervento riabilitante della risocializzazione e del reinserimento sociale. Nel caso del detenuto, dunque, se la normalità costituisce la condizione iniziale per essere condannati e puniti, il solo fatto di raccogliere queste definizioni sociali ricolloca la condizione del soggetto nell'ambito dell'anormalità e della malattia, spostando in avanti il piano della normalità e della salute possibile, come integrità (morale, sanitaria, sociale), da ricostruire attraverso il raggiungimento della riabilitazione e del reinserimento sociale.

In questa paradossale distanza viene a sua volta a collocarsi un'altra ambiguità: il soggetto recluso appare certamente un soggetto alterato e corrotto, in virtù dello status sociale attribuitogli per il solo fatto di essere "finito dentro"; ma al tempo stesso dovrebbe risultare rieducato e risanato dal trattamento cui il carcere lo sottopone.

Così se, da un lato, la pena è dolce e serve per guarire, o meglio, a produrre una "guarigione istituzionale", dall'altro essa

si rivolge a soggetti inevitabilmente malati, dove la malattia non è solo rivelata dal comportamento antisociale, ma connessa alla applicazione della carcerazione medesima.

Si potrebbe obiettare che in realtà le due immagini del detenuto (sano/malato) sono riconducibili a due diversi approcci teorici, rispettivamente il classico e il positivo (BERZANO L., PRINA F. 1995; MELOSSI D. 2002), culturalmente contrapposti e distanziati nel tempo, per cui le paradossali sovrapposizioni cui si è accennato non dovrebbero trovare fondamento né spazio. Ma sta di fatto che, al di là della teorica ovvietà di questa distinzione, i due approcci, per come sono recepiti, vengono concretamente a contaminarsi e a sovrapporsi negli atteggiamenti conoscitivi e nelle modalità di percezione del ruolo e dell'immagine del detenuto, materializzando così i termini di una sostanziale ambiguità cognitiva, di una profonda ambivalenza culturale.

### 3. Quale salute?

Come si colloca, in questa dimensione di ambiguità, la definizione di salute riferibile al detenuto, all'interno dello spazio che separa le due definizioni (minima e massima) di cui al primo paragrafo? Qual'è la salute attribuibile ed accettabile per un detenuto? A quale salute si rieduca? Appare evidente come l'ambiguità ora rilevata non possa che tendere ad appiattire il concetto di salute riferibile al detenuto ai livelli minimi. Perciò a una salute intesa:

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

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

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

#### **4. Le normalità.**

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

- La normalità giuridica, in primis, intesa come rispetto delle norme codificate nella legge penale.

- La normalità sociale, intesa come il rispetto delle regole della civile convivenza e l'astensione da comportamenti socialmente dannosi e inaccettabili, in conformità con le aspettative diffuse.

- La normalità economica, intesa come raggiungimento di uno stadio minimamente dignitoso di vita, attraverso fonti legali di reddito.

- La normalità mentale, intesa come raggiungimento minimo di un equilibrio personale che renda accettabile una quotidianità acquisita.

- La normalità etico-morale, intesa come interiorizzazione di regole di rispetto degli altri, di valori e beni di interesse comu-

ne, di significati positivi e socialmente apprezzabili nella motivazione del proprio comportamento.

- La normalità istituzionale, intesa come richiesta di regolarità di condotta, nel rispetto delle istanze disciplinari dell'istituzione e delle sue regole organizzative; il tutto interpretato come banco di prova e pronostico del futuro rispetto delle regole sociali.

- La normalità della rassicurazione sociale, intesa come assenza di pericolosità ovvero della probabilità dell'assunzione di comportamenti che mettano in discussione le diffuse, a volte enfatizzate, esigenze ed aspettative di sicurezza.

La normalità sanitaria si pone al centro di tutto questo complesso di definizioni, riducendosi così a semplice benessere fisico, dove ogni anche minima pretesa ulteriore rischierebbe di scontrarsi con le aspettative che a quelle normatività conseguono e con le definizioni negative che la loro violazione ha già prodotto.

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

## **5. Alcune complicazioni. L'esperienza temporale.**

La rete di tutte le aspettative ora ricordate, in buona parte violate dal ruolo sociale, comportamentale e giudiziario che è appannaggio del soggetto deviante, ne costruiscono in partenza una figura deformata e svantaggiata, in quanto già dall'inizio definita all'interno di una serie di paradigmi negativi.

Tra di essi rileviamo:

- la colpevolezza, come volontà condannabile, per la negatività delle scelte contrarie alla legalità;

- la necessaria sofferenza, come menomazione del sé e perdita di capacità contrattuale nella definizione della propria libertà di movimenti e del proprio status sociale;

- la limitazione dei termini spazio-temporali, come dimensione incapacitante dell'autonomia e delle potenzialità espressive della persona;

- l'inadeguatezza sociale, come inaffidabilità e potenziale pericolosità del soggetto, in quanto non provvisto di un capita-

le sociale sufficiente ad accreditarlo nella società civile, in una situazione resa più grave dalla violazione delle norme.

