



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BERGAMO**

Dottorato di Ricerca in

Economia e diritto dell'impresa (Business & Law)

– XXXVIII ciclo –

Settore scientifico disciplinare (SSD): IUS/08 – Diritto Costituzionale

**COSTITUZIONE, DIRITTO ALLA SALUTE E ISTITUZIONE
PENITENZIARIA: PROSPETTIVE DI GENERE**

Relatrice

Chiar.ma Prof.ssa Barbara Pezzini

Correlatrice

Chiar.ma Prof.ssa Anna Lorenzetti

Tesi di dottorato

Sibilla Zoraide Maria Cipolla

Matricola n. 1071499

ANNO ACCADEMICO 2024 / 2025

The black woman demurred from quick agreement. “When you wake up in the morning and look in the mirror,” she asked the white woman, “what do you see?” “I see a woman,” responded the white woman hopefully. “That’s the problem,” responded the black woman. “I see a black woman. To me, race is visible, because it is how I am not privileged in society. Because you are privileged by race, race is invisible to you. It is a luxury, a privilege not to have to think about race every second of your life.” I groaned, embarrassed. And, as the only man in the room, all eyes turned to me. “When I wake up and look in the mirror,” I confessed, “I see a human being—the generic person. As a middleclass white man, I have no class, no race and no gender. I am universally generalizable. I am everyman.”¹

¹Kimmel, M. S. (2005). *Why Men Should Support Gender Equality*, in *Women’s Studies Review*, Fall: 102- 114, lehman.edu.

INDICE

Introduzione	1
CAPITOLO I: GENERE, CARCERE E SALUTE: UN INTRECCIO COMPLESSO.....	5
1. Alcune premesse di merito e di metodo.....	5
1.1 Sesso, genere e Costituzione.....	8
1.2 «Non è uguaglianza quella che fa dell'uomo la mia misura»: uguaglianza e differenza alla prova del carcere.....	12
2. Genere e sistema penitenziario	17
2.1 Sulla delinquenza femminile: brevi cenni di criminologia.....	18
2.2 L'istituzione carceraria quale luogo androcentrico.....	21
3. Salute, genere e penitenziario: brevi note introduttive per un discorso più ampio	27
CAPITOLO II: IL DIRITTO ALLA SALUTE ALLA PROVA DEL CARCERE	31
1. La nozione di salute: un percorso storico	31
1.1 Sanità pubblica e integrità fisica.....	31
1.2 Uguaglianza, gratuità e universalità: un nuovo paradigma	36
2. Il diritto alla salute: note costituzionali	41
2.1 Un dialogo tra libertà negativa e interesse collettivo.....	41
2.2 La salute quale diritto sociale	48
2.3 Un diritto finanziariamente condizionato?	50
2.4 Riportare ad unità la complessità.....	53
2.5 Il ruolo delle Regioni nella garanzia dell'effettività del diritto de quo	55

3. Sanità penitenziaria	60
3.1 Stato dell'arte dell'assistenza sanitaria penitenziaria.....	65
3.2 Il carcere come agente patogeno.....	69
3.3 Tra il «dire e il fare c'è di mezzo il carcere»	74
CAPITOLO III: MATERIALITÀ DEL QUOTIDIANO FEMMINILE E QUADRO NORMATIVO: DATI, CRITICITÀ E PROSPETTIVE	84
1. Detenzione femminile: condizioni materiali e riflessioni teoriche	84
1.1 Le strutture detentive: riflessioni su uno spazio non neutro	87
2. Lo stato di salute: profili di complessità	94
2.1. Episodi di violenza di genere pregressa.....	94
2.2. La specificità dei bisogni di cura	105
2.3. Rischio suicidario e atti di autolesionismo	112
2.4 Dimensioni dell'affettività e della sessualità.....	120
2.4.1 Maternità	127
3. Lavoro ed istruzione.....	134
4. Risposta normativa: gli strumenti del PNRR	138
5. Programmi gender oriented.....	142
Conclusioni	147
Bibliografia	168

Introduzione

Marginalità, disciplinamento e approccio moralizzante definiscono il discorso sulla detenzione femminile, tanto nella produzione criminologica quanto nella configurazione stessa dell'istituzione penitenziaria. Nella tradizionale costruzione della donna come *Altro* rispetto all'uomo – assunto quale soggetto di diritto e parametro dell'universale – la figura della donna criminale viene a connotarsi per una duplice forma di anormalità: da un lato, l'esclusione dalla norma in quanto donna, differente per natura e relegata ad una sfera separata; dall'altro, la devianza dal modello tradizionale del femminile. Non solo, la devianza femminile storicamente è stata rappresentata come forma di disagio psichico piuttosto che quale rifiuto delle norme imposte, a partire dalla persistente penalizzazione normativa di condotte considerate proprie della biologia femminile e interpretate quale forma di rottura dell'ordine sociale e naturale – si pensi ai reati come l'aborto, l'oltraggio al pudore, la prostituzione, l'infanticidio. Iscritta in una più ampia lettura del *minus* femminile anche in ambito criminale, tale interpretazione ha contribuito ad assimilare le donne imputate a categorie tradizionalmente ritenute parzialmente incapaci – quali anziani, minori o pazzi – configurandole, pertanto, come soggetti caratterizzati da una ridotta imputabilità.

Nel contesto del vasto dibattito nazionale e internazionale sul fenomeno dell'incarceramento femminile emerge come la dimensione biologica abbia rappresentato la lente privilegiata di analisi nel corso del tempo. Il legame indissolubile tra specificità di genere e maternità; la separazione per sesso secondo un approccio binario maschile/femminile; il paradigma della vulnerabilità assoluta delle donne detenute costituiscono i tre pilastri su cui si radicano la riflessione giuridica e le azioni politiche in merito alla detenzione femminile. Diverse sono le letture criminologiche che hanno cercato di rispondere a questa costante rappresentazione stereotipata del femminile nell'ambito criminale e nelle carceri, sottolineando la non neutralità della definizione stessa di ciò che viene considerato crimine, in quanto esito di una costruzione sociale che comporta la stigmatizzazione di taluni comportamenti, piuttosto che di altri, e la categorizzazione di specifici gruppi sociali come devianti². I diversi studi mostrano come l'esperienza carceraria sia profondamente diversa per uomini e donne sotto il profilo fisico ed emotivo; eppure tale differenza stenta ad essere riconosciuta. Difatti, l'ordinamento penitenziario, a parte alcune distinzioni riferite alle esigenze sanitarie delle madri detenute e dei figli, non ha saputo riconoscere la matrice di genere non neutra dell'esperienza carceraria. Ulteriore elemento rilevante nel differenziare l'esperienza carceraria femminile da quella

²Miravalle M., *Quale genere di detenzione? Le donne in carcere in Italia e in Europa*, in Mantovani G., *Donne ristrette*, Ledizioni, Milano, 2018, p.53.

maschile è la relazione tra detenzione femminile e violenza di genere: difatti, molti studi hanno messo in luce la significativa presenza di esperienze di vittimizzazione pregressa, riconducibili, direttamente o indirettamente, alla genesi del comportamento criminoso³.

Nella complessa dimensione di genere che caratterizza il contesto penitenziario si iscrivono le riflessioni sul diritto alla salute, *ex art. 32 cost.*, oggetto di approfondimento della presente ricerca. Tale prospettiva consente di evidenziare come anche il diritto penitenziario e l'intero spazio penitenziario sia costruito su un modello di soggetto solo apparentemente neutro ma in realtà costruito sulla figura maschile, con la conseguente rimozione o marginalizzazione della soggettività femminile.

Il lavoro si apre con un primo capitolo dedicato all'inquadramento del tema, a partire da alcune premesse metodologiche volte a fornire i concetti e le definizioni fondamentali necessari alla comprensione della trattazione. In particolare, il capitolo affronta i concetti di sesso, genere, uguaglianza e differenza, nonché i riferimenti storici e criminologici della devianza femminile e della costruzione androcentrica della struttura penitenziaria. Infine, si propone un primo inquadramento delle questioni relative al diritto alla salute delle donne detenute, tracciando le coordinate per un'analisi più approfondita, poi sviluppata successivamente.

Il secondo capitolo si propone di offrire un inquadramento del concetto di salute e del diritto *de quo*, sviluppando un percorso storico e un'analisi costituzionale. Si ripercorre l'evoluzione della nozione di salute e la nascita del Sistema Sanitario Nazionale nella sua configurazione attuale, per poi esaminare la complessità del diritto alla salute quale diritto costituzionalmente garantito nelle sue molteplici dimensioni: libertà negativa, diritto sociale, diritto finanziariamente condizionato; particolare attenzione è dedicata al ruolo delle Regioni nella concreta attuazione e garanzia del diritto. Infine, il capitolo illustra il funzionamento della sanità penitenziaria, soffermandosi sia sulle peculiarità del carcere come *agente patogeno* sia sulle criticità operative che emergono nel divario tra norma e prassi.

Il terzo capitolo è dedicato all'analisi della condizione detentiva femminile, integrando la descrizione delle condizioni materiali con una riflessione teorica e critica sulle specificità di genere. L'attenzione è rivolta alle caratteristiche strutturali degli istituti penitenziari, intesi come spazi non neutri rispetto alle esigenze delle donne detenute. Il focus è poi posto sullo stato di salute della popolazione femminile ristretta, evidenziando la complessità dei fattori che incidono sul benessere psico-fisico delle stesse: dalla frequente presenza di episodi di violenza di genere pregressa, alla specificità dei

³ *Donne detenute e vissuti di vittimizzazione*, in *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, Antigone, 2023, <https://www.antigone.it/>.

Introduzione

bisogni di cura, fino ai profili di rischio suicidario e di autolesionismo, nonché alle dimensioni dell'affettività, della sessualità e della maternità. Vengono, altresì, esaminate le opportunità lavorative e formative che concorrono alla definizione del benessere complessivo e del percorso trattamentale delle donne. Le riflessioni sullo stato di salute delle donne detenute assumono come riferimento teorico la Medicina di genere quale *paradigma trasformativo* che combina ricerca biomedica e psico-sociale con l'obiettivo di superare le diseguaglianze e garantire un equo accesso alla salute. Il capitolo si conclude con l'analisi della recente normativa in materia, con particolare riferimento agli strumenti previsti dal PNRR e con una ultima riflessione sui programmi *gender oriented* – esito dell'esperienza di ricerca condotta all'estero durante il secondo anno di dottorato, presso l'Universidad Rey Juan Carlos di Madrid, nonché dell'opportunità di confrontarsi direttamente con i materiali e i documenti forniti dall'Instituto de la Mujer – volti a cogliere le esigenze specifiche della popolazione detenuta femminile.

Le riflessioni conclusive si pongono in realtà come spazio di domande e interrogativi ancora aperti, concentrandosi in merito al senso della giustizia e agli strumenti punitivi di cui essa si avvale, il senso della pena e del carcere come deterrenti di queste condotte violente, il principio rieducativo della pena *ex art. 27 cost.* Infine, le considerazioni sul diritto alla salute e la sua declinazione nello spazio penitenziario si intrecciano a nuove complessità, in particolare, l'ingresso della telemedicina - ambito al quale il PNRR dedica particolare attenzione, individuandola come strumento possibile volto a colmare le carenze esistenti nella garanzia effettiva del diritto alla salute e, dall'altro, a promuovere l'ammodernamento e l'efficienza del sistema sanitario nazionale, nella missione M6C1: “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” – e delle tecnologie basate sull'intelligenza artificiale, le quali sollevano nuove questioni sia sul piano fattuale sia sotto il profilo della tutela dei diritti costituzionalmente garantiti.

La presente indagine intende, dunque, assumere le lenti dell'analisi di genere per riflettere sulla complessità del diritto alla salute *ex art. 32 cost* nella dimensione detentiva, superando il paradigma dell'associazione tra specificità di genere e maternità e risignificando il ruolo stesso del dispositivo carcerario, in quanto “modello costruito sul campione maggioritario maschile”⁴. Nel riconoscere la non neutralità dello spazio e del tempo, così come dei soggetti che lo costruiscono e lo attraversano, tanto nella pratica quanto nella teoria, si intende riaffermare lo sguardo situato di questa analisi; la posizione epistemologica assunta mentre si scrive è componente integrante il processo di produzione di conoscenza: le rielaborazioni e le riflessioni qui riportate sono influenzate dai contesti circostanti e sono frutto di un posizionamento in quanto soggetto di genere femminile, portatore di un corpo

Sibilla Zoraide Maria Cipolla

sessuato femminile, bianco, abile, etero, istruito, occidentale, economicamente autonomo ma precario.

CAPITOLO I:

GENERE, CARCERE E SALUTE: UN INTRECCIO COMPLESSO

Sommario. 1 Alcune premesse di merito e di metodo. – 1.1 Sesso, genere e Costituzione. – 1.2 «Non è uguaglianza quella che fa dell'uomo la mia misura»: uguaglianza e differenza alla prova del carcere. – 2. Genere e sistema penitenziario. – 2.1 Sulla delinquenza femminile: brevi cenni di criminologia. – 2.2 L'istituzione carceraria quale luogo androcentrico. – 3. Salute, genere e penitenziario: brevi note introduttive per un discorso più ampio.

1. Alcune premesse di merito e di metodo

La complessità dell'intreccio tra diritto alla salute *ex art.* 32 Cost. e sistema penitenziario⁴ assume rilevanza ulteriore se osservata mediante le lenti dell'analisi di genere – ovvero «la prospettiva che mette a tema l'osservazione del diritto – quale scienza sociale – nei termini di dispositivo di potere gerarchizzato e gerarchizzante *fra i generi e dei generi*»⁵ – di cui questo lavoro di ricerca intende servirsi. Difatti, così come il diritto anche il sistema penitenziario è costruito secondo un modello di soggetto falsamente neutro, poiché originalmente maschile, che ignora la soggettività femminile, già di per sé marginale e marginalizzata nel diritto penale e negli spazi detentivi. Anche solo da un primo sguardo sui dati della detenzione femminile in Italia, così come in Europa, si riscontra una marginalità storica e una sottorappresentazione delle donne – diverse sono, tuttavia, le riflessioni in merito alla costruzione degli spazi carcerari, modellati sul soggetto maschile che rappresenta il 96% della popolazione detenuta, mentre lo “spazio del diritto” è composto da soggetti maschili e femminili in egual misura. E, tuttavia, le riflessioni in merito allo spazio carcerario come luogo androcentrico risultano interessanti per comprendere la dimensione femminile all'interno dello stesso – che si attestano costantemente tra il 4% e il 5,34% del totale della popolazione italiana dal 1991 ad oggi; tale dato risulta in linea con la media europea secondo cui le donne detenute non superano il 10% della popolazione ristretta⁶. In aggiunta, nel quadro dell'ampio dibattito internazionale sul fenomeno dell'incarceramento femminile emerge come la dimensione biologica sia la *lente*

⁴ Per un esame approfondito della normativa di riferimento e dei principali profili di interesse di diritto penitenziario si rinvia alla consolidata e ampia produzione dottrinale, come ricostruita nei numerosi commentari in materia.

⁵ Lorenzetti A., *Genere e detenzione. Le aporie costituzionali di fronte a una “doppia reclusione”*, BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, n.1, 2021, p.140, <https://www.biodiritto.org/>.

⁶ Si veda Miravalle M., *Quale genere di detenzione? Le donne in carcere in Italia e in Europa*, in Mantovani G., *Donne ristrette*, Ledizioni, Milano, 2018, pp.29-58.

privilegiata attraverso cui è stato affrontato il tema nel corso del tempo. La riflessione giuridica e l'azione politica sulla detenzione femminile sono, infatti, radicate «nel legame indissolubile tra specificità di genere e maternità, nel dogma della separazione di genere e nel paradigma della vulnerabilità assoluta delle donne detenute»⁷. In Italia, infatti, al momento della rottura del «monopolio maschile del penitenziario»⁸, la gestione della popolazione carceraria si era attestata sulla separazione per sesso, secondo un approccio binario maschile/femminile, che rispondeva alle esigenze di catalogazione del diritto e alla problematica questione di promiscuità sessuale all'interno degli istituti mediante «l'eliminazione del rischio»⁹. E tuttavia tale monopolio maschile si rafforza con la nascita del carcere femminile incidendo profondamente sulla costruzione androcentrica dello spazio detentivo e sulla quotidianità della vita femminile nello stesso. Sul punto, Tamar Pitch afferma come la separazione venga contestata dal femminismo anglosassone poiché il limitato numero di donne in carcere determina che la loro condizione venga considerata meno rilevante rispetto a quella maschile, risultando, di conseguenza, destinataria di risorse economiche e culturali limitate¹⁰. È paradigmatico in tal senso osservare come la giurisprudenza della Corte di Strasburgo nel decennio 2000-2010 abbia assunto un posizionamento ritenuto ideologico, rispetto ai caratteri della specificità della detenzione femminile, individuati nelle aree della maternità, dell'allattamento al seno e della vulnerabilità assoluta delle donne detenute¹¹. In proposito, l'European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) del 2000 riformula il concetto stesso di vulnerabilità per le donne detenute, riconoscendo bisogni specifici e vulnerabilità diverse da quelle degli uomini. In particolare, «in combination with these differences, the fact that women are far fewer in number poses a variety of challenges for prison administrations,

⁷ Ciuffoletti S., *The female brain: la prospettiva biologicamente orientata nella tutela dei diritti delle donne detenute*, in Botrugno C. e Caputo G. (a cura di), *Vulnerabilità, carcere e nuove tecnologie Prospettive di ricerca sul diritto alla cura*, Phasar Edizioni, Firenze, 2020, p. 128.

⁸ Ciuffoletti S., Dias Vieira A., *Reparto D: Un tertium Genus Di detenzione? Case-study sull'incarceramento di persone transgender nel carcere di Sollicciano*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, n. 1, 2015, pp.159-207.

⁹ Sul punto anche l' European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), si è espresso affermando come «however, allegations of ill-treatment of women in custody by men (and, more particularly, of sexual harassment, including verbal abuse with sexual connotations) arise more frequently, in particular when a State fails to provide separate accommodation for women deprived of their liberty with a preponderance of female staff supervising such accommodation», 10th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1999.

¹⁰ Pitch T., *Dove si vive, come si vive*, in Campelli E., Faccioli F., GiorDano V., Pitch T., *Donne in carcere. Ricerca sulla detenzione femminile in Italia*, Feltrinelli, Milano, 1992.