È evidente come tutti questi elementi tendano ad abbassare lo standard di salute attribuibile al detenuto verso il termine più riduttivo sopra richiamato.

Un ulteriore elemento di riduzione della salute concepibile e di produzione di malattia è rappresentato dalla particolare dimensione propria dell'esperienza temporale in carcere, a fronte dell'evolversi della stessa nella società esterna. Sotto il profilo strutturale, se nella società odierna il rapporto spazio-tempo è caratterizzato dalla gestione di spazi illimitati in unità temporali rese istantanee dall'evoluzione tecnologica, in carcere lo stesso rapporto risulta invertito, in quanto uno spazio assolutamente ristretto di movimenti e di comunicazione diviene contenitore di un tempo estesissimo e monotono, quello della durata della pena e della ritualità temporale propria dell'istituzione totale. Il confronto tra tempo esterno e tempo interno mette in luce alcune analogie rovesciate.

a) Scarsità e abbondanza. All'esterno il rapporto tra scarsità e abbondanza è segnato da una continua dialettica tra liberazione del tempo per la contrazione tecnica delle operazioni strettamente necessarie e sua affrettata scarsità per la sovrabbondanza delle istanze sociali a cui rispondere e delle opportunità in astratto fruibili. All'interno le due dimensioni tendono a sovrapporsi, in quanto il tempo è talmente abbondante da risultare inesistente, in quanto oggetto di espropriazione e poco favorevole all'iniziativa soggettiva.

b) Pieno e vuoto. All'esterno il tempo è talmente pieno di stimoli e di attività, da apparire spesso sfuggente e confuso, così da dare una sensazione di vuoto, continuamente contrastabile dall'attivazione del soggetto. All'interno il tempo è talmente rarefatto di sollecitazioni e insieme saturato di ritmi e interventi eterodiretti, da risultare sostanzialmente vuoto.

c) Scansione e confusione. All'esterno la scansione dei ritmi temporali sollecita il soggetto a creare delle oasi di tempo destrutturato, vissuto in modo creativo e autoliberatorio. All'interno il tempo è talmente scandito da apparire un tutto indistinto, tanto confuso, quanto ingovernabile, così da non lasciare spazio a iniziative destrutturanti del soggetto.

In sostanza se al tempo della società postmoderna, nella sua frenetica frammentazione e pluralizzazione, il soggetto

tende ad opporsi con tentativi di destrutturazione liberatoria, attraverso tecniche di dislocazione e di autocomposizione, tracciando sentieri di autorealizzazione, all'interno tende ad operarsi una totale sovrapposizione tra il tempo istituzionale e il tempo soggettivo, ogni tentativo di destrutturazione appare invaso da significati istituzionali, cosicché ogni spazio di autodifferenziazione del soggetto appare asfittico e marginale. (GIORDANO V. 1991; GIORDANO V. 2001, MOSCONI G. 1996).

Il tempo dell'autoaffermazione diviene allora fuga in fantasmi irraggiungibili, autoannullamento in sfere di ottundimento, rarefazione o deformazione percettiva chimicamente indotte, interiorizzazione passivizzante delle istanze e dei significati istituzionali, proiezione in visioni mitiche e fantasmatiche della realtà, forme autodistruttive o autovittimizzanti della percezione del sé, fino ad atti di autolesionismo, non escluso, a volte, il suicidio.

Il rapporto corpo-mente, compreso dall'esterno e contratto su se stesso in tentativi più o meno consapevoli e impossibili di autoidentificazione, si deforma fino ad ammalarsi. Il corpo diventa la sede e il mezzo di espressione della sofferenza, somatizzandola attraverso una serie di sintomi e di patologie "da carcere".

## **6. Le forme della malattia.**

GONIN (1994), nella sua corposa e penetrante disamina, frutto della sua diretta esperienza, degli effetti della reclusione sui corpi incarcerati, ci descrive una serie di patologie e di sindromi: deterioramento dell'apparato sensoriale (perdita dell'olfatto, indebolimento della vista, deterioramento dell'udito), vertigini, assenza di energie, costante sensazione di freddo. Tre sono le forme patologiche prevalenti. La dentaria, dovuta al tipo di alimentazione e all'abitudine a risolvere i problemi dentari con il metodo dell'estrazione, più sbrigativo ed accessibile rispetto ai tempi e ai metodi praticabili; la dermatologica, con una serie di sindromi da contaminazione, da cattiva digestione, da allergie di varie forme, da somatizzazione dell'ansia, da autolesionismo; la digestiva, come effetto dell'azione combinata del tipo di alimentazione e di forme, anche in questo caso, di somatizzazione. A ciò vanno aggiunti altri tre settori di patologie proprie delle regimine detentivo: i disturbi mentali e dell'umore: depressione, ansia, passività assoluta, ipereccitazione,

aggressività, crisi di panico, scissione mentale con deflussi deliranti, fino a vere e proprie sindromi psichiatriche; le malattie infettive, in parte legate alla tossicodipendenza: varie forme di epatite, forme epidemiche, l'aids, dieci volte più facilmente contraibile rispetto alla vita esterna, per le note condizioni di promiscuità nell'uso di siringhe e per il diffondersi di comportamenti omosessuali; i disturbi e le alterazioni della sessualità, con forme di impotenza, onanismo ossessivo e omosessualità indotta dal regime di privazione.