¹¹ Ciuffoletti S., *The female brain: la prospettiva biologicamente orientata nella tutela dei diritti delle donne detenute*, op. cit. Sul concetto di vulnerabilità si rimanda agli esaustivi studi di Maria Giulia Bernardini, in particolare *La capacità vulnerabile*, Jovene, Napoli, 2021. In particolare, rileva in questo caso la nozione di vulnerabilità come specificità individuale, ossia «la particolare condizione di discriminazione e/o esclusione alla quale taluni – coloro che appartengono ai “gruppi vulnerabili” – sono esposti ad essere rilevante. Le persone in questione, infatti, sono *rese* vulnerabili dalla presenza di condizioni socio-contestuali, in genere ascrivibili al loro particolare posizionamento sociale ed economico. Si tratta di condizioni idonee a produrne una discriminazione e un'esclusione di carattere sistematico, strutturale», *La capacità vulnerabile*, op. cit, p.33.

often resulting in less favourable treatment as compared to imprisoned men. This stems from the fact that prison rules and facilities have been developed for a prison population in which the male prisoner is considered to be the norm»¹². Vulnerabilità, assunta come «*status quo* nell'interpretazione del rapporto tra uomo (aggressore) e donna (vittima) in carcere»¹³, e dogma della separazione si intrecciano nella caratterizzazione della vita detentiva femminile e, tuttavia, un parziale allentamento di tale indirizzo si rintraccia nelle *European Prison Rules* del 2006 (EPR, elaborate dal Consiglio d'Europa) che favoriscono la partecipazione congiunta alle attività organizzate, riconoscendo la necessità di garantire un eguale accesso per uomini e donne alle attività trattamentali¹⁴.

Nella consapevolezza che i trattati internazionali generali sui diritti umani non siano né *gender-specific* né *prison-oriented*, il dibattito in merito alla specificità della detenzione femminile trova origine nel Patto internazionale delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici che rappresenta il primo riferimento alle donne in stato di gravidanza nei termini di divieto di pena di morte¹⁵, aprendo così «la strada al paradigma della maternità come dimensione di riferimento per la protezione delle donne in carcere»¹⁶. Ulteriori strumenti internazionali sulla protezione dei diritti civili per le persone detenute si possono identificare nelle Standard Minimum Rules delle Nazioni Unite per i detenuti del 2015 (le cosiddette *Mandela Rules*), nelle già citate *European Prison Rules* del 2006 (EPR, elaborate dal Consiglio d'Europa) e nelle Standard Minimum Rules for Noncustodial Measures delle Nazioni Unite del 1990 (le cosiddette *Tokyo Rules*). La prospettiva di genere trova ulteriore spazio nelle Bangkok Rules, quale integrazione delle Standard Minimum Rules dell'ONU, che respingono l'illusione dell'universalità dei diritti umani in carcere, riaffermando l'approccio di genere come lente necessaria per osservare la realtà carceraria, rifiutando la strategia dell'*equal protection* e osservando i bisogni delle donne detenute «non come "speciali", rispetto a quelli universalmente riconosciuti per gli uomini, ma i bisogni che fanno parte dell'esperienza comune della vita

¹² European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), January, 2018, <https://rm.coe.int/168077ff14>.

¹³ Ciuffoletti S., *The female brain: la prospettiva biologicamente orientata nella tutela dei diritti delle donne detenute*, op. cit., p.140.

¹⁴ «Exceptions can be made to the requirements for separate detention in terms of paragraph 8 in order to allow prisoners to participate jointly in organised activities, but these groups shall always be separated at night unless they consent to be detained together and the prison authorities judge that it would be in the best interest of all the prisoners concerned», *Rule 18.9., European Prison Rules*, 2006, <https://rm.coe.int/european-prison-rules-978-92-871-5982-3/16806ab9ae>.

¹⁵ U.N. International Covenant on Civil and Political Rights, adottato nel 1966 ed entrato in vigore nel 1976; art. 6.5: «Sentence of death shall not be imposed for crimes committed by persons below eighteen years of age and shall not be carried out on pregnant women».

¹⁶ Ciuffoletti S., *The female brain: : la prospettiva biologicamente orientata nella tutela dei diritti delle donne detenute*, op. cit., p.137.

quotidiana negli istituti penitenziari femminili»¹⁷.

Studiare, dunque, il rapporto tra salute e genere all'interno dello *spazio penitenziario* – in questo senso si intende utilizzare tale termine per indicare lo spazio fisico e teorico che vede le donne attraversare e confrontarsi con i luoghi della giustizia e dell'espiazione della pena; uno spazio teorico inteso come “discorso” su criminalità e detenzione femminile. Dunque, le riflessioni intendono concentrarsi sull'ordinamento penitenziario, sugli studi criminologici che hanno accompagnato storicamente il tema della detenzione femminile e sui luoghi di espiazione della pena quali spazi androcentrici – significa riconoscere la diversità e specificità dell'esperienza della detenzione femminile «non tanto per questioni legate all'asserita maggiore vulnerabilità della donna in quanto tale [poiché intesa come soggetto debole, vittima nel rapporto con l'uomo aggressore], quanto piuttosto per il fatto che il dispositivo carcerario è un modello costruito sul campione maggioritario maschile»¹⁸.

1.1 Sesso, genere e Costituzione

Nell'obiettivo di analizzare il complesso rapporto tra genere, salute e sistema penitenziario si ritiene necessario fornire un lessico chiaro e condiviso che risponda alla scelta metodologica dell'analisi di genere applicata al diritto. Pare, pertanto, necessario porre come prime categorie di riferimento i concetti di sesso e genere e il rapporto tra essi.

Si definisce “sesso” quel costrutto culturale e sociale che, tuttavia, ha un nucleo biologico irrinunciabile, ovvero la sessualità riproduttiva della specie – si nasce solo e soltanto *da un corpo di donna*¹⁹ – storicizzata e determinata culturalmente; con “genere” si intende, invece, la categoria descrittiva e analitica che nasce grazie all'epistemologia femminista degli anni '70 del XX secolo²⁰ con l'obiettivo di dimostrare come la subordinazione femminile abbia una matrice socioculturale e non naturale-biologica. Quest'ultima riconosce, in aggiunta alla differenza biologica dei sessi²¹, il dato culturale e sociale, le relazioni di potere che riproducono un assetto gerarchico tra i generi

¹⁷ Ciuffoletti S., *The female brain: : la prospettiva biologicamente orientata nella tutela dei diritti delle donne detenute*, op. cit., p.144.

¹⁸ Ciuffoletti S., *The female brain: : la prospettiva biologicamente orientata nella tutela dei diritti delle donne detenute*, op. cit., p.129.

¹⁹ Pezzini B., *Nascere da un corpo di donna: un inquadramento costituzionalmente orientato dall'analisi di genere della gravidanza per altri*, in *Costituzionalismo*, fascicolo n. 1/ 2017, <https://www.costituzionalismo.it/>.

²⁰ Le prime riflessioni in merito al concetto di genere si ritrovano in Millet K., *Sexual Politics*, University of Illinois Press, 1970 e Rubin G., *The traffic in Women: Notes on the “Political Economy” of sex*, In Rayna R. Reiter (ed.), *Toward an Anthropology of Women*, Monthly Review Press, 1975, pp. 157-210.

²¹ Riprendendo le parole di Narotzky S. «donde termina el sexo continúa y/o empieza el género, pero también las relaciones de género – aunque no solo estas – inciden en la construcción social del sexo», in *Mujer, mujeres, género : una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (España), 1995, p.92.

maschile e femminile. Trattasi di un codice binario e relazionale storicamente e culturalmente determinato, dunque, dinamico nel tempo e nello spazio²², in cui il femminile è definito sempre come l'Alterità, come il *secondo sesso*²³. Nel 1986 Joan Scott, nel testo *Il "genere": un'utile categoria di analisi storica*, fornisce una delle principali definizioni del concetto: «un elemento costitutivo delle relazioni sociali fondate su una cosciente differenza tra i sessi» e «un fattore primario del manifestarsi dei rapporti di potere»²⁴. Riprendendo le parole di Barbara Pezzini, «tra sesso e genere non si dà una sequenzialità data e banale, ma un'interazione complessa: in esso rilevano entrambe le dimensioni del femminile e del maschile, quella più immediatamente restituita dal sesso, cui appartengono la biologia, la corporeità, la sessualità e la riproduzione, e quella relativa a ruoli, possibilità, costrutti di potere connessi socialmente all'appartenenza sessuale (il genere)»²⁵.

Anche la categoria dell'uguaglianza, per come declinata nel primo e secondo comma all'art. 3 Cost., si pone quale riferimento necessario nell'analisi del rapporto tra genere, salute e sistema penitenziario, in particolare nella riflessione su uguaglianza e differenze che lo spazio detentivo accoglie – o non accoglie – in sé. Eguaglianza e differenza nella dimensione giuridica sono concetti *relativi*, ovvero agiscono in riferimento ad un parametro o unità di misura; tale precisazione assume rilevanza fondamentale nel momento in cui si riflette sulla condizione detentiva delle donne, in particolare, in merito alla definizione del *tertium comparationis*, ovvero il parametro di riferimento necessario per configurare la relazione di uguaglianza²⁶. Detto altrimenti: il criterio di riferimento per valutare lo stato di salute delle donne detenute è lo stato di salute degli uomini detenuti? O quello delle donne libere? Quali differenze rilevano? E quali gli strumenti adatti a valorizzarle? Sul punto si intende riflettere approfonditamente.

²² Barbara Pezzini in tal senso afferma come «la dimensione in cui si compie la costruzione giuridica del genere è necessariamente mobile, dinamica; i contenuti di genere sono socialmente variabili e, come tali, sono anche attivamente rinegoziabili; la costante ridefinizione del genere e dei rapporti di genere impedisce di isolarne le caratteristiche in una statica dimensione essenzialistica o naturalistica», in *Costituzione italiana e uguaglianza dei sessi. Il principio antisubordinazione di genere*, in Pezzini B., Lorenzetti A. (a cura di), *70 anni dopo tra uguaglianza e differenza. Una riflessione sull'impatto del genere nella Costituzione e nel costituzionalismo*, Giappichelli, Torino, 2019, p.10.

Si vedano, in aggiunta, le riflessioni di Butler J. in *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, New York, Routledge, 1990.

²³ Si riprende qui il celebre testo di Simone de Beauvoir, *Il secondo sesso*, 1949.

²⁴ Scott J., *Il "genere": un'utile categoria di analisi storica*, in *Rivista di storia contemporanea*, n.4. 1987.

²⁵ Pezzini B., *Costituzione italiana e uguaglianza dei sessi. Il principio antisubordinazione di genere*, op.cit., p.10.

Vedi anche Nicolás Lazo G., *Debates en epistemología feminista: del empiricismo y el standpoint a las críticas postmodernas sobre el sujeto y el punto de vista*, in Bodelón E., Nicolás G., *Genero y dominación. Críticas feministas del derecho y el poder*, Anthropos Editorial, Barcelona, 2009, pp. 25-62.

²⁶ In merito alle riflessioni su uguaglianza e differenza di genere nel diritto si rimanda ai molti studi di Letizia Gianformaggio, in particolare Gianformaggio L., *Eguaglianza, donne e diritto*, Facchi A., Faralli C, Pitch T. (a cura di), Il Mulino, 2005, Bologna.

Per tornare all'art. 3 Cost., il primo comma, nel riconoscere l'uguaglianza formale di tutti i cittadini e le cittadine davanti alla legge, menzionando esplicitamente come primo elemento di discriminazione la categoria del sesso – si ricorda come il termine genere non sia ancora stato utilizzato nel 1948 ma nasca solo più tardi grazie alle riflessioni femministe degli anni '70 – permette di rimuovere «ogni discriminazione e impedire la subordinazione delle donne; le relazioni tra i sessi nei vari ambiti della vita sociale – dalla famiglia, al lavoro, alla sfera politica – emergono in forma palese di fronte al diritto che, sino ad allora, aveva invece contribuito a dissimularne la stessa esistenza»²⁷. Il secondo comma, affidando alla Repubblica il compito di rimuovere gli ostacoli che limitano di fatto l'uguaglianza, riconosce come le differenze dei sessi siano state elaborate e costruite socialmente riproducendosi «infinitamente come differenze di potere che, a loro volta, costruiscono e producono differenze di genere». Tuttavia, questo superamento non avviene mediante la rimozione delle differenze in sé, quanto piuttosto attraverso la sensibilizzazione dell'uguaglianza stessa al genere. Riprendendo Barbara Pezzini: «l'uguaglianza – declinata nelle sue dimensioni formale, sostanziale e in prospettiva dinamica – cessa di essere una prescrizione astratta e viziata dalla rimozione del genere, diventa sensibile al genere, viene orientata dalla capacità di riconoscere il dualismo dei sessi: l'uguaglianza dei sessi non è un punto di partenza astratto, è obiettivo raggiungibile al termine di un processo nel corso del quale ogni persona è considerata tenendo conto delle effettive condizioni di genere». Difatti, la Costituzione richiama questa differenza in tutti quei rami della vita pubblica e privata attraversati dal genere: dalle relazioni familiari (artt. 29, 30, 31), al lavoro (artt. 36 e 37) ai diritti politici (artt. 48, 51 e 117, comma 7). Dunque, nella lettura che si intende seguire nel presente lavoro, il principio di uguaglianza dei sessi non è inteso come orientato alla sola «rimozione delle discriminazioni a carico delle donne mediante norme che assicurano la parità di trattamento a prescindere dal sesso di appartenenza; essa deve assumere pienamente il riferimento a un principio antisubordinazione che riconosce l'esigenza fondativa e fondante di rimuovere la subordinazione del genere femminile al maschile, leggendo le condizioni di genere come un assetto di potere»²⁸.

In questo rileva, pertanto, il *principio antisubordinazione di genere* quale fondamento della Costituzione italiana, che «agisce l'uguaglianza innestando un processo circolare di ri-definizione di tutti i soggetti coinvolti, in cui lo spazio stesso viene ridefinito per essere reso abitabile da tutti e da tutte. La regola antisubordinatoria consente di pensare alla differenza di genere in modo *originario* o *costitutivo*, facendo sì che non sia la differenza di sesso (e in particolare, la differenza del sesso

²⁷ Pezzini B., *Costituzione italiana e uguaglianza dei sessi. Il principio antisubordinazione di genere*, op.cit., p.8.

²⁸ Pezzini B., *Costituzione italiana e uguaglianza dei sessi. Il principio antisubordinazione di genere*, op.cit., p.11.

femminile) a essere invocata davanti alla norma per aspirare – in quanto *particolare* – all’inclusione nella norma assunta come *universale*, ma sia la norma stessa a essere posta in discussione “*in quanto generalità solo apparente (perché protegge e difende soltanto il potere d’uno dei due sessi)*”²⁹. In questo senso, la Costituzione «incorpora una prospettiva di ridefinizione dell’universale che non può più semplicisticamente coincidere con gli orizzonti e le categorie del diritto preesistenti in una prospettiva meramente assimilazionistica del “femminile” entro costruzioni normative e istituti definiti da un orizzonte di esperienza esclusivamente “maschile”»³⁰, imponendo, così, «un’elaborazione culturale più complessa della lettura della differenza dei sessi e dell’uguaglianza, da declinare in chiave antidiscriminatoria, antistigmatizzazione e, soprattutto, in chiave anti-subordinazione, valorizzando quella differenza che sarebbe resa irrilevante da un’uguaglianza normativa pensata in funzione meramente antidiscriminatoria»³¹. In questo senso, dunque, la sola logica antidiscriminatoria sottesa alla mera equivalenza tra uomini e donne avrebbe un effetto uniformante dei diritti e «moltiplicatore neutro di trattamenti»³² al prezzo di trascurare la differenza sessuale nella procreazione e nel modo in cui si viene al mondo³³. La regola antisubordinazione, dunque, rivolge l’attenzione alle strutture sociali che producono le differenze tra i sessi, leggendo «le strutture di genere come assetto di potere» con l’obiettivo di una «ridefinizione di quegli spazi e meccanismi che le discriminazioni hanno reso possibile»³⁴.

Per ultimo, nella consapevolezza delle differenze dei soggetti femminili che vivono e attraversano con i loro corpi lo spazio detentivo, portando su di sé tutte le loro specificità etniche, di vissuto migratorio, di classe, di età, di orientamento sessuale ecc., pare necessario, soffermarsi anche sul concetto di intersezionalità, elaborato nel 1989 dall’attivista e giurista statunitense Kimberlé Crenshaw. Con tale nozione si intende infrangere «la convinzione di “un soggetto-donna falsamente universale e neutrale”, necessariamente accomunato da biografie e istanze simili o addirittura identiche. La prospettiva intersezionale, nelle sue varie elaborazioni, contribuisce ad affrontare il

²⁹ Pezzini B., *Costituzione italiana e uguaglianza dei sessi. Il principio antisubordinazione di genere*, op.cit., p.12.

³⁰ Pezzini B., *Costituzione italiana e uguaglianza dei sessi. Il principio antisubordinazione di genere*, op.cit., p.13. Accanto al principio antisubordinazione di genere si colloca il principio antifascista, quale «origine materiale» della Costituzione della Repubblica italiana. «L’antifascismo – che fa vivere la matrice della Costituzione nella sua capacità di attualizzare e garantire il divieto di riorganizzazione dell’esperienza politica fascista – è, invece e specularmente, l’alterità positiva che la Costituzione tutta esprime e pretende: è stata ed è, per il nostro paese, la condizione preliminare perché la democrazia fosse possibile – e continui ad esserlo». Sul punto si veda Pezzini B., *Fascismo/antifascismo: l’alterità politica matrice della Costituzione repubblicana*, in *Costituzionalismo.it*, fascicolo n.1/2025, pp. 113-165, www.costituzionalismo.it.

³¹ *Ibidem*.

³² Olivito E., “Non è uguaglianza quella che fa dell’uomo la mia misura”, in Azzariti, Gaetano (a cura di), *Uguaglianza o differenza di genere? Prospettive a confronto*. Atti del Seminario di Roma, 26 novembre 2021, p.100.

³³ Olivito E., “Non è uguaglianza quella che fa dell’uomo la mia misura”, op.cit., pp.87-110.