Non può non colpire l'accostamento di questo vasto campionario di patologie con l'insieme delle varie normatività che abbiamo più sopra ricordato. Nel suo complesso, quest'ultimo traccia un modello assoluto ed organico di normalità, di perfezione morale e sociale, di salute totale, al limite dell'utopico, rispetto al quale la gamma delle patologie che il carcere di fatto determina sembra materializzare proiettivamente il suo esatto contrario. Se ciò in base a cui il detenuto viene giudicato e negativamente costruito corrisponde a una proiezione rovesciata di un modello di perfezione, come sintesi delle pretese normatività e normalità, l'effetto di questo rovesciamento si traduce non solo in una accezione minimale di salute, come assenza di sindromi conclamate, ma in malattia vera e propria, come esatto rovesciamento di quella pretesa di perfezione assoluta.

## **7. Altri paradossi.**

La sostanza di questo paradosso era già evidente alle origini in cui affonda le sue radici il penitenziario moderno. Già Toqueville, visitando il carcere di Filadelfia e il sistema quacchero del *solitary confinement* rilevava gli effetti della pretesa di conversione e di risanamento spirituale e morale indotto dall'isolamento e dalla costante, ossessiva lettura della bibbia: la malattia, la follia, la morte precoce, il suicidio. Oggi ovviamente il discorso appare assai più complesso e mediato, ma non è difficile trovare nel rapporto tra normatività che costruisce l'identità negativa del deviante recluso, corrispondente pretesa di perfezione e corruzione del corpo del recluso, a causa delle varie forme di patologia, un collegamento profondo, all'interno del quale la malattia del recluso appare quasi un dato inevitabile e socialmente accettato; ma anche l'effetto del processo di legittimazione-costruzione sociale cui la pena dà luogo e dell'alienazione del sé che la stessa produce.



Ci sono alcuni paradossi intermedi che appaiono rivelare la profonda sostanza di questa connessione.

La reazione alla recidiva, alla quale si associa regolarmente un incremento di pena: se il carcere dovrebbe servire a rieducare, è evidente che, quando il problema si riproduce, nonostante la ripetuta applicazione dell' "intervento terapeutico", lo stesso non può che giudicarsi inefficace. Applicarlo in misura ancora maggiore, nonostante questa dimostrazione, non può che significare due cose in alternativa. Che si continua ad applicare lo stesso rimedio, perché astrattamente e ideologicamente ritenuto il migliore, nonostante la dimostrazione del contrario, oppure, più verosimilmente, che la funzione rieducativa passa definitivamente in secondo piano a fronte della necessità di punire più severamente chi ha dimostrato di non sapere trarre frutto dalla lezione impartita e dalle opportunità di riabilitazione astrattamente offertegli.

Il divieto di applicare l'affidamento in prova per casi di tossicodipendenza per più di due volte, in caso di recidiva, appare rispondere alla stessa logica: finché sei buono, o non eccedi in malvagità, ti curo; poi meriti solo di essere punito. Il combinarsi delle normatività che abbiamo più sopra ricordato, se si limita a restare sullo sfondo finché il soggetto appare curabile al minimo consentito, cioè con un normale intervento che ne ristabilisca un stato normalmente accettabile di salute, riemerge in tutta la sua rigidità quando il comportamento del "paziente" denota la necessità di cure più intensive ed estensive; cioè del raggiungimento di una dimensione di salute e di benessere che vada al di là della semplice assenza di sintomi, accompagnata dalla regolarità del comportamento.

Lo stesso dicasi per la normativa in tema di incompatibilità tra detenzione e condizioni di salute, con particolare riferimento agli ammalati di AIDS. La nota diatriba sviluppatasi lo scorso decennio tra fissazione di un limite certo e oggettivo di incompatibilità e affidamento della materia alla discrezionalità del giudice ben descrive il conflitto tra le esigenze di tutela sanitaria del soggetto ed esigenze insieme punitive e di soddisfazione della presunta diffusa domanda di sicurezza attribuite alla pena detentiva. Anzi, in questo caso, questo secondo ordine di significati è tale da travalicare addirittura il limite minimo accettabile della definizione di salute, arrivando ad ipotizzare che persino un malato in fase avanzatissima, se non terminale, possa continuare ad essere sottoposto alla pena (PASTORE M. 1996).