³⁴ Lorenzetti A., *Genere e detenzione. Le aporie costituzionali di fronte a una “doppia reclusione”*, op. cit., p.141.

tema delle differenze all'interno di gruppi costruiti socialmente e percepiti come omogenei dall'esterno, a partire dal gruppo "donne"³⁵. Riprendendo le parole di Barbara Bello, si riconosce l'intersezionalità quale «progetto multivocale di "contestualizzazione" del soggetto di diritto, in cui si assiste all'"esplosione del molteplice" e in cui risaltano le differenze (di classe, di razza, ecc.) tra persone "in carne e ossa", "sitate" all'interno di relazioni di potere asimmetriche»³⁶. In riferimento alle "donne", per esempio, essa considera la molteplicità di esperienze di oppressione ed emancipazione vissute nel quotidiano, le interazioni tra le loro caratteristiche distintive e le ripercussioni che tali interazioni producono sulle loro vite, in particolare, nell'accesso ai diritti e alla giustizia. Appare, dunque, fondamentale assumere la complessità come categoria analitica «nel confronto con le categorie dell'uguaglianza – non soltanto nella dimensione formale e sostanziale, ma anche nei termini di parità, pari opportunità, non discriminazione, diritto alla differenza – tenendo fermo l'assunto per cui quando il genere incrocia un'altra condizione di fragilità ne moltiplica l'impatto»³⁷.

1.2 «Non è uguaglianza quella che fa dell'uomo la mia misura»³⁸: *uguaglianza e differenza alla prova del carcere*

La questione di come inquadrare le riflessioni in merito al diritto alla salute per le donne detenute interroga primariamente il rapporto tra uguaglianza e differenza, lo spazio detentivo e le modalità con cui tali differenze si esplicano al suo interno, nonché l'annosa questione di quale giustizia per le donne. Se le teorie della giustizia contemporanee hanno da sempre riaffermato l'idea delle "sfere separate", ignorando la famiglia, la sua divisione del lavoro, la dipendenza economica e la limitazione di opportunità delle donne, dunque prendendo come soggetto elementare l'individuo, inteso come capo maschio di una famiglia tradizionale, è con gli studi femministi che si rende «manifesta l'interconnessione fra la struttura di genere interna ed esterna alla famiglia e il grado in cui il personale è politico», così come il riconoscimento del genere come elemento strutturante e fondante l'istituzione familiare³⁹. Sul punto gli studi di Tamar Pitch⁴⁰ riassumono le posizioni rispetto al

³⁵ B. G. Bello, *Intersezionalità. Teorie e pratiche tra diritto e società*, Franco Angeli, Milano, 2020, p.9.

³⁶ B. G. Bello, *Intersezionalità. Teorie e pratiche tra diritto e società*, op. cit., p.10.

³⁷ Lorenzetti A., *Genere e condizioni di vulnerabilità nell'emergenza: l'inesorabile emersione di una doppia marginalità*, in E. Catelani, M. D'Amico (a cura di), *Effetto Covid. Donne: la doppia discriminazione*, Il Mulino, Bologna, 2021, p.66.

³⁸ L. Muraro, *Domani si riparte*, in www.libreriadelledonne.it, 3 luglio 2019, in Olivito E., "Non è uguaglianza quella che fa dell'uomo la mia misura", op.cit., p.87.

³⁹ S.M. Okin, *Le donne e la giustizia. La famiglia come problema politico*, Dedalo, Bari, 1999, p.26.

⁴⁰ Si citano solo alcuni dei numerosi lavori di Tamar Pitch sul tema: Pitch T., *Quale giustizia per le donne: appunti per un dibattito* in Campelli E. et al., *Donne in carcere*, Milano, Feltrinelli, 1992, pp.175-185; Pitch T., *Responsabilità limitate. Attori, conflitti, giustizia penale*, Milano, Feltrinelli, 1998; Pitch Tamar, *Il malinteso della vittima. – Una lettura femminista della cultura punitiva*, Gruppo Abele, Torino, 2022.

problema di quale giustizia per le donne, ovvero la stessa giustizia che per gli uomini, una giustizia diversa per le donne o la stessa delle donne per gli uomini⁴¹. Secondo l'Autrice applicare la stessa giustizia delle donne agli uomini, «declinandola come una costruzione di un soggetto di diritto la cui responsabilità sia allo stesso tempo vista come il risultato dell'interazione col contesto di relazioni in cui è inserito e come misura della sua libertà»⁴², sarebbe la scelta preferibile. E del resto, l'ottica universalizzante dei diritti dell'uomo in carcere (volutamente declinati al maschile) poggia sulla premessa problematica secondo cui la parità di trattamento si traduce in un intervento adeguato alle sole esigenze maschili. Sul punto gli studi della psicologia della differenza di genere hanno incorporato una riflessione in merito alla falsa neutralità del diritto e la necessità di rifiutare la logica del maschile come standard di riferimento anche all'interno del campo criminale. In particolare, il femminismo della differenza reinterpreta la stessa come vanto: «la differenza, che in quanto marchio dell'inferiorità e ragione dell'oppressione o della discriminazione, doveva essere nascosta (la possiamo chiamare differenza-esclusione) viene ora esibita, assunta quale espressione dell'identità, quale segno del valore intrinseco (la possiamo chiamare differenza-specificità)»⁴³. Si pensi alla Teoria della cura e alle riflessioni sul senso etico di bambine e bambini di Carol Gilligan, secondo cui i giudizi morali risentono dell'identità sessuale – la donna non si porrebbe nei confronti degli altri, delle regole etc, con modalità antagoniste ma sarebbe più propensa a salvaguardare le ragioni di tutti coloro che sono coinvolti per evitare rotture, conflitti, lacerazioni –⁴⁴ e alle riflessioni di Sonia Ambroset⁴⁵ sulle caratteristiche peculiari della specificità femminile in merito a norma, identità e controllo⁴⁶. Ambroset ritiene, infatti, come storicamente la norma cogente per le donne sia stata quella morale piuttosto che quella giuridica, riferimento, invece, per gli uomini; tale rapporto si evidenzia con la presenza di illeciti di status quali, ad esempio, l'eccessiva promiscuità sessuale o il vagabondaggio, che, pur senza configurare una violazione delle norme giuridiche, conducevano all'internamento delle giovani in riformatori o case di correzione⁴⁷. Rispetto all'identità, la specificità femminile è

⁴¹ La questione di quale punizione sia da adottare per le donne in maniera, dunque, diversa da quella maschile è stata oggetto di studio e di dibattito sin dagli inizi dell'Ottocento, influenzando le riflessioni sui diversi modelli di pena, vedi Zuffa G., *Ripensare il carcere, dall'ottica della differenza femminile*, in *Questione Giustizia*, <https://www.questionegiustizia.it/>.

⁴² Ronconi S., Zuffa G., *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, Ediesse, Roma, 2014., p.27.

⁴³ Sul punto si veda la lettura che ne dà Letizia Gianformaggio in, Facchi A., Faralli C, Pitch T., (a cura di), *Eguaglianza, donne e diritto*, op. cit., p.99.

⁴⁴ Fadda M. L., *Differenza di genere e criminalità. Alcuni cenni in ordine ad un approccio storico, sociologico e criminologico*, 2012, www.dirittopenalecontemporaneo.it, pp.24-25.

⁴⁵ Si veda Ambroset S., *“Criminologia femminile. Il controllo sociale”* Edizioni Unicopli, Milano, 1994.

⁴⁶ Fadda M. L., *Differenza di genere e criminalità. Alcuni cenni in ordine ad un approccio storico, sociologico e criminologico*, op. cit., pp.24-25.

⁴⁷ Fadda M. L., *Differenza di genere e criminalità. Alcuni cenni in ordine ad un approccio storico, sociologico e criminologico*, op. cit., p.25.

caratterizzata da una costruzione identitaria costruita storicamente su passività e dipendenza delle stesse al potere maschile. Infine, riguardo al controllo sociale si sottolinea come le donne abbiano svolto un ruolo di agenti di controllo, sorvegliando, punendo ed educando all'interno della famiglia e delle istituzioni.

Il rapporto tra uguaglianza e differenza rileva, in particolar modo, nel momento in cui ci si interroga su quale debbano essere i parametri di riferimento per valutare lo stato di salute delle donne detenute e, più in generale, il rapporto tra la detenzione in sé e il vissuto delle donne che l'attraversano. Eguaglianza e differenza, difatti, sono «relazioni comparative tra entità distinte, relazioni che presuppongono un parametro, un'unità di misura comune alle diverse entità»⁴⁸. Ma la scelta di tale parametro, seppur intesa dal diritto come neutra e “naturale”, influenza profondamente il rapporto di eguaglianza e la valutazione della differenza come esclusione⁴⁹: «in effetti non è una questione logica ma assiologica, chi sia il soggetto dell'identità, e quali ne siano i criteri; chi sia identico a chi, e chi sia il se stesso al quale e solo al quale si può essere identici»⁵⁰. Ed è esattamente questa falsa neutralità della scelta del parametro dell'uguaglianza che interroga il pensiero femminista, secondo cui la neutralità di genere non è altro che «il canone maschile e lo standard della speciale protezione è, semplicemente, quello femminile» e, tuttavia, «la mascolinità, l'essere maschio, è il referente di entrambi»⁵¹. Questo standard, di fatto, risulta escludente poiché non situato, oggettivo e imparziale, ovvero ignora ogni differenza, riproducendola come inferiorità e diseguaglianza⁵². Alle donne, dunque, il diritto e la filosofia liberale pongono come unica alternativa una declinazione dell'uguaglianza come omologazione e della differenza come esclusione⁵³.

Le riflessioni e il dibattito femminista, a partire dal mondo anglosassone, hanno posto in luce la centralità dell'analisi di genere anche all'interno della criminologia, valorizzando il tessuto relazionale in cui la persona, come soggetto sessuato, è inserita, configurando, così, «un'etica della responsabilità di cui sarebbero portatrici le donne, contrapposta ad un'etica dei diritti come portato

⁴⁸ Letizia Gianformaggio in, Facchi A., Faralli C, Pitch T., (a cura di), *Eguaglianza, donne e diritto*, op. cit., p.99

⁴⁹ Così Gianformaggio L.: «così D è uguale a U, significa che D corrisponde al parametro costituito da U, e se U è un parametro non può, esso, essere diverso, né uguale. Essere uguali ed essere diverso perdono così il loro senso relativo per acquistarne uno assoluto, ed acquistare una connotazione decisamente valutativa. Eguale significa degno mentre diverso significa inferiore. Questo significato di eguaglianza è la *sameness* e la differenza è il segno dell'esclusione», Facchi A., Faralli C, Pitch T., (a cura di), *Eguaglianza, donne e diritto*, op. cit. p.203.

Sul funzionamento dell'analogia giuridica e la natura discrezionale della scelta del parametro così come del criterio di somiglianza si rimanda agli esaustivi e complessi studi di Vito Velluzzi, in particolare *L'analogia "occultata" e l'analogia "negata": spunti giurisprudenziali per l'analisi del ragionamento analogico*, in P. A. *Persona e amministrazione*, 2018, pp. 515 -523 e *L'analogia e il diritto : antologia breve*, L. Pelliccioli , V. Velluzzi (a cura di), Edizioni ETS, 2011.

⁵⁰Gianformaggio L., in Facchi A., Faralli C, Pitch T., (a cura di), *Eguaglianza, donne e diritto*, op. cit. p.92.

⁵¹Mackinnon C.A., *Le donne sono umane?*, Edizioni Laterza, Bari, 2012, p.29.

⁵² T. Pitch, *Sesso e genere del e nel diritto: il femminismo giuridico*, in E. Santoro (a cura di), *Diritto come questione sociale*, Torino, 2010, p.103 che riprende le riflessioni della giurista Martha Minow.

⁵³ Gianformaggio L., in Facchi A., Faralli C, Pitch T., (a cura di), *Eguaglianza, donne e diritto*, op. cit. p.111.

degli uomini»⁵⁴, quelli che in diritto punitivo sono definiti come *Care model* (orientato alla presa in carico e alla riabilitazione) contrapposto ad un *Justice Model maschile* (orientato in senso formalista/garantista e retributivo). Tuttavia, è necessario sottolineare anche uno sguardo critico del femminismo nei confronti della nozione di rieducazione che «rischia di tradursi in un adeguamento a modelli sociali e di comportamento virtuosi, seguendo la logica della divisione sessuale dei ruoli (e dunque particolarmente penalizzante per le donne)»⁵⁵. Non solo, «da un lato questa presuppone un soggetto debole e vulnerabile, e dunque una responsabilità limitata, dall'altro accentua la minorazione/deresponsabilizzazione del rieducando/a, che sono guidati verso un modello di comportamento a discrezione dell'istituzione»⁵⁶. Pertanto, a partire dalle riflessioni sui tassi di delinquenza femminile e lo storico confronto con quella maschile quale riferimento per le teorie criminologiche, la prospettiva di analisi potrebbe essere invertita, interrogandosi, piuttosto, su come sia possibile che gli uomini continuino a manifestare devianza e violenza in modo così diffuso nel tempo e nello spazio. Ridurre lo studio della devianza femminile unicamente ad un confronto con quella maschile pare riduttivo, o quantomeno il criterio utilizzato per tale confronto risulta fallace. L'interrogativo non dovrebbe essere perché sono poche le donne a delinquere, bensì perché sono così numerosi gli uomini che contravvengono alle regole che loro stessi hanno stabilito⁵⁷. In questo senso, ancora una volta «interrogarsi circa le ragioni per cui le donne commettono crimini in misura così inferiore rispetto agli uomini presuppone assumere come termine di paragone, implicito ma evidente, l'universo maschile rispetto a cui la condizione femminile viene raffrontata e parametrata come qualcosa di "altro", di diverso»⁵⁸. E, dunque, una lettura dell'uguaglianza solo in termini di parità e di antidiscriminazione pone il rischio di proporre una mera equivalenza, un'assimilazione del femminile al maschile, che esclude la possibilità di «una differente tessitura dell'universale»⁵⁹, rivendicando il beneficio di diritti «purché alle condizioni già date per tutte e tutti allo stesso modo»⁶⁰.

⁵⁴ Ronconi S., Zuffa G., *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, op.cit., p.25.

⁵⁵ Ronconi S., Zuffa G., *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, op.cit., p.26.

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ Fadda M. L., *Differenza di genere e criminalità. Alcuni cenni in ordine ad un approccio storico, sociologico e criminologico*, op. cit., p. 29. Si rimanda tuttavia agli studi di T. Pitch, *Sesso e genere del e nel diritto: il femminismo giuridico*, in E. Santoro (a cura di), *Diritto come questione sociale*, Torino, 2010, che per prima affronta le riflessioni sulla criminalità femminile incorporando il diverso ruolo di uomini e donne nello spazio pubblico e privato, le violenze domestiche che in questo spazio sono agite dagli uomini e le analogie fra le forme di controllo e disciplina sulle donne nello spazio familiare così come in quello pubblico- istituzionale.

⁵⁸ Lorenzetti A., *Genere e detenzione. Le aporie costituzionali di fronte a una "doppia reclusione"*, op. cit., p.146 che richiama gli studi di T. Pitch e M. Gibson sulla donna delinquente e l'influenza della teoria positivista di Cesare Lombroso sull'immaginario odierno della stessa.

⁵⁹ Olivito E., *"Non è uguaglianza quella che fa dell'uomo la mia misura"*, op.cit., 100.

⁶⁰ *Ibidem*.

Si veda anche Smart C., *Women, Crime and Criminology: A Feminist Critique*, Law Book Co of Australasia, 1978.

Sul punto, «Las mujeres están desarrollando sus derechos en estructuras que tienen todavia un marcado sesgo de genero. Para el debate juridico feminista no solo es necesario hacer complejo el comncepto de justicia e incluir la idea de cuidado,

Sul punto, paiono offrire spunti interessanti le considerazioni riportate nel Rapporto *Human Rights Watch All Too Familiar: Sexual Abuse of Women in U.S. State Prisons*, in merito ad un caso del 1994, *Klinger v. Department of Corrections*. La Eighth Circuit Court of Appeals, annullò una decisione del tribunale distrettuale che imponeva allo Stato del Nebraska di fornire alle donne detenute programmi e servizi *substantially equivalent* a quelli offerti agli uomini, giustificando una programmazione inferiore dal momento che le detenute non erano *similarly situated* agli uomini incarcerati. Analogamente, nel 1996 la Corte d'Appello degli Stati Uniti per il Distretto di Columbia annullò una decisione del tribunale distrettuale che imponeva una programmazione aggiuntiva per le donne detenute, ritenendo che il numero inferiore delle stesse rendesse ragionevole l'offerta di un numero inferiore di programmi. In questo senso, emerge come la lettura del principio di uguaglianza come “parità di trattamento” necessiti non solo di una riflessione critica in merito a quale debba essere il parametro di riferimento di tale comparazione – e in questo caso il parametro è ancora una volta il soggetto maschile – ma, di fatto, produca una diminuzione di risorse e opportunità per le donne detenute⁶¹. Lo stesso paradigma di uguaglianza come parità di trattamento si riscontra nelle riforme carcerarie statunitensi del XX secolo, basate sul modello “separati ma uguali”, che tuttavia, nel nome di una assimilazione del trattamento femminile a quello maschile, comportava richieste di condizioni più repressive per le donne con l’obiettivo di renderle *uguali* a quelle maschili. Tale impostazione non è dipesa semplicemente da una lettura formalistica del principio di uguaglianza bensì dall’assunzione del maschile come norma di riferimento del sistema punitivo⁶². Sul punto si intendono successivamente sviluppare ulteriori riflessioni, muovendo altresì dall’esame di programmi *gender oriented*, secondo una lettura dell’uguaglianza non intesa unicamente come parità di trattamento, bensì attenta alla valorizzazione delle differenze come costitutive il soggetto sessuato che attraversa e vive la condizione detentiva.

Ulteriori linee di riflessione emergono nella lettura del caso *Alexandru Enache c. Romania*, portato difronte alla Corte EDU. Il caso vedeva la richiesta da parte di un detenuto, condannato a sette anni di reclusione, di sospensione dell’esecuzione della pena finalizzata alla cura del figlio appena nato. Tuttavia, il ricorrente si vedeva respinta l’istanza per una lettura restrittiva dell’articolo 453, paragrafo 1, lettera b), dell’allora vigente Codice di procedura penale, che prevedeva la sospensione della pena

sino que como se ha visto es necesario tambien situar historica u socialmente ese concepto de cuidado y mostrar que, tal como senala Selma Sevenhuijzen : “las divisiones sociales en el cuidado estan fuertemente marcadas por el genero, la clase social, la etnicidad y las relaciones de poder quel as informan», Bodelón E., *Derecho y Justicia no androcéntricos*, in Quaderns de Psicologia, Vol. 12, 2, 2010, p.192.

⁶¹ Human Rights Watch, *All too familiar: Sexual Abuse of Women in U.S. State Prisons*, dicembre 1996, https://www.hrw.org/reports/1996/Us1.htm#_1_9.