## 8. Carcere e malattia sociale.

Queste osservazioni ci rimandano alle radici profonde del perché della presenza del carcere nelle nostre società. Quando l'apparato delle legittimazioni simboliche dell'istituzione si dissolve, per lasciare a nudo la presenza dell'istituzione, nella sua durezza e irreversibile essenzialità, l'attenzione dell'analista sociale non può non spostarsi sulle ragioni più radicate che legano il carcere all'organizzazione delle società occidentali: così è per l'evidente infondatezza fattuale dei tre principi teorici tradizionali di legittimazione della pena (retribuzione, rieducazione, prevenzione), che in altra sede abbiamo considerato (MOSCONI G., 2001). Quando a fronte dell'evidente fallimento delle ragioni teoriche che stanno storicamente a fondamento della pena, e che ne hanno costruito il senso comune, rendendola socialmente accettabile, assistiamo ad un'estensione smisurata e ad un indurimento della stessa, è necessario capire quali sono le ragioni profonde che mantengono l'istituzione carceraria saldamente ancorata alla nostra organizzazione sociale. La cosa appare con altrettanta evidenza anche per la questione della gestione della malattia in carcere. Se il mantenere i reclusi a un livello accettabile di salute, attraverso un servizio sanitario dotato di una certa efficienza, fa parte del volto umano e civile della pena, così da renderla legittimabile agli occhi dell'opinione pubblica, quando emerge l'insieme ingovernabile delle patologie indotte dallo stato di detenzione, o ad esse connesse, se non altro nel loro aggravarsi, o addirittura gravi motivi di salute cedono esplicitamente di fronte ad esigenze di punitività o di sicurezza, pretese come irrinunciabili, sono le ragioni di fondo della pena ad essere messe a nudo, senza altre coperture di legittimazione. Non c'è qui lo spazio per approfondire adeguatamente questo aspetto, per cui ci limiteremo ad alcuni cenni.

Riemerge l'idea della pena come *pharmakon*, come antidoto rituale e sacrificale rispetto ai mali interni che la società non riesce altrimenti a curare (GIRARD R. 1987, RESTA E. 1992); oppure della pena come pretesto per sfogare una diffusa aggressività sociale inconfessabile contro chi ha avuto l'ardire di compiere ciò che tutti desidererebbero fare, con il duplice risultato insieme di praticare e giustificare, rimuovendolo, ciò che fa parte della propensione diffusa alla violenza (ALEXANDER F. STRAUB H. 1976); la pena come mezzo di controllo di intere aree di popolazione precarizzate dalla prima società capitalistica e di assuefazione disciplinare dei corpi (FOUCAULT M. 1978); come strumento diversivo

rispetto alla dannosità della criminalità dei potenti, di incapacitazione dei soggetti improduttivi e di assicurazione e identificazione simbolica per la società dei "normali" (MATHIESEN T. 1996); come controllo e incanalamento del diffuso bisogno di vendetta (FERRAJOLI L. 1989), come strumento di regolamentazione del mercato del lavoro (RUSCHE G. e KIRCHHEIMER O. 1978), come strumento sostanziale di comunicazione culturale e di costruzione di identità collettiva (GARLAND D. 1999) come nuovo investimento produttivo (CHRISTIE N. 1996), come pura e semplice forma amministrativa di controllo fisico delle nuove forme di marginalità e delle eccedenze della recente struttura del mercato del lavoro (WACQUANT L. 2000, 2002; DE GIORGI A. 2002) In un recente testo BROSSAT A. (2003) mette in luce come la dolcezza delle pene propugnata da C. Beccaria altro non sia che la continuazione, in chiave moderna, del bisogno di vendetta e di deterrenza che legittimavano il supplizio, negli anni più bui del potere sovrano, unita all'idea di un maggiore e più efficace potenziale affittivo. Se tutto questo patrimonio analitico delle radici e del fondamento sociale della pena del carcere ha qualche plausibilità, allora c'è più di una ragione per ritenere che la malattia del corpo recluso, in tutta l'ambivalenza che ne caratterizza la gestione, tra tutela di un diritto sostanziale e accettazione di qualsiasi effetto di alterazione, come inevitabile, altro non sia che l'effetto finale, e insieme la metafora, di una profonda malattia che riguarda il corpo sociale, complessivamente inteso, che lo stesso non è in grado di curare, ma forse neppure di percepire.

## **9. A proposito del progetto pilota.**

Dall'interno di questo approccio analitico proviamo a considerare i progetti pilota per interventi preventivi verso il pericolo di suicidio, sviluppati nelle carceri toscane, e in S. Vittore. Di essi mi sembra vadano focalizzati e considerati alcuni elementi essenziali. L'idea di prendere in carico i detenuti investiti dai livelli più intensi di sofferenza, per prevenirne gli esiti più distruttivi; l'elaborazione di programmi individualizzati (come del resto per tutti prevedrebbe l'ordinamento), per portare il soggetto ad orientamenti riequilibratori, ad una piena assunzione di consapevolezza e di responsabilità per il proprio futuro; portare il soggetto ad una maggiore conoscenza di sé, attraverso l'oggettivazione del proprio vissuto e della propria esperienza, per capirne i motivi, le motivazioni, l'essenza emotiva e per-

cettiva (fondamentale, in questo percorso, la tecnica arteterapeutica); creare un rapporto empatico tra operatore e recluso, che favorisca il dialogo, la presa di coscienza, l'attivazione, la progettazione, per un futuro reinserimento riabilitativo; il coordinamento delle varie competenze e professionalità, al fine di razionalizzare complessivamente gli interventi ed ottimizzarne i possibili risultati; la prevenzione dei comportamenti autolesionistici, come sintomi di una profonda sofferenza, che va decodificata, esplicitata e costruttivamente gestita, invertendone il segno di pericolosità; il favorire, in questo modo, l'assunzione di un atteggiamento consono al contesto istituzionale, così da prevenire tensioni, squilibri, conflitti.

Non si può certo sminuire l'importanza di un intervento che, di fronte al serio pericolo di atti autolesivi, con potenziale esito estremo, intenda porre il problema su terreno psicologico e terapeutico, scendendo a fondo nella sfera emotiva del soggetto, del suo personale vissuto, delle dinamiche e dei processi che ne hanno segnato l'esperienza cognitiva ed affettiva. È evidente l'importanza che, soprattutto quando il vissuto della carriera deviante rischia di raggiungere gli esiti estremi, si intervenga a questo livello e con questi mezzi. Né intendo sollevare la questione, peraltro nota, dell'adeguatezza e della praticabilità di questo intervento in un ambiente chiuso, rigido, eterodiretto, imposto, depauperato di opportunità e sollecitazioni, stigmatizzante, sminuente del sé, qual è il carcere.

Eppure proprio la cornice analitica che ho cercato di tracciare fino a qui mi induce a sollevare alcuni interrogativi, con riguardo ad alcuni aspetti, che mi sembrano essenziali:

a) I riferimenti interpretativi. In che contesto di significati e di definizioni sociali avviene questo rapporto? Quali categorie, quali riferimenti definitivi vengono assunti per indurre il soggetto a percepirsi e a riflettere sulla propria esperienza? Ad esempio quello della colpevolezza, o quello delle carenze affettive, o dello svantaggio sociale, o della non considerazione delle aspettative altrui, o dell'assenza di senso della realtà, o delle definizioni sociali subite? La scelta dei riferimenti analitici mi sembra davvero non indifferente, per la qualità della comunicazione e del rapporto, e per i suoi possibili esiti.

b) Le definizioni normative. Che spazio assume, in questa ricostruzione, l'analisi dell'insieme delle definizioni normative in base a cui il soggetto è stato definito, come effetto delle aspettative deluse, delle regole violate? In che misura si risale il filo delle definizioni sociali che il soggetto ha subito? In che misura

si tiene conto della distonia tra quelle aspettative e le oggettive possibilità di azione del soggetto, in cui si sono radicate le reazioni stigmatizzanti che il soggetto ha subito. Quanto quelle definizioni e quelle reazioni hanno condizionato la complessiva esperienza del soggetto, deformandone l'autopercezione, con il verosimile conseguente annullamento di altre possibili alternative?

c) La critica della normatività. Quanto il tipo di comunicazione avviato è aperto alla possibilità di sottoporre a consapevolezza critica l'insieme delle definizioni negative che, in relazione all'insieme delle norme violato, già si sono riferite al soggetto? Quanto questo viene considerata una necessaria premessa di una più libera e profonda conoscenza di sé, dell'unicità e specificità della propria personalità e della propria esperienza? Questo può davvero essere inteso come il presupposto dello sviluppo di un'identità che solo nella libertà e nella consapevolezza può acquisire un solido e costruttivo senso del sé.

d) Il referente della deprivazione. Quanto, in questo dialogo, si è disposti a ricostruire e far emergere l'insieme delle deprivazioni di cui il soggetto è stato fatto segno? La mancanza di libertà come offerta reale ed accessibile di opportunità adeguate a condizioni di vita accettabili e socialmente positive; la mancanza di giustizia sociale, i cui effetti si sono subito magari dai primi anni di vita, o nei tentativi di inserimento nella società ospitante, per gli immigrati; la mancanza, o, al contrario l'eccessiva e passivizzante accettazione di riferimenti di identificazione socialmente adeguati; la mancanza di comunicazione sensata e orientante sia di tipo orizzontale, sia con un'immagine positiva, perché disponibile e partecipativa, della sfera istituzionale; la carenza di spazi di espressività, di creatività, di gratificante autoaffermazione. La mancanza, in sintesi di una sostanziale libertà. E quanto quest'insieme di carenze è stato rafforzato e, insieme, deformato e drammatizzato dalle aspettative normative che al soggetto si sono riferite e dalle reazioni cui la loro delusione (violazione) ha dato luogo?