⁶² Vedi Davis A., *Aboliamo le prigioni. Contro il carcere, la discriminazione, la violenza del capitale*, Edizioni minimum fax, Roma, 2022.

solo per le madri condannate e fino al primo anno di età del figlio. La Corte dichiara all'unanimità che vi sia stata violazione dell'art. 3 della Convenzione e, con una maggioranza di cinque voti contro due, che non vi sia stata violazione dell'art. 14 in combinato disposto con l'articolo 8. Se da un lato l'opinione dissenziente della giudice Yudkivska rimarca lo storico schiacciamento del femminile nel solo ruolo di madre, in quel «legame tra il genere femminile e i ruoli tradizionali attribuiti alle donne come madri, portatrici di figli, allattanti»⁶³; dall'altro l'opinione separata dissenziente (parere congiunto parzialmente dissenziente dei giudici Pinto de Albuquerque e Bošnjak) permette di porre il parametro femminile come riferimento per una giustizia maggiormente tutelante anche per gli stessi detenuti uomini. Così, dunque: «Ensuring both fathers and mothers have an opportunity to make their case before a judge poses no serious risks or threats to the judicial system or to broader goal of fairness in the Romanian society. If anything, it will do the opposite. It will ensure both men and women are seen as primary caregivers and that fathers are equally important in the lives of their children. This will indirectly contribute to promoting, rather than hindering, gender equality in Romania»⁶⁴. In questo senso, l'assunzione del parametro femminile esplicherebbe «la potenziale forza di attrazione [de]le misure di discriminazione positiva progettate per le donne [...] se interpretate come misure intrinsecamente legate alla dignità umana, alla riabilitazione e al reinserimento sociale»⁶⁵, dunque estese a tutta la popolazione detenuta.

2. Genere e sistema penitenziario

Nonostante la costruzione apparentemente neutrale e indifferente al genere dello spazio carcerario – in cui, così come nella società libera, la forza dell'ordine maschile si misura dal fatto che «la visione androcentrica si impone in quanto neutra e non ha bisogno di enunciarsi in discorsi miranti a legittimarla»⁶⁶ –, il corpo femminile si pone necessariamente *di traverso* rispetto a questa impostazione androcentrica, interrogando e forzando lo spazio detentivo, «proprio perché in prima persona sperimenta le mancanze del sistema carcerario (modellato intorno alla figura del maschile)

⁶³ Ciuffoletti S., *The female brain: : la prospettiva biologicamente orientata nella tutela dei diritti delle donne detenute*, op. cit., p.179.

Così l'opinione della giudice: «Whilst both men and women engage in reproduction, only women have the capacity to become pregnant and give birth, and this difference has its physical, psychological and emotional dimensions. [...]Men and women are equal, but they are not the same. There are fundamental biologically based differences related to their reproductive function that must be acknowledged in the law and accommodated by the law; and the impugned CCP provision, as well as number of international documents referred to in the judgment, address them. Gender equality does not mean that men and women are forced into sameness. Wrong perception of equality may identify it as sameness, which should not be promoted by a fight against discrimination», European Court of Human Rights, Fourth section case of Alexandru Enache v. Romania (application no. 16986/12) judgment (extract) strasbourg 3 october 2017, final 03/01/2018.

⁶⁴ European Court of Human Rights, Fourth section case of Alexandru Enache v. Romania (application no. 16986/12) judgment (extract) strasbourg 3 october 2017, final 03/01/2018.

⁶⁵ Ciuffoletti S., *The female brain: : la prospettiva biologicamente orientata nella tutela dei diritti delle donne detenute*, op. cit.,192.

⁶⁶ Bourdieu P., *Il dominio maschile*, Feltrinelli, decima edizione, Milano, 2023.

rispetto alle esigenze di un corpo non neutro»⁶⁷. «Il corpo di chi si trova recluso è un corpo mortificato, un corpo che è solo apparentemente della detenuta che lotta per mantenerne il controllo, contendendolo al potere carcerario che – prendendo a prestito il concetto di Foucault – cerca di renderlo un *corpo docile*»⁶⁸. Il discorso sulla detenzione femminile, così per come emerge dagli studi criminologici e dalla stessa costruzione dell'istituzione penitenziaria, si caratterizza per una costante marginalità, disciplinamento e da un approccio moralizzante. La storica considerazione della donna come Altro rispetto all'uomo quale soggetto di diritto e riferimento per la costruzione dell'universale, comporta che le donne devianti «siano soggette ad una duplice forma di anormalità. Non sono comprese nella norma, in quanto donne, differenti per natura, e dunque assegnate ad una sfera specifica, e sono anormali, in quanto devianti dal femminile»⁶⁹.

2.1 Sulla delinquenza femminile: brevi cenni di criminologia

Come accennato poc'anzi, la marginalità storica del femminile all'interno del sistema penitenziario è riscontrabile anche negli studi di criminologia⁷⁰. Difatti, l'interesse per la devianza femminile è stato a lungo oscurato e osservato solo mediante un inquadramento subordinante della donna stessa per come emerge anche nel testo *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale* (1893) di Cesare Lombroso, in cui si individuava la causa della criminalità femminile nella maggiore debolezza e ottusità delle donne rispetto agli uomini. Si pensi alla dettagliata descrizione proposta da Lombroso delle “prostitute-nate”, con una diretta associazione tra esercizio della prostituzione e crimine di matrice esclusivamente femminile: «Esse hanno un cranio dalle capacità minime e la mandibola supera quelle delle donne oneste; esse hanno, al pari delle donne delinquenti, un'attitudine al male per il male, un odio di origine automatica, non prodotto da una causa esterna, da un insulto o da un'offesa, ma da un'eccitazione morbosa dei centri psichici che ha bisogno di sfogarsi; le donne prostitute, del tutto simili alle donne delinquenti, nonostante la differenza delle loro condotte, sono oggettivamente inferiori ai delinquenti maschi, sia di numero che nella capacità delinquenziale. Le donne prostitute, nello specifico, sono sia le professioniste del sesso che le donne dedite all'adulterio e comunque il profilo delinquenziale delle stesse, rispetto a quello maschile, tende ad andare più nella direzione della prostituzione, anziché del crimine classicamente inteso (omicidio, ladrocinio e altre forme di violenza). E infine esse sono dedite all'alcolismo, alla cupidigia, hanno una forma di “pazzia

⁶⁷ Stagno C., 'L'universo dei nostri bisogni negati'. *I corpi delle donne di Prima Linea all'interno del carcere* in *Rivista Antigone*, Volume XVII, 2, 2022, p. 144, www.associazionantigone.it.

⁶⁸ Stagno C., 'L'universo dei nostri bisogni negati'. *I corpi delle donne di Prima Linea all'interno del carcere*, in *Rivista Antigone*, XVII, 2, 2022, p.143, www.associazionantigone.it.

⁶⁹ Ronconi S., Zuffa G., *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, op.cit., p.245.

⁷⁰ Si riprende quanto accennato precedentemente sull'intenzione di analizzare lo spazio penitenziario in senso ampio, ovvero non solo quello spazio fisico dell'istituto carcerario ma il “luogo teorico” del pensiero e del “discorso” su criminalità e detenzione femminile.

morale” di base, innata, una bontà ad intermittenza, amano le bestie, sono affette da ghiottoneria e voracità, soccombono all’ozio e alla vanità, alla menzogna e il loro carattere appare segnato profondamente dalla volubilità, dalla leggerezza, dall’imprevidenza, ovviamente alcune sono affette da sindrome isterica»⁷¹. Storicamente, infatti, la donna deviante, colei che contravveniva alle regole della società maschile, non è mai stata riconosciuta come soggetto consapevole di ribellione o di disagio sociale, ma, a motivo della sua presunta inferiorità biologica e psichica, è stata considerata come “posseduta” (come nel caso della stregoneria) o malata mentale (come nel caso delle diagnosi di isteria)⁷². Dunque, la donna criminale, che si allontanava dai caratteri di docilità, debolezza e sensibilità propri del femminile, assumeva dei caratteri “mascolini” come una maggiore intelligenza, attivismo e vivacità a cui si sommavano i peggiori difetti dell’animo femminile: «l’inclinazione alla vendetta, l’astuzia, la crudeltà, la passione per il vestiario, la menzogna, il rancore, l’inganno, formando così frequentemente dei tipi di una malvagità che sembra toccare l’estremo»⁷³. In questa lettura la devianza femminile si costituirebbe come una «patologia di disadattamento nei confronti delle regole e dei valori della società»⁷⁴ presente in maniera maggiore negli strati subalterni della popolazione⁷⁵. Inoltre, la storica penalizzazione normativa che la donna subisce – si pensi ai reati come l’aborto, l’oltraggio al pudore, la prostituzione⁷⁶, l’infanticidio considerati propri della biologia stessa femminile e forme di rottura sia dell’ordine sociale sia di quello naturale – ha comportato una visione da parte della dottrina sulla devianza femminile come forma di disagio psichico piuttosto che espressione di rifiuto delle norme imposte. «È, infatti, molto diffusa l’idea che le malattie mentali rappresentino per le donne una forma di comportamento equivalente (come espressione di disagio o ribellione) e alternativo alla criminalità. La malattia mentale viene assunta come equivalente funzionale della criminalità maschile; mentre per gli uomini il comportamento deviante si traduce in

⁷¹ Simone A., *La prostituta nata. Lombroso, la sociologia giuridico-penale e la produzione della devianza femminile*, in “Materiali per una storia della cultura giuridica”, 2, 2017, p.391.

⁷² Fadda M. L., *Differenza di genere e criminalità. Alcuni cenni in ordine ad un approccio storico, sociologico e criminologico*, op. cit., p.1.

⁷³ Fadda M. L., *Differenza di genere e criminalità. Alcuni cenni in ordine ad un approccio storico, sociologico e criminologico*, op. cit. p.3.

⁷⁴ Fadda M. L., *Differenza di genere e criminalità. Alcuni cenni in ordine ad un approccio storico, sociologico e criminologico*, op. cit. p.5.

⁷⁵ Maggiori approfondimenti in Meola F., *Detenzione e questioni di genere: a proposito della condizione carceraria femminile*, in *Biodiritto e condizione detentiva*, BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto , n.4, 2022, pp. 117-154, <https://www.biodiritto.org/>.

⁷⁶ Rispetto a questa condotta in particolare il processo di naturalizzazione della stessa avviene «tra la fine del XIX secolo e gli inizi del XX, ovvero quando la scuola di criminologia positivista di Lombroso, Ferri e Ferrero diventa un punto di riferimento sia per il diritto penale che per le teorie sulla devianza, ma alla base si erano consumati già dei cambiamenti più sostanziali nella produzione di «ordini discorsivi» legati a ciò che Foucault ha chiamato “dispositivo sessualità”», in Simone A., *La prostituta nata. Lombroso, la sociologia giuridico-penale e la produzione della devianza femminile*, op.cit., p. 394.

comportamento criminale, nelle donne assume la forma del crollo mentale»⁷⁷, assunzione che tuttavia non risulta essere supportata da dati empirici. Inoltre, la lettura della criminalità femminile come espressione di un *minus* della donna, anche in questo campo, alimenta le considerazioni su una diminuita imputabilità delle stesse poiché considerate al pari di anziani, minori e pazzi⁷⁸. A paragone con gli uomini – non minori e non anziani –, dunque, le donne sono state considerate doppiamente pericolose in quanto violano non solo le leggi penali ma anche la norma sociale della loro condizione femminile⁷⁹. In questo senso, la scuola positivista e il determinismo biologico di matrice lombrosiana mostrano la loro persistenza all'interno della produzione degli «ordini discorsivi» contemporanei sulla sessualità femminile e sulla prostituzione⁸⁰.

All'interno della sociologia critica le criminologhe femministe di fine anni '70 furono le prime a mettere in dubbio le idee tradizionali della donna delinquente, incorporando il concetto di genere nelle teorie col fine di analizzare specificamente le carceri femminili, i discorsi e le idee che sostenevano la sua organizzazione e il funzionamento, mettendo in luce come lo storico approccio criminologico fosse basato sull'assunzione dell'uomo quale standard di riferimento che riduce le donne ad eccezione. Nel 1975 Freda Adler nel suo testo "*Sister in crime*" sostiene l'esistenza di un nesso tra criminalità ed emancipazione femminile, secondo cui la minore presenza criminale delle donne sarebbe dovuta ad una maggiore sottomissione familiare e sociale, superata la quale le donne si "emanciperebbero" anche in ambito criminale. La tesi emancipativa ebbe un enorme impatto culturale dal momento che, per la prima volta, la devianza femminile veniva inquadrata all'interno del rapporto gerarchico tra i generi, prendendo in considerazione fattori sociali, storici ed economici del diverso posizionamento di uomini e donne nella società e, dunque, nella criminalità. Nel testo *Crime and Disrepute* (1994), J. Hagan teorizza come esistano due diverse forme di controllo che si esercitano sull'individuo: il controllo formale delle leggi e del contratto sociale e quello informale della famiglia, il cui rapporto è inversamente proporzionale. È dunque, la famiglia a modulare le relazioni di classe e di genere che influiscono sulla distribuzione sociale della delinquenza. Entrambe le teorie, tuttavia, risultano solo parzialmente esaustive dal momento che postulano un rapporto di proporzionalità diretta tra emancipazione della donna dall'autorità familiare patriarcale e futuro

⁷⁷ Fadda M. L., *Differenza di genere e criminalità. Alcuni cenni in ordine ad un approccio storico, sociologico e criminologico*, op. cit. p.10.

⁷⁸ Si veda anche Ferrero I., "*Eva delinquente*": *la scuola positiva e l'imputabilità al femminile*, in G. Mantovani, *Donne ristrette*, op.cit., pp.489-501.

⁷⁹ Almeda E., *Corregir y castigar. El ayer y hoy de las carceles de mujeres*,. Bellaterra, Barcellona, 2002, p.252-254.

⁸⁰ Si veda Simone A., *La prostituta nata. Lombroso, la sociologia giuridico-penale e la produzione della devianza femminile*, op.cit., e Simone A., *La devianza femminile nell'ordine discorsivo criminologico e nella sociologia giuridico-criminale. Un approccio critico*, in Rinaldi Cirus, Saitta Pietro, *Criminologie critiche contemporanee*, Giuffrè, Milano, 2018, pp. 209-231.

aumento della devianza, che non si riscontra nei costanti e diffusi bassi tassi di criminalità femminile⁸¹. Più recentemente, si è posta la questione secondo una prospettiva opposta, ovvero interrogandosi sul perché siano gli uomini ad essere maggiormente coinvolti nella giustizia penale. Le donne, infatti, sono perlopiù trattate come un'eccezione, eppure «la separazione tra sfera privata e sfera pubblica ha agito da velo, ha impedito non solo di vedere le violenze e gli abusi perpetrati nella cosiddetta sfera privata, ma anche le differenze e le somiglianze del controllo sociale agito nelle due sfere, la sostanziale complementarietà tra le modalità di disciplina e controllo delle donne in famiglia e quelle pubbliche e istituzionali»⁸², elementi che caratterizzano sostanzialmente la criminalità femminile.

2.2 L'istituzione carceraria quale luogo androcentrico

Nell'analisi dello *spazio penitenziario* come luogo fisico e discorso sulla detenzione, si ritiene che un breve excursus storico possa essere particolarmente interessante, per due ragioni principali: da un lato permette di individuare il punto d'inizio nel passato da cui far decorrere la storia in merito all'oggetto di studio; dall'altro permette di porre in discussione ciò che ad ora sembra consolidato ed eterno, mostrando, invece, i percorsi che l'hanno connotato socialmente e storicamente⁸³.

E, pertanto, nell'analizzare la situazione delle donne recluse si devono necessariamente considerare tre elementi centrali che caratterizzano la detenzione delle stesse: la storia dell'istituzione penitenziaria, attraversata da profondi stereotipi di genere e paternalismo che si riscontrano ancora ad oggi; in secondo luogo, il carcere come una struttura androcentrica, ovvero pensata e progettata per le sole esigenze maschili adattata, in un secondo momento, anche alla presenza femminile; per ultimo, la residualità storica della presenza femminile che accentua questa invisibilizzazione e marginalizzazione delle donne⁸⁴. «La questione criminale era e resta in larga parte una questione maschile e mascolina»⁸⁵, difatti, «le donne si configurano come soggetti a metà tra l'adulto e il

⁸¹ Fadda M. L., *Differenza di genere e criminalità. Alcuni cenni in ordine ad un approccio storico, sociologico e criminologico*, op. cit., pp.15-20. Si veda anche Ciuffoletti S., *Le politiche legislative sulla detenzione femminile in Italia. Tra effettività e propaganda*, in Il Mulino, Rivista- web, Studi sulla questione criminale, IX, 3, 2014, pp. 47-71.

Si rimanda poi al testo sulle teoria della cavalleria che spiega la maggiore clemenza dei giudici nei confronti delle donne autrici di violenza come "protezione" del ruolo familiare a loro tradizionalmente assegnato. Smaus, G., *Io sono io, per una criminologia critica femminista*, Feest J., Pali B., Trenz H., (a cura di), Castelvecchi, 2024, Roma.

⁸² T. Pitch, *Sesso e genere del e nel diritto: il femminismo giuridico*, op. cit., p.116.

⁸³ Si ritiene particolarmente importante riportare questo inciso sulla necessità di un approccio anche storico al fenomeno, recuperando le riflessioni di Vianello F., *Sociologia del carcere. Un'introduzione*, Carrocci Editore, Roma, seconda edizione, 2019, p.11.

⁸⁴ Ulteriori approfondimenti in Manonelles A.B., *Régimen disciplinario y mujeres presas. Un análisis criminológico con perspectiva de género*, Instituto de las Mujeres, Madrid 2020.

⁸⁵ Ronconi S., Zuffa G., *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, op. cit., p.19

minore, fra la normalità (maschile) e la deviazione patologica (femminile)»⁸⁶, caratterizzate da quell'*infirmity sexus* che le colloca in uno stato di perenne minorazione. La storica marginalizzazione e residualità del femminile negli studi criminologici e nelle scelte politiche di governi e amministrazioni penitenziarie si riscontra non solo nella visione del genere maschile quale standard di riferimento, riducendo le donne «ad un'eccezione di “paradigmi e approcci costruiti al maschile”»⁸⁷ ma anche nella stessa costruzione e gestione della carcerazione femminile⁸⁸. La storia del carcere è stata tipicamente caratterizzata da un pregiudizio cronologico e di genere non riconosciuto; da un lato gli studi criminologici hanno dato priorità a un particolare periodo storico nella loro discussione sulla “nascita del carcere”, dall'altro le riflessioni sulla detenzione femminile sono storicamente assenti nella maggior parte degli studi sull'incarcerazione. L'evoluzione del sistema carcerario, pertanto, è stato storicamente presentato come neutrale e indifferente all'importanza e impatto del genere; di conseguenza, il rapporto tra genere e punizione, e in particolare quello tra genere e carcere, è stato oscurato⁸⁹.

La storia del carcere femminile ha avvio dalle crociate morali volte a risocializzare le donne non conformi alle aspettative sessuali e culturali della società; le donne rinchiusi in questi istituti erano accusate di atti lesivi della morale pubblica e di comportamenti considerati “troppo liberi”. Le donne “problematiche” erano una sottocategoria dei bisognosi di aiuto e/o correzione, accomunate agli anziani e ai ragazzi indipendentemente dalla loro età. Difatti, le prime istituzioni anticipatorie del carcere moderno furono le *House of Correction* inglesi e gli stabilimenti correzionali olandesi, improntate su un modello di controllo di tipo familiare. Tuttavia, case di correzione si svilupparono a partire dalla metà de XVII secolo in tutta Europa con alcune leggere differenze nei paesi cattolici, come Francia, Italia e Spagna. In particolare, pur non configurandosi come vere case di correzione, si trattava di rifugi o “conservatori femminili destinati a donne povere e malate, alle quali veniva offerto sostegno sia materiale sia spirituale⁹⁰. L'assenza di un marito, sotto la cui autorità proteggere la propria morale ed onore, enfatizzava la marginalità di queste donne, situazione che richiedeva una

⁸⁶ Ronconi S., Zuffa G., *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, op.cit., p.22.

⁸⁷G. Mantovani, *Donne ristrette*, op.cit., p.30.

⁸⁸ «Uno dei più influenti studi storico-sociologici sul carcere femminile è stato il libro di Nicole Rafter che ricostruisce la storia della carcerazione femminile statale negli Stati Uniti dal 1800 al 1935, mostrando come essa possa essere divisa in tre fasi: in una prima fase le donne vengono detenute insieme agli uomini, e dunque soggette a violenze sessuali e degradazioni di ogni genere; in una seconda fase le donne sono collocate in sezioni a loro dedicate delle carceri maschili, sezioni caratterizzate da sostanziale abbandono e negligenza; in una terza fase si costruiscono carceri femminili in cui viene sperimentata una forma intensiva di controllo diretto a risocializzare le recluse ai ruoli femminili tradizionali», Ronconi S., Zuffa G., *Recluse*, op.cit., p.23.

⁸⁹ Bosworth M., *Confining femininity: A History of Gender, Power and Imprisonment*, in *Theoretical Criminology*, 4, 3, 2000, pp. 265-284.

⁹⁰ Agnella C., *Continuità disciplinare nell'internamento femminile: due approcci storico-sociologici a confronto*, in *L'esecuzione Penale Delle Donne: Temi, Ricerche, Prospettive*, Antigone, semestrale di critica del sistema penale e penitenziario, Anno XVII, 2, 2022, p.163, www.associazioneantigone.it.

loro “redenzione” mediante l’affido alla tutela di qualcuno. Così gli istituti femminili si affermano come risposta concreta a disciplinamento e addomesticamento sociale, nei quali si affiancano donne che commettono reati e donne che non si attengono alle norme sociali (trasgressioni sessuali, fughe da casa, abbandono dei figli ecc.). La funzione di controllo veniva affidata a signore appartenenti all’alta borghesia, atte a promuovere campagne di purezza sociale, o a ordini religiosi. In quest’ottica di detenzione, le donne, accumulate ai minori e ai pazzi, vengono messe sotto tutela, accudite e rieducate, mediante un modello di “gestione familiare” improntato all’educazione delle stesse al modello sociale di *angelo del focolare*, lighe ai valori della famiglia e aderenti al ruolo sociale imposto, sotto la vigilanza di ordini monastici femminili⁹¹. L’ideologia costitutiva dei riformatori aderiva ad un immaginario del femminile come diverso, vulnerabile, fragile e dipendente: così come nella famiglia la donna era subordinata e dipendente dall’uomo, garante della sua moralità, così le case di correzione agivano nel riportare la donna a quelle virtù femminili di onestà e sottomissione⁹².

Emerge, dunque, come nell’arco dei secoli le condotte devianti che conducevano le donne nei conventi e negli istituti riguardavano principalmente “la sfera sessuale”, ambito in cui il controllo sociale più frequentemente agiva sui corpi femminili. «Alla commissione dei reati da parte delle donne era attribuito il carattere di “doppia trasgressione”, dovuta non solo alla violazione della legge, ma anche alla trasgressione della morale e dei ruoli tradizionalmente associati al genere femminile»⁹³. Pertanto, a partire dal XVI secolo, in Europa si assiste alla fondazione di numerosi istituti femminili, sostenuta sia da Chiesa e dallo Stato sia da iniziative laiche. Accanto ai conservatori destinati alle giovani considerate “pericolanti” sorsero istituzioni specifiche dedicate alle donne ritenute pericolate, ovvero donne già cadute nel peccato e dunque da redimere e controllare, spesso prostitute, donne ripudiate, separate o malmaritate⁹⁴. In maniera differente dai monasteri medievali e rinascimentali destinati a ex meretrici, dove le donne rimanevano per tutta la vita prendendo i voti, i conservatori delle pentite avevano come obiettivo il reinserimento sociale, attraverso un matrimonio combinato o l’impiego presso famiglie agiate, nonostante questa divenga spesso una soluzione definitiva⁹⁵. Tuttavia, ciò che differenzia principalmente i conventi medievali, nei quali le donne venivano costrette ad una reclusione forzata, dalle moderne istituzioni carcerarie è la finalità specifica delle

⁹¹ Si vedano gli studi di Bosworth M. sulla carcerazione femminile in Francia, in Bosworth M., *Confining femininity: A History of Gender, Power and Imprisonment*, in *Theoretical Criminology*, 4, 3, 2000, pp. 265-284.

⁹² Zuffa G., *Ripensare il carcere, dall’ottica della differenza femminile*, op.cit.

⁹³ Agnella C., *Continuità disciplinare nell’internamento femminile: due approcci storico-sociologici a confronto*, op.cit., p.168.

⁹⁴ Carbone A., *Peccatrici. Il controllo sociale sulle donne nel Mezzogiorno moderno*, in *Itinerari di ricerca storica*, XXX - 2016, numero 2 (nuova serie), pp.95-96.

⁹⁵ *Ibidem*.

stesse volta a «produrre un tipo di individuo docile, malleabile e pronto al duro lavoro nella nascente società capitalistica»⁹⁶.

Per quanto riguarda l'Italia, già nel tardo Quattrocento e all'inizio del Cinquecento si assiste alla nascita di tali istituzioni che si diffondono poi a partire dalla seconda metà del XVI secolo mediante il progetto controriformistico e l'attività di disciplinamento moralizzante della Chiesa cattolica. In particolare, «la reclusione e il disciplinamento dell'anima su una corporeità fortemente mortificata permangono come capisaldi del sistema assistenziale e reclusorio femminile per tutta l'età moderna»⁹⁷. A partire dalla fine del Settecento, tuttavia, le influenze della Rivoluzione francese apportano una rinnovata riflessione sulla detenzione femminile: si passa dunque ad un intervento statale che «attraverso misure quali il lavoro e l'alfabetizzazione, si preoccupa di formare buone madri di famiglia e oneste lavoratrici, separando nettamente, attraverso una crescente specializzazione dell'assistenza, le percolate dalle pericolanti»⁹⁸. Nonostante ciò, permangono ancora radicate le rappresentazioni moralizzanti cattoliche della donna autrice di reato così come le modalità di espiazione della colpa che si affiancano ai rinnovati modelli correzionali delle carceri femminili con l'obiettivo di garantire l'ordine e la sicurezza pubblica. La modalità di espiazione delle pene prevedeva, per entrambi i sessi, tre tipologie di istituti di reclusione: case di pena per condanne superiori a due anni; carceri giudiziarie per condanne inferiori o per chi era in attesa di processo; case di custodia – i c.d. riformatori – per minorenni. Gli istituti carcerari femminili, tuttavia, permangono principalmente sotto l'amministrazione degli ordini religiosi, come quelli delle Suore di S. Vincenzo de' Paoli, le Suore della Provvidenza dell'Immacolata Concezione e le Suore del Buon Pastore; solo nei casi delle prigioni giudiziarie le detenute ricadevano sotto la supervisione di direttori.

Accanto a ciò, le considerazioni in merito alle sanzioni penali per uomini e donne vedono riflessa quella sostanziale differenza tra internamento maschile e femminile, di cui poc'anzi. Nonostante, infatti, i principi di pene secolari regolate da una legislazione nazionale e il riconoscimento dei diritti negativi riservati ai detenuti uomini, contenuti nel Codice Zanardelli del 1889, «le donne italiane non godettero né delle prime né dei secondi durante i primi cinquant'anni dell'unificazione. Esse furono perciò doppiamente emarginate dalla società italiana, sia come detenute che come donne: il disinteresse dello Stato italiano nei loro confronti rappresenta uno dei molti modi in cui alle donne fu

⁹⁶ Agnella C., *Continuità disciplinare nell'internamento femminile: due approcci storico-sociologici a confronto*, op.cit., p.162.

⁹⁷ Carbone A, *Peccatrici. Il controllo sociale sulle donne nel Mezzogiorno moderno*, op.cit., p.98.

Si veda anche Agnella C., *Continuità disciplinare nell'internamento femminile: due approcci storico-sociologici a confronto*, op.cit.

⁹⁸ Carbone A, *Peccatrici. Il controllo sociale sulle donne nel Mezzogiorno moderno*, op.cit., p.104.

negata la cittadinanza nell'Italia liberale»⁹⁹, rimarcando il permanere di numerosi e storici *bias* di genere relativi alla responsabilità penale e alla determinazione delle pene. Difatti, il codice prevede per le donne un trattamento differenziato rispetto agli uomini nelle norme relative a adulterio, infanticidio e aborto¹⁰⁰: se da un lato un uomo poteva intentare una causa di adulterio basandosi su prove piuttosto inconsistenti, dall'altro una donna doveva dimostrare che il marito mantenesse «una concubina nella casa coniugale o notoriamente altrove»¹⁰¹. L'adulterio, inoltre, costituiva la causa prima della separazione legale, la disparità di trattamento di fronte alla legge di cui poc'anzi, comportava una maggiore esposizione delle donne alla perdita della casa, del reddito e dei figli. Di contro, il Codice prevedeva una riduzione di pena per le donne che si macchiavano dei reati di infanticidio o aborto, mostrando un atteggiamento più mite per le stesse; tuttavia, tale trattamento differenziato non era rappresentazione del riconoscimento alle donne di un loro autonomia sessuale, quanto, piuttosto, una forma di garanzia dell'onore familiare¹⁰².

In merito alla gestione degli spazi carcerari, si riscontra come in Europa, già a partire dal secolo XVI, esistevano norme e riferimenti legislativi riguardanti il principio di separazione tra uomini e donne all'interno degli istituti di reclusione; le donne, tuttavia, pur essendo collocate in appositi reparti ed edifici separati all'interno di carceri maschili, non disponevano di strutture detentive esclusivamente femminili, dal momento che l'elevato costo di costruzione e mantenimento degli spazi per un numero limitato di detenute costituiva il principale ostacolo alla realizzazione di carceri interamente femminili¹⁰³.

Esempio interessante ed esplicativo è quello dell'*Hôpital Général*, istituto parigino composto da quattro case principali - *Salpêtrière*, *Bicêtre*, *Scipion* e *La Pitié* -, ognuna delle quali aveva la responsabilità di una particolare parte della popolazione impoverita e mendicante. In particolare, *Salpêtrière* era stato progettato per ospitare donne malate, sane, incinte, sterili, pazze insieme ai loro figli e alle coppie povere di anziani; l'ubicazione, prima di una *maison de force* e poi di *un'école de réform*, nel cuore del più grande complesso ospedaliero femminile di Parigi, mostra la chiara percezione della reclusione femminile durante *l'ancien régime* e l'età moderna. Durante tutto il periodo di detenzione nella *maison de force*, insieme alla popolazione mendicante confinata nel resto dell'ospedale, le prigioniere furono esortate a riformarsi attraverso il lavoro; tale attività costituiva di fatto una parte fondamentale della risposta istituzionale alla violazione della legge e tuttavia le

⁹⁹ Gibson M., *Ai margini della cittadinanza: le detenute dopo l'Unità italiana (1860-1915)*, Storia delle donne, 3, 2007, p.207.

¹⁰⁰ Gibson M., *Ai margini della cittadinanza: le detenute dopo l'Unità italiana (1860-1915)*, op .cit., p.191

¹⁰¹ Codice penale italiano (1889), artt. 353-354.

¹⁰² Gibson M., *Ai margini della cittadinanza: le detenute dopo l'Unità italiana (1860-1915)*, op.cit., p.191.

¹⁰³ Almeda E., *Corregir y castigar. El ayer y hoy de las carceles de mujeres*, op.cit., pp.21-26.

principali attività delle donne erano relegate al lavoro tradizionalmente femminilizzato – si pensi al lavoro di cucito e di tessitura. Accanto all’opera di disciplinamento istituzionale mediante il lavoro, la religione assumeva un ruolo fondamentale e complesso all’interno di queste strutture, difatti, nonostante il *Salpêtrière* fosse una istituzione laica, l’ospedale invocava comunque un immaginario religioso sia nella sua amministrazione che nei suoi obiettivi, affiancando alle immagini religiose presenti nell’edificio una visione delle donne rinchiuso come penitenti. Nonostante le pretese universalizzanti della Rivoluzione francese e le promesse di libertà e uguaglianza, le donne, libere e recluse, rimasero escluse dalla tanto declamata “fraternità”; questo nuovo immaginario non modificò le condizioni della detenzione femminile, su cui si continuò ad agire in termini di applicazione della scienza psichiatrica e lavoro forzato femminilizzato, mantenendo quei principi moralizzanti di stampo religioso. Sebbene rappresentativa di epoche diverse e di ideologie diverse della pena, la storia di queste istituzioni all’interno della *Salpêtrière* rivela una sostanziale continuità nelle idee, nei trattamenti e nella tipologia di donne recluse tra il 1684 e il 1916. In questo senso, la storia di *Salpêtrière* assolve chiaramente a due compiti centrali negli studi sulla detenzione femminile: in primo luogo, mette in discussione la data di nascita del carcere rivelando che le pratiche "moderne" di reclusione possono essere sorte e utilizzate contemporaneamente come forme di punizione corporale molto prima di quanto gli studi abbiano rivelato; in secondo luogo, rivela come le categorie di analisi all’interno della criminologia siano state inadeguate, dal momento che hanno sistematicamente escluso il genere come elemento centrale. In aggiunta, gli stereotipi e la costruzione stessa del genere sono stati elementi centrali nella strutturazione delle ragioni volte a giustificare la reclusione delle donne e gli obiettivi di disciplinamento e addomesticamento delle stesse¹⁰⁴. Si sottolinea come, pertanto, la presenza femminile nel diritto penale interessasse il sistema giuridico sotto due aspetti: da un lato sotto l’idea di controllo della sfera della sessualità nella definizione e costruzione di reati come adulterio, aborto o infanticidio e, per convesso reati di stupro e seduzione subiti dalle donne, da sempre connotati sessualmente; dall’altro sotto la necessità di porre un limite nell’infliggere pene al corpo femminile¹⁰⁵.

In conclusione, diversi autori – si pensi a Cohen ma anche Foucault – hanno guardato al modello conventuale come antesignano di una serie di istituzioni di internamento per le donne, quali

¹⁰⁴ Bosworth M., *Confining femininity: A History of Gender, Power and Imprisonment*, in *Theoretical Criminology*, op. cit.

¹⁰⁵ Sul punto le riflessioni dei giuristi si concentravano sulla diversa imputabilità delle donne: «Le donne, ci si chiede, sono nella loro capacità di delinquere uguali agli uomini, o non sono forse più facilmente assimilabili, per la loro debolezza ed immaturità, ai vecchi, ai minori, ai pazzi? Nel loro sviluppo personale non restano forse in un perpetuo stato intermedio tra il fanciullo e l’uomo adulto? E l’accertata maggiore sensibilità e complessità dell’animo femminile rende le donne che delinquono più o meno colpevoli? Quali sono i crimini tipici “del sesso femminile”? La pena, infine, deve essere inflitta alle donne negli stessi modi adottati per punire reati commessi da maschi?», Graziosi M., *Infirmitas sexus. La donna nell’immaginario penalistico*, in *Democrazia e Diritto*, n.2, 1993, pp.99-143.

«riformatori, scuole, rifugi, tutti essenzialmente improntati ad un “gender system based on male control over female sexuality and on women’s socioeconomic and political subordination”»¹⁰⁶. In questo senso, la costruzione della soggettività femminile riformata - docile, mansueta ed equilibrata - aderiva all’ideale borghese della “true womanhood” che prevedeva la “sexual and vocational regulation”¹⁰⁷. Pertanto, il modello di giustizia che si afferma in relazione alle donne, siano esse autrici di reato o semplicemente donne non conformi al modello di femminilità imposto, si definisce *parziale*, in quanto privo di quelle garanzie e diritti del sistema penale e penitenziario riconosciuti, al contrario, ai soggetti maschili. Si definisce, inoltre, questo modello di gestione del carcere femminile come familiare e conventuale «in quanto “dominato da una disciplina paternalistica, gestita da figure in prevalenza femminili” che tendevano a moralizzare le detenute in base alla dicotomia buone/cattive, a seconda che si conformassero o meno ad un ideale di femminilità» e organizzato secondo i ritmi della preghiera e lo svolgimento di mestieri considerati femminili¹⁰⁸.

3 Salute, genere e penitenziario: brevi note introduttive per un discorso più ampio

Lo spazio detentivo si presenta non solo come «spazio di sottrazione (il carcere sottrae il reo dallo spazio sociale e tutela la collettività dalla minaccia) ma come spazio liminale, proprio perché *produce* quel margine di disvalore economico, differenzia il corpo sociale e depotenzia coloro che vi fanno ingresso, restituendoli alla collettività al termine della detenzione più fragili, più poveri e più vulnerabili»¹⁰⁹. Ciò che si rileva nella detenzione è «la compresenza di molti fattori determinanti uno stato di sofferenza psichica: angoscia, ansia, impotenza, promiscuità, rapporti sociali imposti, espropriazione di ogni riservatezza e di intimità» che comportano «una patologia fatta di solitudine, di emarginazione, di sradicamento, di perdita d’identità»¹¹⁰. Difatti, il carcere risulta essere un luogo capace di incidere negativamente sulla stabilità emotiva e psichica delle persone provocando e generando disturbi mentali in quantità maggiore rispetto alla società esterna. Non solo. Il carcere si costituisce in sé come luogo che genera e riproduce violenza acuendo i traumi già presenti su soggettività già marginalizzate e vulnerabilizzate nella “società libera”. Monica Cosby¹¹¹ sottolinea

¹⁰⁶ Agnella C., *Continuità disciplinare nell’internamento femminile: due approcci storico-sociologici a confronto*, op.cit., p.161.