e) La critica dell'adeguatezza terapeutica. A fronte di questi interrogativi si aprono due possibilità, in linea di principio in alternativa: o si presume che lo stato di privazione assoluta e di coattività in cui il soggetto si trova costituisca un adeguato presupposto di rottura dei linguaggi e dei riferimenti di azione acquisiti, per aprire dentro di lui un processo di autoanalisi e un percorso di riorganizzazione e di adeguata riaffermazione del sé, altrimenti non raggiungibile; oppure si ritiene che proprio il

contesto deprivante e coattivo del carcere sia già di per sé troppo intriso di impliciti contenuti normativi, di stigmatizzanti definizioni negative, per poter consentire un adeguato sviluppo del percorso più sopra prospettato, in cui la consapevolezza critica delle definizioni normative subite rappresenti un elemento irrinunciabile. È mai possibile un compromesso tra queste due diverse interpretazioni, se concepibile?

f) L'esterno come punto di osservazione dell'interno. Le tecniche e le metodologie proposte possono apparire particolarmente adeguate ed opportune se viste dall'interno del carcere. È restando in quest'ambito che la comunicazione appare approfondirsi e fluidificarsi, la percezione dei problemi mutarsi, gli atteggiamenti del soggetto cambiare in modo più disteso e costruttivo. Ma se cambiamo ottica, se cioè guardiamo dall'esterno questa relazione terapeutica, si aprono alcuni interrogativi: se non ci fosse stata la condanna, lo stato coattivo imposto dalla reclusione, la stigmatizzazione penale, quel dialogo avrebbe potuto svolgersi anche all'esterno, in modo ancor più proficuo e costruttivo? E se, come più che verosimile, così è, che rapporto, che confronto, si può immaginare tra questa modalità di relazione e quella libera, paritaria, equilibrata che potrebbe svolgersi nella vita esterna? In altre parole è necessario arrivare alla condanna e alla pena per sviluppare un rapporto terapeuticamente, ma anche e soprattutto socialmente costruttivo? La pregnanza di questa domanda risulta anche più evidente se ci si pone un secondo interrogativo. Può il rapporto terapeutico così avviato avere seriamente un suo seguito in una prospettiva reale di reinserimento, non fondata semplicemente sui buoni propositi o su una più profonda e consapevole percezione di sé, ma su delle opportunità concrete di reinserimento sociale e di ridefinizione del proprio sistema di relazioni? E se questa prospettiva fosse effettivamente tale, la terapia dovrebbe essere condotta egualmente, o, quantomeno, negli stessi termini?

## **10. Concludendo.**

L'insieme di questi riferimenti critici mi portano a rilevare alcuni aspetti del progetto in questione, che potrebbero sollevare qualche perplessità. Il fatto che lo stesso sia concepito in chiave emergenziale, per i casi seriamente a rischio, non dovrebbe far perdere di vista il contesto complessivo in cui l'intervento si

colloca, il quadro delle funzionalità; anzi, ritengo che riferimenti del tipo di quelli che abbiamo appena tracciato consentirebbero un intervento più appropriato. E per questo che troverei riduttivo concepire l'intervento come sostanzialmente limitato alla dimensione della gestione del pericolo e dell'umanizzazione della pena. Così quando si richiama il regolamento, per ricordare che "Il trattamento (...) è diretto promuovere un processo di modificazione degli atteggiamenti che sono di ostacolo ad una costruttiva partecipazione sociale", è necessario poi approfondire come quella partecipazione sia non solo favorita, ma garantita, in termini di concreta offerta di risorse e di opportunità. La quale dimensione mi sembra piuttosto lontana quando si ricorda (E. TOGNACCI) che le attività culturali, oltre a "migliorare le condizioni psicofisiche dei detenuti" (e su quel migliorare potremmo riaprire tutta la riflessione sugli standard di salute ipotizzabili, di cui sopra) servono a smorzare quella carica di aggressività che generalmente si accumula nei soggetti sottoposti a un regime restrittivo della libertà personale". Dunque l'uso sostanzialmente disciplinare e neurolettico della terapia, agita in chiave di autocontrollo interno all'istituzione, secondo le sue esigenze funzionali? Sembra difficile, in quest'ottica, trovare uno spazio alle questioni di fondo che abbiamo cercato di porre, anche solo sul terreno della definizione possibile di salute. Provo qualche inquietudine ulteriore quando si afferma "Nessuno ritiene che chi ha violato una legge abbia diritto alla libertà", salvo poi indicare una serie di possibili interventi per diversi dei quali (diversivo, riparativo, ecc...) la libertà è proprio elemento costitutivo, ed aggiungere "È un imperativo pretendere che tutte le persone siano curate, che possano sfuggire all'abbruttimento e all'abbandono della loro dignità, senza la quale nemmeno la pena ha senso, perché colpisce individui resi insensibili dalla sofferenza e, a volte, dalla terapia" (C. TARASCHI). Dunque punire e recludere in ogni caso? E curare per rendere la pena davvero tale? Mi rendo conto di leggere questi passaggi un po' "a nervi scoperti" e forse in modo un po' capzioso, ma non può sfuggire quanto quelli che sembrano dei semplici lapsus denotino in realtà una notevole estraneità, almeno in prima battuta, dall'ottica e dalla prospettiva che ho cercato di definire. Non si possono d'altra parte trascurare gli aspetti positivi del progetto: l'intenzione di fare fronte e di trovare rimedio a situazioni ad alto rischio autolesionistico o suicidario, la sollecitazione del soggetto alla introspezione e alla conoscenza di se stesso, lo sviluppo di un dialogo sincero e costruttivo con i reclusi, la presa in carico continua