¹⁰⁷ Agnella C., *Continuità disciplinare nell’internamento femminile: due approcci storico-sociologici a confronto*, op.cit., p.171 riprende gli studi di Rafter N., *Partial Justice. Women, Prisons and Social Control*, Transaction Publishers, New Brunswick and London, 1990.

¹⁰⁸ Agnella C., *Continuità disciplinare nell’internamento femminile: due approcci storico-sociologici a confronto*, op.cit., p.174.

¹⁰⁹ Verdolini V., V., *Recensione a Pitch T., Il malinteso della vittima. Una lettura femminista della cultura punitiva*, in *Rassegna Italiana di Sociologia*, Fascicolo 2, 2024, p. 270.

¹¹⁰ Baccaro L., *Carcere e salute*, Edizioni Sapere, Bari, 2003, p.43.

¹¹¹ Femminista abolizionista di Chicago.

come il carcere sia di per sé espressione di violenza di genere in un *continuum* con le forme di violenza sessuale e domestica; infatti, l'utilizzo del dispositivo carcerario e penale rafforza una cultura di violenza e di mascolinità distruttiva propria delle prigioni che agisce direttamente sull'aumento della violenza di genere dentro e fuori dello stesso. «Il carcere si configura, infatti, come un “hyper masculine space” in cui gli uomini che hanno agito violenza di genere apprendono, riproducono, subiscono e rafforzano forme brutali di mascolinità»¹¹². In questo contesto, lo stupro assume rilevanza centrale quale strumento di controllo e disciplinamento dei corpi detenuti, maschili – «femminilizzati per essere dominabili o poiché dominati»¹¹³ – e femminili, dal momento che «fonda la dominazione eteronormata virilista»¹¹⁴.

Le conseguenze delle riflessioni criminologiche positiviste si riscontrano anche in un approccio trattamentale orientato ad un focus psicoterapeutico e correzionalista per le detenute che continua ad essere predominante rispetto a quello riabilitativo e risocializzante; l'obiettivo ultimo delle carceri femminili continua ad essere la correzione e disciplinamento delle donne che hanno infranto le leggi penali e si sono allontanate dal loro ruolo sociale tradizionale, producendo e riproducendo stereotipi e *bias* di genere¹¹⁵. Questo vuoto del femminile, o meglio l'origine femminile del modello rieducativo nel carcere moderno di cui l'assenza di una teorizzazione al femminile costituisce l'altra faccia, produce un modello trattamentale basato su una «minorazione appresa» che posiziona la donna a metà tra l'adulto e il minore¹¹⁶. Sul punto, rileva la storica attribuzione di una minorazione femminile a supposti deficit del femminile – come eccesso affettivo, volubilità e capricciosità – invece di interpretarla, al contrario, come il risultato dei meccanismi dell'istituzione totale, che perpetua tale minorazione¹¹⁷. Inoltre, la contiguità tra la costruzione del femminile e la costruzione del patologico¹¹⁸ – che sia tossico, criminale o deviante – si esplica nella nozione di anormalità. Infine,

¹¹²Fiore S., Millefiorini M., *Femminismo anticarcerario: dal pensiero anarchico all'abolizionismo*, in DonnaWomanFemme, *Gattebuie. Voci femministe sul carcere*, Utopia, 143-144, 2025, p. 66.

¹¹³ *Ibidem*.

¹¹⁴ Vergès F., *Una teoria femminista della violenza. Per una politica antirazzista della protezione*, Ombre Corte, 2021, p.25.

¹¹⁵ Almeda E., *Corregir y castigar. El ayer y hoy de las carceles de mujeres*, op. cit., p.252-254.

¹¹⁶ Ronconi S., Zuffa G., *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, op.cit., p.244.

Si veda anche Massaro A., *Le donne di fronte alla dimensione maschile e binaria del carcere*, in Anastasia S., Effer T., (a cura di), *Madri e non solo. Ricerche interdisciplinari sul carcere delle donne e le sue alternative*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2025, pp. 13-24.

¹¹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁸ Molti sono gli studi sul rapporto tra malattia mentale e criminalità femminile e, dunque, sulla categorizzazione della donna criminale come *mad woman*. Non potendo trattare il tema in maniera più approfondita si rimanda all'ampia letteratura sul tema: Pitch T., *Responsabilità limitate. Attori, conflitti, giustizia penale*, Milano, Feltrinelli, 1998; Roselló Peñaloza M., Cabruja Ubach T., Gómez Fuentealba P.S., *¿Feminización de la psicopatología o psicopatologización de lo femenino? Construcciones discursivas de cuerpos vulnerables*, in Athenea Digital, n.2, 2019, pp. 1-19; Graziosi M., *Infirmitas sexus. La donna nell'immaginario penalistico*, in Democrazia e Diritto, n.2, 1993; Almeda E., *Corregir y castigar. El ayer y hoy de las carceles de mujeres*, Edicions Bellaterra, Barcellona, 2002; Bosworth M., *Confining femininity: A History of Gender, Power and Imprisonment*, in “Theoretical Criminology”, 4, 3, 2000, pp. 265-284; Fadda M. L., *Differenza di genere e criminalità. Alcuni cenni in ordine ad un approccio storico, sociologico e criminologico*,

la perdita di libertà sperimentata dai detenuti uomini si materializza nel vissuto femminile come segregazione/mortificazione del corpo, «quel ‘corpo oggetto’ del desiderio maschile e quel corpo ‘capace di generare’, oggetto del potere maschile, che per il patriarcato riassumono il femminile»¹¹⁹. La detenzione agisce, dunque, proprio sui corpi femminili mediante diversi meccanismi di mortificazione dello stesso: «il deterioramento della salute fisica e psicologica; l’abuso farmacologico che provoca effetti immediati sui corpi, togliendo l’appetito o aumentandolo; la privazione di una relazione sana con la propria sessualità e affettività; il divieto all’uso di alcuni beni estetici e di cura personale; l’alimentazione pessima e talvolta scarsa»¹²⁰. La marginalizzazione delle donne, in quanto gruppo minoritario all’interno dell’istituzione androcentrica carceraria, produce disegualanze strutturali nello spazio fisico e teorico del carcere che si riflettono direttamente sulla quotidianità del femminile recluso: minori sono gli spazi di socializzazione, minori sono le risorse economiche e servizi dedicati, costanti sono invece i processi di infantilizzazione, vulnerabilizzazione e patologizzazione del femminile, così come sistematico è lo schiacciamento sul ruolo materno.

In conclusione, la riflessione sul diritto alla salute in carcere necessita di considerare la specificità dei bisogni della popolazione reclusa, condizionati dal genere, dall’età, dagli stili di vita e dalla condizione sociale, con una «esposizione per tanti anni ad una vita di trascuratezza delle più elementari dimensioni di cura»¹²¹; tale realtà assume ulteriori elementi di peculiarità se osservata dal punto di vista del genere. Difatti, diversi studi hanno mostrato come le malattie mentali e le malattie infettive¹²², siano riconosciute a livello globale come maggiormente presenti nelle donne detenute, sia rispetto alla componente maschile detenuta sia rispetto alle donne in stato di libertà¹²³. La presenza

2012, www.dirittopenalecontemporaneo.it; Manonelles A.B., *Régimen disciplinario y mujeres presas. Un análisis criminológico con perspectiva de género*, Instituto de las Mujeres, Madrid 2020; Mantovani G., *Donne ristrette*, Ledizioni, 2018, Milano; Simone A., *La devianza femminile nell’ordine discorsivo criminologico e nella sociologia giuridico-criminale. Un approccio critico*, in Rinaldi Cirus, Saitta Pietro, *Criminologie critiche contemporanee*, Giuffrè, Milano, 2018, pp. 209-231; Simone A., *La prostituta nata. Lombroso, la sociologia giuridico-penale e la produzione della devianza femminile*, in “Materiali per una storia della cultura giuridica”, 2, 2017, pp. 283-398.

¹¹⁹ S. Ronconi, G. Zuffa, *La prigioniera delle donne. Idee e pratiche per i diritti*, Roma, Ediesse, 2020, p. 78.

¹²⁰ E., Sonnini, *Sessualità e affettività femminile nello spazio detentivo. Un etnografia comparata*, in *Rivista Antigone*, Volume XVII n. 2, 2022, p.36, www.associazioniantigone.it.

¹²¹ Ciuffoletti S., Franchi S., *Donne e carcere*, in Corleone F. (a cura di), *Carcere e giustizia ripartire dalla Costituzione*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole, 2019, p.214.

Si rimanda, inoltre, a Caredda M., *Un diritto fondamentale e universale: la tutela della salute alla prova della realtà carceraria*, Ruotolo M., Talini S. (a cura di), *Dopo la riforma. I diritti dei detenuti nel sistema costituzionale*, Volume I, Editoriale Scientifica, Napoli, 2019, pp. 131-161.

¹²² I dati del network ROSE - Rete dOnne SimspE riportano la siero prevalenza di HCV per il 20,5% delle donne rispetto al 10,4% del genere maschile; un rischio doppio per le donne detenute rispetto agli uomini e di 14 volte superiore rispetto alla popolazione generale di contrarre l’epatite C, vedi Barus D., *Carcere: le donne più esposte all’epatite C*, Fondazione Umberto Veronesi, Magazine, 2021, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine>.

¹²³ Si rimanda agli studi di Barus D., *Carcere: le donne più esposte all’epatite C*, op. cit.; Braithwaite L.R., Treadwell H.M., Arriola K.R.J, *Health Disparities and Incarcerated Women: A Population Ignored*, Vol 95, No. 10, American Journal of Public Health Editorials, 2005, pp. 1679- 1681; Fabini G., *Donne e carcere: quale genere di detenzione?* Associazione Antigone, Roma, 2017, www.associazioniantigone.it; Lichtenstein B., Malow R., *A Critical Review of*

di un rischio maggiore per le donne detenute di sviluppare malattie infettive e depressione si riscontra come altamente diffusa in aree geograficamente diverse, rivelando in questo una matrice comune nel posizionamento all'interno del carcere e nell'ambito criminale. Infatti, il grado di salute delle donne detenute è influenzato principalmente da due elementi: i tipi di reati, per lo più legati alla violazione della legge sulle droghe e contro il patrimonio e correlati ad un certo grado di marginalità sociale, e i rischi di malattie (HIV, epatite, HPV, depressione), dovute a una maggiore esposizione alla violenza maschile¹²⁴.

HIV-Related Interventions for Women Prisoners in the United States, NIH Public Access, *J Assoc Nurses AIDS Care*, 2011.

¹²⁴ Si fa qui riferimento alle dinamiche gerarchiche maschili che spesso caratterizzano le realtà di marginalità sociale e il traffico di droga. Lichtenstein B., Malow R., *A Critical Review of HIV-Related Interventions for Women Prisoners in the United States*, op. cit., p. 3. Vedi anche come “for women especially, being subjected to harm and violence may begin or hasten a descent into the abyss of criminal justice networks, family disruption, certain types of infectious diseases, and poor health—a cycle that is not taken into account by the judiciary when women enter the system”, Braithwaite L.R., Treadwell H.M., Arriola K.R.J, *Health Disparities and Incarcerated Women: A Population Ignored*, op. cit., p.1680. Il tema verrà poi ulteriormente approfondito nei capitoli successivi.

CAPITOLO II:

IL DIRITTO ALLA SALUTE ALLA PROVA DEL CARCERE

Sommario 1. La nozione di salute: un percorso storico. – 1.1 Sanità pubblica e integrità fisica. – 1.2 Uguaglianza, gratuità e universalità: un nuovo paradigma. – 2. Il diritto alla salute: note costituzionali. – 2.1 Un dialogo tra libertà negativa e interesse collettivo. – 2.2 La salute quale diritto sociale. – 2.3 Un diritto finanziariamente condizionato?. – 2.4 Riportare ad unità la complessità. – 2.5 Il ruolo delle Regioni nella garanzia dell'effettività del diritto *de quo*. – 3. Sanità penitenziaria. – 3.1 Stato dell'arte dell'assistenza sanitaria penitenziaria in Lombardia. – 3.2 Il carcere come agente patogeno. – 3.3 Tra il «dire e il fare c'è di mezzo il carcere».

Nella riflessione in merito al diritto alla salute *ex art. 32 cost.* e alla sua declinazione in ottica di genere all'interno dell'ambito penitenziario, si rende preliminarmente necessario offrire un inquadramento dell'assetto normativo volto a garantire la tutela del diritto *de quo* nell'ordinamento costituzionale nazionale a partire da una breve ricostruzione storica della nozione stessa di salute.

1. La nozione di salute: un percorso storico

1.1 Sanità pubblica e integrità fisica

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1948 ha definito il concetto di salute come «a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition»; tale concezione si ritrova anche nel d.lgs. n.81 del 2008 in cui per “salute” si intende uno «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità». Nel complesso si rileva, dunque, la compresenza e l'intreccio del dato puramente biofisiologico e il dato sociale, in un progressivo ampliamento del concetto di salute, «che trascende la mera “assenza di malattia” ed il profilo strettamente biologico dell'essere (fisicamente) “sano”, per abbracciare non solo la dimensione psicologica del benessere individuale ma anche quella ambientale, sociale e relazionale»¹²⁵. La nozione di salute, quale referente di un diritto soggettivo in capo

¹²⁵ Morana D., *Prima e dopo la cura: nuove dimensioni nella tutela della salute*, in *BioLaw Journal*, Special Issue 2/2019, p.393, <https://www.biodiritto.org/>.

all'individuo, entra nell'assetto costituzionale innovando profondamente il pensiero giuridico dell'epoca, ancorato ad un immaginario in termini di sanità pubblica. Quest'ultima nozione si configura quale funzione assegnata allo Stato a partire dalla rivoluzione industriale, in primo luogo nell'Inghilterra dell'800, come momento di profondi cambiamenti del tessuto economico e sociale che influiscono sulle condizioni di lavoro, l'assetto urbano, l'alimentazione e l'insorgere di problemi igienici diffusi sull'intera popolazione¹²⁶. In questo senso, il buono stato di salute della popolazione si poneva quale interesse primario di uno Stato produttivista in cui era totalmente assente «il profilo individuale (e individualistico) della protezione della sfera giuridica del singolo con riguardo alla propria salute, e assum[evano] rilievo esclusivamente le implicazioni e le ricadute che da essa possano derivare sul piano sociale»¹²⁷.

Nel periodo tra le due guerre mondiali, l'igiene godeva di interesse e reputazione nelle istituzioni statali, caratterizzando l'ideologia politica del ventennio verso «l'obiettivo eugenico di una “stirpe più sana e forte”, e, in prospettiva, bellicosa e belligerante»¹²⁸; in questo si collocano le politiche di “bonifica igienica” del periodo fascista, non solo antimalarica e antitubercolare ma anche dal punto di vista razziale. Tale impostazione ideologica si rinviene anche a partire dalla nozione di integrità fisica *ex art. 5 c.c.* secondo cui la salute fisica assume valore strumentale in quanto subordinata agli interessi superiori dello Stato, a cui è dovuto il sacrificio delle istanze soggettive di libertà: «una linea ideologica che vede nell'uomo il guerriero e produttore, e nella donna la riproduttrice della specie»¹²⁹. Parallelamente, rimaneva radicato l'approccio della Polizia sanitaria, di competenza del Ministero degli Interni, intesa come vigile controllo sulla vita degli individui per l'applicazione di regole igieniche imposte dallo Stato, impiegate nei campi più diversi, «frutto di una concezione della prevenzione intesa come *protezione* della collettività dalle minacce che i singoli ad essa consapevolmente (vigilanza contro i reati) o inconsapevolmente (vigilanza sanitaria) portavano»¹³⁰. Ancora in linea con questa impostazione appare anche, nel 1945 il decreto luogotenenziale del 12 luglio n. 417 con cui venne istituito l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, sotto diretta sorveglianza del Ministero degli Interni, a cui spettava la tutela della salute pubblica e il coordinamento della vigilanza tecnica sulle organizzazioni sanitarie e sugli enti che avevano lo scopo di prevenire e combattere le malattie sociali.

¹²⁶ Carnevale F., Baldasseroni A., *Storia della sanità pubblica e della prevenzione*, in *Salute e Territorio*, n. 177, 1999.

¹²⁷ Morana D., *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2021., p.5.

¹²⁸ Carnevale F., Baldasseroni A., *Storia della sanità pubblica e della prevenzione*, op. cit., p.300.

¹²⁹ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1983., p.45.

¹³⁰ Carnevale F., Baldasseroni A., *Storia della sanità pubblica e della prevenzione*, cit., p.301.

Vedi anche in De Cesare G., *Sanità, diritto amministrativo*, in *Enciclopedia del diritto*, XLI, Giuffrè, Milano, 1989.

L'interpretazione della tutela della salute come proiezione della nozione di salute pubblica, si rinviene, tuttavia, anche nella giurisprudenza costituzionale che faticava a riconoscere il «carattere precettivo dell'art. 32 cost. come disposizione atta a configurare un diritto soggettivo»¹³¹. In questa ottica, si affermava, ad esempio che la disposizione costituzionale si sarebbe limitata a porre «un indirizzo di carattere generale rivolto a tutelare la salute pubblica»¹³². In tale lettura della norma, di cui all'art. 32, in senso solo programmatico la dottrina giurisprudenziale riteneva di poter «derivare tutt'al più interessi legittimi garantiti dalla giurisdizione costituzionale, destinati a trasformarsi in diritti soggettivi solo dopo l'intervento del legislatore ordinario, che avesse cioè assolto gli obblighi impostigli dalla norma costituzionale, realizzando gli istituti necessari per rendere azionabili in via diretta le pretese da quella riconosciute»¹³³. Tale impostazione comportava, dunque, una negazione implicita dell'art. 32 di tutela diretta nei confronti dei privati, un rischio di inattuazione per l'inezia del legislatore ordinario e una privazione della tutela risarcitoria¹³⁴.

Accanto ciò, ostacolo primario all'affermazione di una tutela della salute per come configurata dall'art. 32 cost. si rintraccia nelle stesse origini storiche del diritto *de quo*: nato come diritto sociale ed espressione, quindi, di istanze soggettive del tutto estranee a quelle proprie della forma di stato liberale, nella quale i diritti fondamentali avevano trovato fondamento, vedeva una profonda contestazione rispetto «l'opportunità (e la legittimità) del suo inserimento nel “catalogo” dei diritti fondamentali dell'uomo, accanto ai diritti classici di libertà civile e al diritto di proprietà»¹³⁵. Rispetto a ciò, la dottrina giuridica ha assunto due argomentazioni principali. Da un lato, la tesi del diverso valore dei principi su cui poggiavano le due categorie di diritti: mentre la prima si radicava nel principio di libertà, la seconda era fondata su quello di eguaglianza, irrimediabilmente destinato ad essere subordinato e cedevole al primo, in uno stato liberale di diritto. Dall'altro, si guardava all'origine storico-politica dello stato di diritto, «nato come mero servitore della società, gli sarebbe stato precluso qualunque intervento sul suo funzionamento che potesse interferire con il libero commercio (giuridico) fra attori sociali»¹³⁶; in questo senso l'azione di difesa dei diritti sociali si poneva come antitetica al principio originario dello stesso.

Ulteriore ostacolo è, poi, da rinvenirsi nella sovrapposizione tra l'art. 32 cost e l'art.38, comma 2, cost.: la lettura del diritto alla salute secondo la concezione teorica sottesa all'art.38, comma 2, cost., comportava un inquadramento del diritto *de quo* in una prospettiva meramente “assicurativo-

¹³¹ Morana D., *La salute come diritto costituzionale*, cit., p.5.

¹³² Cons.Stato, Sez. V, sent. 10 giugno 1955, n.855.

¹³³ Luciani M., *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, 1980. p.776.

¹³⁴ Luciani M., *Il diritto costituzionale alla salute*, op. cit., p.777.

¹³⁵ Luciani M., Salute, I) Diritto costituzionale, in *Enciclopedia giuridica*, XXXII, Treccani, Roma, 1991, p.2.

¹³⁶ Luciani M., Salute, I) Diritto costituzionale, op. cit., p.5.

corporativa”, con conseguente assorbimento dell’assistenza ospedaliera *ex art. 32 cost.* all’assistenza sociale, espressamente garantita dal primo comma dell’art. 38 cost. ai soli inabili al lavoro, sprovvisti di mezzi. Tuttavia, l’art. 38 non guarda alla salute come oggetto di tutela diretta ma solo come condizione necessaria al lavoratore per lo svolgimento dell’attività produttiva, risolvendosi nella definizione di salute come mera condizione di assenza di malattie. A ciò si aggiunge che la stessa Corte costituzionale, in una prima fase, avallava tale lettura, affermando che «la Costituzione impone di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e di garantire cure gratuite agli indigenti (art. 32), nonché di assicurare a ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere *l'assistenza sociale (art. 38), che, in questa sede, comprende, com'è ovvio, l'assistenza ospedaliera*»¹³⁷; in tal senso, la tutela della salute veniva inquadrata «in una ridotta e riduttiva dimensione produttivistica» che «attribuisce rilevanza soltanto alle connessioni direttamente esistenti tra idoneità fisica e potenzialità produttiva del titolare»¹³⁸.

E tuttavia il nodo tra salute e lavoro risulta centrale per le riflessioni dei movimenti e lotte operaie della fine degli anni '60 che ponevano in evidenza il tema della salute in fabbrica e la richiesta dell’eliminazione dei fattori di nocività, riconoscendo nel luogo di lavoro, per come costruito dal sistema capitalistico, spazio originario e causa di patologie. Il sistema capitalistico, se da un lato «postula(va) la sconfitta delle pandemie di antico regime, perturbatrici dell’ordinato svolgersi della produzione di massa» dall’altro «prevede(va) inesorabilmente lo sfruttamento usurante della manodopera, schiacciata dal meccanismo di produzione in fabbrica e nell’ufficio e dal modello di organizzazione sociale nel territorio, con conseguenze che inevitabilmente portavano all’insorgenza precoce di quelle patologie da logoramento cronico, da stress, definite come croniche e degenerative»¹³⁹. Le riflessioni delle lotte operaie sul diritto *de quo* aprono il dibattito in tema di salute con «un ribaltamento degli orientamenti sino allora dominanti in materia, attraverso il rifiuto della “monetizzazione” e di qualsiasi prestazione risarcitoria, impostando la lotta nel senso della eliminazione dei fattori nocivi e pericolosi, ponendo in discussione il ruolo dei tecnici (medici del lavoro ed organi pubblici di controllo, come l’ENPI), e promuovendo un diverso rapporto con le nuove strutture sanitarie di base e con gli enti locali»¹⁴⁰. In questo senso la lotta contro la monetizzazione della salute – intesa come «*consenso prestato* (sotto la pressione della subordinazione socio-economica che caratterizza il rapporto lavoratore/datore di lavoro) *ad attività o situazioni lesive della salute*»¹⁴¹ – si colloca all’interno delle riflessioni sul carattere di indisponibilità

¹³⁷ Corte cost., Sent., (data ud. 15/11/1967) 23/11/1967, n. 116.

¹³⁸ Morana D., *La salute come diritto costituzionale*, cit., p.7.

¹³⁹ Carnevale F., Baldasseroni A., *Storia della sanità pubblica e della prevenzione*, cit., p.300.

¹⁴⁰ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., p.49.

¹⁴¹ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., p. 50.

del diritto *de quo* che sottrae al singolo l'autonomo e pieno potere di disporre di sé, quando questo preveda uno scambio tra il bene della propria salute psico-fisica e un incremento salariale¹⁴².

È con la legge ospedaliera n.132 del 1968 che si avvia un percorso di riorganizzare della sanità pubblica, frutto della consapevolezza della mancanza di un sistema previdenziale statale, sostituendo, dunque, gli enti previdenziali e le opere pie, occupati nell'erogazione di servizi ospedalieri a proprie spese, con gli enti ospedalieri e garantendo l'autonomia istituzionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico¹⁴³. Tale norma si colloca quale antecedente logico e storico alla riforma sanitaria che ha avvio nel 1978 con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Il 1978 si pone, dunque, come primo spartiacque in tema di politica sanitaria, in cui la struttura binaria della sanità pubblica (igiene e sanità pubblica) – funzionale all'interesse collettivo e inizialmente gestita dal Ministero degli Interni, successivamente con la legge n. 296 dell'11 marzo 1958 trasferita al Ministero della Sanità al quale viene attribuito il compito di provvedere alla salute pubblica e all'amministrazione dei servizi sanitari. L'art. 2 dispone infatti che «sono devolute al Ministero della sanità: 1) le attribuzioni dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica» – viene sostituita della nuova nozione di salute, costruita sui principi di universalismo e uguaglianza e superando quella «concezione patrimonialistica implicita nell'art. 5 c.c. che considera il corpo della persona oggetto di un diritto del quale rilevano principalmente gli aspetti patrimoniali»¹⁴⁴.

La stagione politica in cui si colloca la riforma del sistema sanitario, pertanto, si caratterizza per una nuova domanda sociale di salute sostenuta e rivendicata dal basso, come mostrano le esperienze non solo dei comitati operai per la salute in fabbrica, ma anche dai movimenti femministi a cui si deve, ad esempio, la diffusione del manuale di medicina pratica scritto dal Boston Women's Health Book Collective, dal titolo *Noi e il nostro corpo. Scritto dalle donne per le donne*; «in questo si rimarca il segno di un'attiva partecipazione ai processi di promozione dei luoghi e delle forme più adeguate della tutela della salute (nelle fabbriche, come nei quartieri), in cui la dimensione individuale e quella collettiva si intrecciavano senza risultare separabili l'una dall'altra, capaci di promuovere dal basso non solo rivendicazioni e modelli (*best practices*), ma persino l'apertura alla circolazione di esperienze internazionali»¹⁴⁵.

¹⁴² *Ibidem*.

¹⁴³ Maggiore approfondimento in De Cesare G., Sanità, diritto amministrativo, in Enciclopedia del diritto, XLI, Giuffrè, Milano, 1989, p.257.

¹⁴⁴ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., p.51.

¹⁴⁵ Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, in BioLaw Journal, 2, 2019, p.131, <https://www.biodiritto.org/>.

1.2 Uguaglianza, gratuità e universalità: un nuovo paradigma

«Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio»¹⁴⁶. Così si apre la stagione di riforma del sistema sanitario in attuazione dell'art. 32 cost. e nel rispetto dei principi di uguaglianza, gratuità e universalità. Non solo. La l. 833/1978 organizza un sistema pubblico basato su un modello organizzativo multilivello che coinvolge il livello statale nella garanzia di universalità e generalità di accesso alle prestazioni, il livello regionale di regolazione, programmazione e finanziamento e il livello comunale di operatività, per come definito negli artt. 10-13 della l. 833/1978; in linea con l'obiettivo di garanzia pubblica universale la legge istituisce un fondo sanitario nazionale annualmente determinato con la legge di approvazione del bilancio dello stato – criticità emerse in relazione alla spesa del servizio e una contribuzione obbligatoria che coprirebbe circa 70% della spesa legittimeranno i successivi interventi legislativi, in particolare interventi diretti a introdurre la compartecipazione degli utenti ai costi del servizio (tickets), l'aumento dei contributi sanitari e limitazioni alle prestazioni erogate a spese del servizio sanitario nazionale¹⁴⁷. La riforma del SSN si colloca quale diretta espressione dello stato sociale classicamente inteso che assume a suo carico il complesso di prestazioni sanitarie con l'obiettivo di tutelare lo stato di benessere complessivo individuale e della collettività, per come definito dalla nuova e più ampia nozione di salute. In linea con i principi ispiratori di tale riforma, la concezione mutualistica viene superata dal carattere di *generalità* delle prestazioni quanto ai destinatari, così come l'impostazione discriminatoria dei cittadini in base alla posizione lavorativa dal carattere di universalità e gratuità, mediante la garanzia di un quantum *minimo* di prestazione predeterminata¹⁴⁸. In questo senso, la definizione dei livelli delle prestazioni, ovvero «norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale» (art. 4, comma 1, l. n. 833/1978), costituisce uno strumento di riequilibrio delle profonde diseguaglianze a livello territoriale che si intendono superare a partire proprio dal principio di universalità alla base del nuovo modello organizzativo¹⁴⁹.

¹⁴⁶ Art. 1 Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*.

¹⁴⁷ Maggiori approfondimenti in Antonelli V., *Breve storia del Servizio sanitario nazionale*, in *Amministrazione in cammino*, 26.01.2009, <https://www.amministrazioneincammino.luiss.it/>.

Vedi anche Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., 128.

¹⁴⁸ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit., p.60.

¹⁴⁹ Tubertini C., *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, Fascicolo 1, marzo 2016, pp. 65-87.

In questa fase si ravvisa una chiara centralità del legislatore sia in senso sostanziale, nella «produzione di contenuti che decidono in modo forte l'attuazione della funzione costituzionale di garanzia della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività», sia in senso formale, per la «centralità del *parlamento* nell'esercizio della funzione legislativa, che garantisce, proprio nella specificità dei suoi procedimenti, l'ampiezza del dibattito e del confronto, la piena visibilità e trasparenza dei processi decisionali e, con esse, il dispiegarsi della funzione propriamente rappresentativa». E ciò risponde ad una più ampia tendenza del legislatore circa la creazione di una struttura del sistema sanitario ispirato alla solidarietà sociale e al riconoscimento della dimensione soggettiva della tutela; si collocano in questa stagione, infatti, anche la legge n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, e la legge n. 194, *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*¹⁵⁰. Tale impostazione viene, tuttavia, mutando nelle successive stagioni di riforma che ricorrono, invece, ampiamente alla decretazione d'urgenza e alla produzione legislativa delegata, mostrando «come la definizione delle grandi opzioni in materia sanitaria, nella misura in cui si allontana dalla sede parlamentare classicamente propria della legittimazione politica per concentrarsi nella sede governativa, si rivolga piuttosto ad una legittimazione di tipo non politico, tecnico-scientifica»¹⁵¹.

Non tardano, tuttavia, ad emergere criticità per come viene realizzata l'attuazione del sistema delineato dalla l. n. 833 del 1978, in particolare rispetto all'organizzazione delle unità sanitarie locali e all'insostenibilità economica dei costi del sistema per l'illimitata estensione delle prestazioni a carico dello Stato, che produce periodiche rivalutazioni dei disavanzi di bilancio. In risposta a ciò, si aprono nuove stagioni di riforme finalizzate al *riordino* del servizio sanitario nazionale con la c.d. miniriforma del 1986 (legge n.4 del 1986) e, in seguito, con le linee dettata dalla legge di delegazione del 23 ottobre n. 421/1992 ed attuate dal d. lgs. 502/1992 e 517/1993 e dalle leggi finanziarie degli anni successivi¹⁵². Nonostante i due decreti scaturiscano da un'unica delegazione legislativa, parte della dottrina in materia ne sottolinea la distanza e discontinuità per come agiscono e innovano il sistema sanitario in relazione alla legge del 1978. In particolare, oggetto di riflessioni è stato l'art.9 del d. lgs. 502/1992 per come introduce la previsione di un sistema caratterizzato da *forme differenziate di assistenza* secondo cui, accanto all'assistenza statale, si prevedeva modelli assistenziali di matrice privatistica diversificati. Tale innovazione poneva, tuttavia, in discussione il

¹⁵⁰ Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., p. 122.

¹⁵¹ Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., p.123.

¹⁵² Pezzini B., *Profili attuali del diritto alla salute*, Gallo C.E., Pezzini B. (a cura di), Giuffrè, Milano, 1998, pp. 13 ss.

principio di universalità e uguaglianza dei soggetti destinatari, capisaldi della riforma del 1978, provocando una possibile demarcazione tra soggetti fruitori del SSN e soggetti fruitori di un sistema parallelo. Il decreto n. 517/1993 si pone come correttivo di tale tendenza sostituendo il testo originario dell'art.9 e introducendo forme *integrative*, e non più *differenziate*, di modelli di assistenza sanitaria e definendo con l'art. 9-bis la disciplina di alcune sperimentazioni gestionali, riequilibrando quel tentativo di potenziamento della concorrenza tra strutture pubbliche e private previsto dalla normativa del 1992¹⁵³.

L'intervento del 1992 agisce direttamente sui principi di universalità, gratuità e uguaglianza sanciti dalla riforma del 1978, subordinando la definizione delle prestazioni e dei servizi alle risorse finanziarie messe a disposizione del SSN e andando fortemente ad incidere sulla concezione della funzione pubblica dello Stato in materia di salute intesa piuttosto come «un sistema in cui, sulla base di un fabbisogno finanziario preconstituito, un'attività amministrativa a contenuto tecnico fornisce prestazioni e servizi, con oneri diversi per le diverse categorie di utenti»¹⁵⁴. In questa cornice si collocano le riflessioni sulla definizione del modello di assistenza sanitaria e sui criteri di individuazione dei livelli di assistenza - garanzia di universalità e generalità dell'assistenza sanitaria secondo la costruzione del 1978 - che nella lettura del decreto 502, vengono sovrastati dal primato del vincolo di bilancio e degradati a meri obiettivi nonché la stessa «degradazione dei livelli a “minimi” avrebbe contestualmente agito nel senso di liberare lo spazio a disposizione per l'espansione della finanza privata»¹⁵⁵. In merito a ciò, una lettura critica degli interventi normativi del 1992 ricollega tale azione ad un più ampio processo di privatizzazioni e all'introduzione degli obiettivi di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa che agiscono in particolare nel settore sanitario.

Sul punto, la stessa Corte costituzionale si è pronunciata in più occasioni: *in primis* nel 1990 con la sentenza 455 precisando come il diritto *de quo* sia un «diritto costituzionale condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento», indirizzo successivamente riconfermato con le sentenze n. 247 del 1992 e n. 40 del 1991. Tuttavia, la Corte, con la sentenza 304/1994, pur confermando

¹⁵³ Pezzini B., *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale nonostante il riordino del 1992)*, in Corti supreme e salute, n. 3, 2018, pp. 559-574.

¹⁵⁴ Pezzini B., *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale nonostante il riordino del 1992)*, op. cit., p.565.

¹⁵⁵ Pezzini B., *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale nonostante il riordino del 1992)*, op. cit., p.569.

Vedi anche Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit.

l'indirizzo secondo cui il legislatore non possa che considerare le risorse finanziarie disponibili nell'attuazione della garanzia del diritto alla salute, precisa che «non v'è dubbio che, se queste ultime esigenze, nel bilanciamento dei valori costituzionali operato dal legislatore, avessero un peso assolutamente preponderante, tale da comprimere il nucleo essenziale del diritto alla salute connesso all'inviolabile dignità della persona umana, ci si troverebbe di fronte a un esercizio macroscopicamente irragionevole della discrezionalità legislativa»¹⁵⁶. L'esistenza di un limite invalicabile, identificato nel concetto di “dignità umana” quale nucleo irriducibile del diritto de quo, del quale il legislatore nell'operazione di bilanciamento non può non tenere conto, risulta, peraltro, confermata dal giudice delle leggi a più riprese¹⁵⁷.

Nondimeno, la definizione delle prestazioni da garantire rimane un tema centrale per tutto il periodo, caratterizzando l'intervento del legislatore tramite legge delega 30 novembre 1998, n. 419 e d.lgs. n. 229/1999 di attuazione; in questo «si precisano i parametri oggettivi per la selezione delle prestazioni, specificando il concetto dell'essenzialità sulla base di una serie di criteri; dall'altro, si afferma il principio della contestualità tra l'individuazione dei LEA e la quantificazione delle risorse finanziarie, che quindi non vengono delimitate a monte, ma al contrario definite sulla base delle prestazioni necessarie»¹⁵⁸, sempre nel rispetto della compatibilità finanziaria. La correzione di tale impostazione mediante il decreto 517/1993 e il decreto 229/1999 (*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*) mostra il «perdurante confronto/scontro tra gli approcci solidaristico e individualistico nella soddisfazione dei bisogni sociali»¹⁵⁹. Sul punto, la Corte con la sentenza n. 309 del 1999 si pronuncia, riconfermando come «la tutela del diritto alla salute non può non subire i condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone; ma ha anche precisato (sent. n. 267 del 1998, sent. n. 416 del 1995, sent. n. 304 del 1994, sent. n. 218 del 1994, sent. n. 247 del 1992, sent. n. 455 del 1990) che le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana».