e competente, lo sviluppo di una progettualità futura. È evidente che quando è in pericolo la sopravvivenza stessa della persona, ogni intervento che miri a prevenire l'evento rappresenta un livello di salute migliore dell'esito paventato. Qui è chiaro che la qualità del progetto mira ad andare oltre a questo livello minimale. Eppure il punto di partenza dei fenomeni trattati e il contesto in cui questo avviene, alla luce dei riferimenti che abbiamo cercato di tracciare, ritengo non possano esimere dall'andare oltre questo approccio sostanzialmente emergenzialista, nel ricercare la sostanza stessa della salute possibile, qui evidentemente messa in gioco non solo dall'emergenza suicidarla, ma da un intero arco di esperienze attraversate.

La sofferenza del potenziale suicida non nasce dal momento dell'incarcerazione, né dal disagio manifestato e vissuto con il compimento del reato. Essa affonda le sue radici lontano, nell'esperienza precedente, nella percezione del sé strutturata nell'arco delle esperienze e dei sistemi di relazione attraversati, nel probabile stratificarsi di successivi livelli di frustrazione, nella delusione vissuta e in quella provocata dalle aspettative altrui, nelle stigmatizzazioni subite in seguito alle varie infrazioni normative, nella spoliatura del sé che le stesse, fino, da ultimo, alla carcerazione, hanno provocato, per non menzionare che gli aspetti più probabili. Ora è evidente, in relazione a ciò, l'inadeguatezza di un concetto di salute che si limitasse alla semplice prevenzione del suicidio, come adeguamento all'esperienza detentiva e adattamento all'habitat carcerario.

Riteniamo che questo approccio venga a porre nella dimensione più adeguata l'idea della pena della reclusione come *estrema ratio*, cui i promotori del progetto affermano di aderire. Esso non può infatti tradursi ad una semplice adesione di principio, senza venire concretamente applicato ai casi trattati. Si tratta allora di chiedersi se quel caso specifico, coerentemente all'ipotesi minimalista, non potesse essere gestito al di fuori dell'applicazione della pena detentiva. Ogni volta che la risposta risulti positiva, si tratta coerentemente di fare il massimo sforzo per ricostruire ciò che l'esperienza detentiva ha distrutto, o risanare ciò che ha inutilmente alterato, risalendo a ritroso i passaggi del deflusso criminalizzante, come premessa per l'implementazione di un concetto più pieno e profondo di salute. Ciò significa ovviamente mettere profondamente in discussione le definizioni e le stigmatizzazioni indotte dalle violazioni normative attribuite, quantomeno nelle implicazioni che ad esse associano la necessità della sanzione detentiva,



anche per come esse sono state percepite nel vissuto del soggetto. Sotto questo profilo, se si vuole coerentemente seguire questo principio, questa prospettiva, è necessario sottolineare che, nel gestire e riequilibrare le sofferenze del soggetto anche a rischio suicidario, non si terrà mai conto abbastanza del contesto di definizioni in cui si opera, e di quanto esso, nel suo progressivo aggregarsi, ha condizionato il vissuto del soggetto e la criticità della sua attuale condizione (BARATTA A., 1982; BARZANO L., PRINA F. 1995; G. VERDE). Di esso anche il ruolo dell'operatore può entrare profondamente a fare parte, il che richiede un buon livello di consapevolezza e capacità di auto-osservazione, in vista delle scelte metodologiche e operative più adeguate.

## BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER F., STAUB H. (1976), *Il delinquente, il giudice e il pubblico*, Milano, Giuffrè.
- ANASTASIA S., GONNELLA P. a cura di, (2002), *Inchiesta sulle carceri italiane*, Carocci, Roma.
- ANASTASIA S., PALMA M. (2001), *La bilancia e la misura*, Franco Angeli, Milano.
- Associazione Antigone (2001), *Il carcere trasparente*, Castelveccchi, Roma.
- BACCARO L. (2003), *Carcere e salute*, Edizioni Sapere, Padova.
- BARATTA A. (1982), *Criminologia critica e critica del diritto penale*, Il Mulino, Bologna.
- BARZANO L., PRINA F. (1995), *Sociologia della devianza*, Nis, Roma.
- BONELLI L., SAINATI G., a cura di, (2001), *La machine à punir*, l'Esprit Frappeur, Paris.
- BORTOLOTTO T. (2000), *L'educatore penitenziario. Compiti, competenze e iter formativo*. Tesi di laurea, Univ. di Padova
- BROSSAT A. (2003), *Scarcerare la società*, Eleuthera, Milano.
- BURTON ROSE D. (2003), *L'America in catene. Testimonianze dal carcere negli Usa*, L'Harmattan Italia, Torino.
- CATANESI R. (1995), DISTURBI MENTALI E COMPATIBILITÀ CARCERARIA, In Rivista italiana di Medicina Legale.
- CERAUDO G. (1993) a cura di, *La carcerazione. Eventi psicologici*, in Atti del primo convegno nazionale AMAPI di Psichiatria Penitenziaria, Parma.
- CERTOMÀ G. (2000), *Per un servizio sociale della giustizia umano, autonomo e creativo*, Sensibili alle foglie, Roma.
- CHRISTIE N. (1985), *Abolire le pene?*, Gruppo Abele, Torino.
- CHRISTIE N. (1996), *Il business penitenziario*, Eleuthera, Milano.
- COGLIANO A. (2000) a cura di, *Diritti in carcere. Il difensore civico nella tutela dei detenuti*, Quaderni di Antigone, n. 1.
- COMBESSIE P. (2001), *Sociologie de la Prison*, La Decouverte, Paris.
- Comune di Roma (2000), *Il lavoro in carcere*, Studio Faro, Roma.
- Conferenza nazionale Volontariato Giustizia (2002), *Contesti migratori, diritti umani e prigionie nell'Europa allargata del terzo millennio*, Roma.
- DE GIORGI A. (2002), *Il governo dell'eccedenza*, Ombre Corte, Roma.

- DEMORI A., RONCALI D., TAFANI M., (2001) *Compatibilità carceraria, HIV/AIDS e malattia particolarmente grave*, Giuffrè, Milano.
- FACCIOLI F., GIORDANO V., SARZOTTI C. (2001), *L'AIDS nel carcere e nella società*, Carocci, Roma.
- FAVRETTO A.R., SARZOTTI C. (1999), *Le carceri dell'AIDS*, L'Harmattan Italia, Torino.
- FERRAJOLI L. (1989), *Diritto e ragione*, Laterza, Bari.
- GALLO E., RUGGIERO V. (1989), *Il carcere immateriale*, Ed. Sonda, Milano.
- GARLAND D. (1999), *Pena e società moderna*, Il saggiatore, Milano.
- GIORDANO V. (1991), *I luoghi del tempo*, Officina, Roma.
- Giordano V. (2001), *Soggetti senza tempo. Una riflessione sociologica sullo spazio recluso*, Seam, Formelle (Roma).
- GIRARD R. (1987), *Il capro espiatorio*, Adelphi, Milano.
- GOFFMAN E. (1968), *Asylums*, Einaudi, Torino.
- GONIN D. (1994), *Il corpo incarcerato*, Gruppo Abele, Torino.
- GOZZINI M. (1997), *La giustizia in galera*, Ed. Riuniti, Roma.
- GRECO S. (1993), *Il lavoro liberato*, Coop. 29 giugno, Roma.
- INGROSSO M. (1994), *La salute come costruzione sociale*, Franco Angeli, Milano.
- MAGLIANA B., SARZOTTI C. (1996), a cura di, *La prigioniera malata*, L'Harmattan Italia, Torino.
- MATHIESEN T. (1996), *Perché il carcere*, Gruppo Abele, Torino.
- MELOSSI D. (2002), *Stato, controllo sociale, devianza*, Mondadori, Milano.
- MOSCONI G. (1996), *Tempo sociale e tempo del carcere*, in "Sociologia del Diritto", n. 2, 1996, pp. 89-106.
- MOSCONI G. (1998), *Dentro il carcere, oltre la pena*, Cedam, Padova.
- MOSCONI G. (2001), *La crisi postmoderna del diritto penale e i suoi effetti sull'istituzione penitenziaria*, in ANASTASIA S., PALMA M. (2001), *La bilancia e la misura*, Franco Angeli, Milano, pp. 37-66.
- PALMA M. a cura di, (1997), *Il vaso di Pandora*, ed. Treccani, Roma.
- PASTORE M. (1996), *Aids, carcere e intervento normativo*, in MAGLIANA B., SARZOTTI C. (1996), a cura di, *La prigioniera malata*, L'Harmattan Italia, Torino, pp. 19-68.
- PAVARINI M. (1994), *Lo scambio penitenziario*, Ed. Martina, Bologna.
- RESTA E. (1992), *La certezza e la speranza*, Laterza, Bari.
- RUSCHE G., KIRCHHEIMER O. (1978), *Pena e struttura sociale*, Il Mulino, Bologna.
- SANTORO E. (2004), *Carcere e società liberale*, Giappichelli, Torino.
- SEAC (2000), *Il volontariato nelle carceri*, Roma, FI Volontariato.
- TRAVERSO G.B., VERDE A. (1981), *Criminologia critica*, Cedam, Padova.
- WACQUANT L. (2002), *Simbiosi Mortale*, Ombre corte, Verona.
- WACQUANT L. (2000), *Parola d'ordine: Tolleranza zero*, Feltrinelli, Milano, XVII.