Tracciando le linee conclusive di questo percorso, si rinviene come il riconoscimento della salute, quale fondamentale diritto dell'individuo ex art. 32 cost., veda la sua concreta attuazione nell'affermazione «dei principi di globalità delle prestazioni, di universalità dei destinatari, di

¹⁵⁶ Corte cost., Sent., (data ud. 06/07/1994) 15/07/1994, n. 304.

¹⁵⁷ Cfr. Corte cost., sentt. nn. 309/1999, 509/2000, 252/2001, 432/2005, 354/2008, 299 e 269/2010, 61/2011.

¹⁵⁸ Tubertini C., *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, cit., p.75.

¹⁵⁹ Pezzini B., *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale nonostante il riordino del 1992)*, op. cit., p.566.

uguaglianza di trattamento»¹⁶⁰ sanciti dalla legge n.833 del 1978. Le successive trasformazioni del sistema «avvengono invece nel quadro di finalità di politica economica generale»¹⁶¹, ponendo rilievo al carattere condizionato del diritto *de quo* e interrogando il legislatore circa le finalità di politica economica in relazione a quest'ultimo. Il tentativo di *controriforma* del 1992, in cui il condizionamento economico agisce direttamente sui principi sanciti nel 1978, mettendo in discussione le tutele sociali dello stato, non riesce tuttavia a modificare la struttura del sistema soprattutto grazie alla prima correzione del 1993 e alla *quarta* riforma del 1999, che agiscono garantendo la tenuta della tutela «universalistica, di assistenza diretta e indifferenza soggettiva»¹⁶². Nonostante il passaggio da una erogazione di matrice solo pubblicista, per come configurata dalla legge 833/1978, ad modello di competizione amministrata tra erogatori pubblici e privati, strutturato secondo criteri di efficacia e improntato a logiche organizzative di stampo aziendalistico», la configurazione della tutela della salute mediante le normative di fine anni '90 permette di garantire «un servizio pubblico caratterizzato da principi di universalità, globalità e uguaglianza, in grado di assicurare – attraverso l'iscrizione obbligatoria ed indisponibile da parte di ciascun cittadino ed il finanziamento a carico della fiscalità generale – un insieme tendenzialmente completo di prestazioni di promozione, cura e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione»¹⁶³. In questo senso, chiarificatoria è la Corte costituzionale che, in nome «del principio del supremo interesse della collettività alla tutela della salute, consacrata come fondamentale diritto dell'individuo dall'art. 32 della Costituzione», riconosce il «pieno e incondizionato diritto» dell'utente al pubblico servizio «che gli vien reso, in adempimento di un inderogabile dovere di solidarietà umana e sociale»¹⁶⁴.

¹⁶⁰ Pezzini B., *Profili attuali del diritto alla salute*, op. cit., p. 13.

¹⁶¹ *Ibidem*.

¹⁶² Pezzini B., *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale nonostante il riordino del 1992)*, op. cit., p.573.

¹⁶³ *Ibidem*.

¹⁶⁴ Corte cost., Sent., (data ud. 24/05/1977) 02/06/1977, n. 103.

2 Il diritto alla salute: note costituzionali

La complessità e dinamicità della tutela *ex art. 32 cost.* necessita di una disamina approfondita nella quale emergano le tre direttrici; si combinano, difatti, contemporaneamente la pretesa di ordine negativo del titolare del bene salute, che corrisponde ad un obbligo generale di astensione da ogni atto suscettibile di ledere il bene individuale; la pretesa positiva rivolta allo Stato a compiere prestazioni positive in favore della salute altrui – che invero il più ampio compito della Repubblica di intervenire e rimuovere quegli ostacoli «che impediscono all'uomo di estrinsecare liberamente e compiutamente la sua persona»¹⁶⁵, *ex art. 2 cost.* –; per ultimo, l'imposizione di un dovere di preservare la salute pubblica,¹⁶⁶ intesa come “interesse della collettività” che si sostanzia in interventi tesi a salvaguardare il bene salute nella sua generalità, anche mediante obblighi e divieti¹⁶⁷. Ed è proprio «in tale complessità strutturale del diritto costituzionale alla salute che hanno radice i nodi critici e problematici con i quali si misura l'attuazione: la necessità della mediazione del legislatore (in un processo che rappresenta le condizioni formali essenziali della decisione sul bene); la complessità della decisione sulle risorse finanziarie ed organizzative che sostanziano l'effettività del diritto; l'equilibrio tra dimensione collettiva e individuale; gli spazi di autodeterminazione individuale»¹⁶⁸.

2.1 Un dialogo tra libertà negativa e interesse collettivo

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Il secondo comma dell'art. 32 cost definisce la salute come diritto di libertà, sottolineandone l'aspetto negativo, di non costrizione, che colloca tale principio programmatico nella categoria delle rivendicazioni tipiche del costituzionalismo liberale, volte a respingere lo Stato al di fuori dalle scelte individuali¹⁶⁹. In questo senso, si afferma la protezione, efficace *erga omnes*, del benessere e dell'equilibrio psico-fisico dell'individuo nei confronti di qualunque forma di condizionamento, impedimento o comportamento lesivo posto in essere da soggetti pubblici e privati¹⁷⁰ – il riferimento

¹⁶⁵ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit., p. 23.

¹⁶⁶ Pezzini B., *Profili attuali del diritto alla salute*, op. cit., p.19; vedi anche Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit., p. 25.

¹⁶⁷ Morana D., *La salute come diritto costituzionale*, op. cit., p.3.

¹⁶⁸ Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., p.121.

¹⁶⁹ Vedi Pezzini B., *Profili attuali del diritto alla salute*, p. 7

¹⁷⁰ Per come affermato dalla Corte cost nella sentenza n. 45 del 9 giugno 1965, secondo cui i principi fondamentali devono essere «immediatamente immessi nell'ordinamento giuridico con efficacia "erga omnes"»; così come anche nelle parole della Corte cost nella sentenza n.88 del 26 luglio 1979, secondo cui «il bene a questa afferente è tutelato dall'art. 32 Cost. non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo, sicché si configura come un diritto primario ed assoluto, pienamente operante anche nei rapporti tra privati».

alla salute non solo fisica ma anche psichica trova la sua origine nella definizione di persona umana riconosciuta dalla Costituzione, intesa come «qualcosa di assolutamente unico e non separabile, composto di mente e corpo»¹⁷¹. In merito a ciò, la riserva di legge formale e il riferimento alla dignità umana, quale limite sostanziale all'azione pubblica, si collocano quali garanzie di tutela per l'individuo nei confronti dell'ingerenza pubblica; da un lato rinviando al solo Parlamento il potere di disciplinare la materia e di stabilire la situazione al verificarsi la quale tali obblighi insorgono, dall'altro subordinando qualsiasi intervento legislativo alla tutela della dignità umana¹⁷². Sul punto, inoltre, le riflessioni in Assemblea costituente rilevano il carattere volutamente generico di tale nozione, favorendo un maggiore adattamento della stessa alle nuove interpretazioni culturali e sociali; restano, tuttavia, escluse concezioni e riferimenti di ordine morale o religioso¹⁷³.

I caratteri di indisponibilità, intrasmissibilità, imprescrittibilità, irrinunciabilità, propri dei diritti di libertà, qualificano il diritto alla salute come «diritto della personalità e indicano il difetto di potere giuridico del soggetto di diritto, finalizzato e diretto ad una più certa garanzia di stabilità giuridica e di preminenza del diritto stesso»¹⁷⁴. In questo senso, in quanto diritto individuale il diritto alla salute non può mutare soggetto, non può venir meno con l'inerzia del titolare qualificata nel tempo in quanto componente essenziale della vita umana stessa, non può estinguersi proprio in nome di questa essenzialità ed è indisponibile¹⁷⁵.

Rispetto al carattere di indisponibilità, l'interrogativo si pone in merito alla possibilità per lo Stato di violare la sfera di autodeterminazione dell'individuo, ovvero è da chiedersi se esista un obbligo positivo di cura per l'individuo. Tale quesito apre la riflessione circa il rapporto tra componente individuale e interesse collettivo del bene salute *ex art. 32 cost.* Andando per punti. Più facilmente si può rispondere nel caso in cui esista una lesione dell'interesse della collettività, inteso come interesse dei soggetti che la compongono a non essere contagiati o messi in pericolo dalle condizioni di salute di altri, ad opera di una mancata azione di cura dell'individuo, su cui dunque grava l'obbligo di curarsi per la tutela della salute di tutte e tutti. Situazione ben più complessa si rileva, invece, quando non sussistano rischi per soggetti terzi e tuttavia il soggetto, a fronte della sua condizione di salute, si veda limitato nella partecipazione attiva alla vita sociale e all'attività produttiva. In questo caso, un dovere di curarsi imposto dalla Stato, anche se finalizzato alla garanzia della solidarietà e del pieno sviluppo della personalità umana, si tradurrebbe in una violazione dell'autodeterminazione dell'individuo.

¹⁷¹ Luciani M., *Salute, I) Diritto costituzionale*, op. cit., p.5.

¹⁷² In merito si veda Carlassare L., *L'art.32 della Costituzione e il suo significato*, in Alessi R., (a cura di) *L'amministrazione sanitaria*, Neri Pozza, 1967, Milano, p.108.

¹⁷³ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit, p.28 ss.

¹⁷⁴ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit, p. 32.

¹⁷⁵ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit, pp. 32 ss.

Dunque, se da un lato il carattere di indisponibilità tutela l'individuo nel senso di limitarne il potere di disporre negozialmente del proprio diritto alla salute nella sfera delle relazioni intersoggettive, garantendo che il soggetto non vi rinunci per pressioni e sollecitazioni anche di ordine economico¹⁷⁶, dall'altro dilatare l'indisponibilità del diritto anche nella sfera esclusivamente soggettiva rischierebbe di tradursi in un *dovere di curarsi* e di *mantenersi sano*, finanche ad un dovere alla vita, di certo non conforme al dettato costituzionale. In linea con tali riflessioni si colloca la disciplina dei trattamenti sanitari obbligatori, imposti legittimamente dallo Stato solo quando sia in gioco direttamente l'interesse collettivo e solo se strettamente finalizzati a favorire la salute del singolo che li subisce¹⁷⁷; in senso lato, «nessun *dovere alla salute* può essere in realtà posto a carico di alcuno»¹⁷⁸. Diversamente, infatti, il riconoscimento del diritto alla salute quale diritto di libertà dell'individuo verrebbe meno, configurando il soggetto di diritto quale mero «oggetto, sul quale si agisce per ottenere un risultato utile alla collettività»¹⁷⁹. E del resto, la natura di “limite esterno” dell'interesse collettivo nei confronti del diritto individuale impedisce di fatto una lettura funzionalistica della libertà individuale di salute, che ne snaturerebbe il significato¹⁸⁰. Tale posizionamento rileva qualora l'autoresponsabilità dell'individuo circa la propria salute e la propria vita non sia coscientemente espressa ed esprimibile, in tal caso si richiede un'azione statale che si limiti a garantire strumenti diretti alla tutela «dell'esistenza, o delle sue condizioni minime ed essenziali, qual è appunto la stessa possibilità di coscienza ed espressione di sé»¹⁸¹.

E dunque, la Costituzione riconosce l'*autodeterminazione* del singolo rispetto alla tutela della salute «nella essenziale e fondamentale coincidenza del diritto individuale e dell'interesse collettivo»¹⁸², così che «l'assunzione della salute individuale come obiettivo costituzionale attribuisce al bene protetto un rilievo ulteriore: ferma restando l'autodeterminazione individuale, colloca il singolo entro

¹⁷⁶ Sul punto interessanti sono le riflessioni teoriche sulla differenza tra libertà di scelta e libertà di condizione di Giolo e Facchi che a mio avviso servono per chiarire come l'idea di autodeterminazione per come intesa dal pensiero femminista abbia tutt'altra definizione rispetto all'idea di libertà in senso neoliberale; in questo senso il legame inscindibile tra libertà ed eguaglianza rileva in maniera sostanziale. Facchi A., Giolo O, *Libera scelta e libera condizione. Un punto di vista femminista su libertà e diritto*, il Mulino, Bologna, 2020.

¹⁷⁷ Le riflessioni sul punto sono ampiamente ed esaustivamente affrontate in Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit.; Pezzini B., *Profili attuali del diritto alla salute*, op. cit. Riferimento imprescindibile anche a Carlassare L., *L'art.32 della Costituzione e il suo significato*, op. cit., pp.109 ss.

¹⁷⁸ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., p.71.

¹⁷⁹ Morana D., *La salute come diritto costituzionale*, cit., p.50.

¹⁸⁰ Morana D., *La salute come diritto costituzionale*, cit., p.74.

¹⁸¹ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., p. 40.

Sul tema le riflessioni sono molto vaste e complesse e coinvolgono diverse e sfaccettate situazioni (si pensi alla donazione di organi, alle forme di protesta mediante lo sciopero della fame, alla sterilizzazione profilattica ecc.) che necessitano di approfondimento maggiore, si rimanda dunque a Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit.; Pezzini B., *Profili attuali del diritto alla salute*, op. cit.

¹⁸² Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., p.135.

un quadro di solidarietà sociale che garantisce la effettiva disponibilità dei mezzi necessari alla tutela della salute individuale, quantomeno dei mezzi essenziali»¹⁸³. Assume così rilevanza il «fondamento, complesso e complessivo, della solidarietà nei due principi personalistico e di uguaglianza, in base al quale lo sviluppo autonomo della personalità di ogni singolo soggetto è una questione di rilievo collettivo, meritevole di riconoscimento e sostegno sociale, che non ne offusca, anzi, ne accresce e valorizza l'identità individuale»¹⁸⁴. Si riconosce la natura relazionale della solidarietà, riaffermando il posizionamento di ogni singolo individuo «nella trama dei rapporti sociali e del pluralismo sociale, collocando sia ogni essere umano, sia ogni formazione sociale nella specifica concretezza di relazioni dalle quali scaturiscono responsabilità reciproche, del singolo verso il gruppo e del gruppo verso il singolo»¹⁸⁵.

Le riflessioni in merito al complesso rapporto tra salute individuale e interesse collettivo si collocano dunque in uno stretto dialogo tra l'art. 32 cost., il principio personalista e il dovere della Repubblica di riconoscimento e garanzia dei diritti e nella solidarietà sociale ex art. 2 cost, così come il principio di uguaglianza sostanziale ex art. 3 cost.: «è infatti la solidarietà sociale, connessa all'interesse della collettività alla salute, a giustificare l'imposizione di trattamenti sanitari e, allo stesso modo, il dovere di solidarietà sociale ex art. 2 cost. richiede alla collettività di sostenere chi abbia ricevuto nocimento dall'adempimento dell'obbligo sanitario»¹⁸⁶. Riprendendo le riflessioni di Serio Galeotti circa la stretta congiunzione tra il principio personalista e il principio di solidarietà ex art. 2 cost, che «ha imposto pertanto il superamento della antica nozione di eguaglianza formale, in vista della garanzia in capo a tutti i soggetti dell'ordinamento delle condizioni per un'esistenza libera e dignitosa»¹⁸⁷, si riconosce il ruolo della *solidarietà pubblica o paterna*, che nell'art. 3, 2 comma cost. si incardina, manifestandosi in un moto discendente che da *un piano verticale* dei soggetti pubblici procede verso i cittadini come singoli e come formazioni sociali, inverando quel dovere della Repubblica di rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale ex art. 3 cost e per come sancito dalla lettera *m*) dell'art. 117 cost, secondo comma¹⁸⁸. Il principio di solidarietà dà forma, dunque, ad un modello di servizio sanitario costituito dall'universalità in termini di copertura sanitaria, eguaglianza di trattamento e nella garanzia del finanziamento pubblico dei servizi, garantito mediante l'imposizione

¹⁸³ Pezzini B., *Profili attuali del diritto alla salute*, op. cit., p.9.

¹⁸⁴ Pezzini B., *Solidarietà e politiche sociali tra Costituzione e Unione europea, Solidarietà e politiche sociali tra Costituzione e Unione europea*, in *Atti del Convegno di Firenze*, in Mauro Campus, Stefano Dorigo, Veronica Federico, Nicole Lazzerini (a cura di), Pago, dunque sono (cittadino europeo). Il futuro dell'Ue tra responsabilità fiscale, solidarietà e nuova cittadinanza europea, pp. 39-56, Firenze University Press, 2022, p.40.

¹⁸⁵ Pezzini B., *Solidarietà e politiche sociali tra Costituzione e Unione europea*, op. cit., p.40.

¹⁸⁶ Morana D., *Prima e dopo la cura: nuove dimensioni nella tutela della salute*, op. cit., p. 400.

¹⁸⁷ Giuffrè F., *La solidarietà nell'ordinamento costituzionale*, Giuffrè editore, Milano, 2002, p.85.

¹⁸⁸ Galeotti S., *Il valore della solidarietà*, *Diritto e società*, 1, 11, 1996, p.11.

fiscale diretta di tipo progressivo¹⁸⁹. Ma il principio di solidarietà rileva anche nella sua accezione *orizzontale* consentendo di limitare il godimento di alcuni diritti in nome dell'interesse collettivo, per come ricordato dalla Corte costituzionale in tema di trattamenti sanitari obbligatori nell'affermare quel «"patto di solidarietà" tra individuo e collettività in tema di tutela della salute»¹⁹⁰. Tale fondamento rileva nell'affermazione di garanzia di cure gratuite agli indigenti *ex art. 32 cost.*, primo comma, non già per un'impostazione di assistenzialismo statale, quanto piuttosto quale risposta al principio fondante della solidarietà sociale «per il quale la gratuità diventa strumento necessario che renda effettiva la tutela della salute»¹⁹¹.

E, inoltre, la nozione di interesse collettivo in relazione alla tutela della salute è stata oggetto di estensione giurisprudenziale nel senso di diritto ad un ambiente salubre *ex art. 9 cost.* e di limitazioni all'attività economica che possa causare danni ambientali *ex art. 41 cost.*, per come già affermato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 399 del 1996: «è stato pure ripetutamente affermato che la tutela della salute riguarda la generale e comune pretesa dell'individuo a condizioni di vita, di ambiente e di lavoro che non pongano a rischio questo suo bene essenziale»¹⁹². A ciò si aggiunga come, mediante la legge costituzionale 11 febbraio 2022 n.1 recante "*Modifiche agli articoli 9 e 41 della Costituzione in materia di tutela dell'ambiente*", si sia intervenuto modificando gli artt. 9 e 41 cost. In particolare, l'articolo 1 introduce un terzo comma all'articolo 9 della Costituzione, che al secondo comma già attribuisce alla Repubblica il compito di tutelare il paesaggio e il patrimonio storico e artistico. Il nuovo comma è dedicato alla protezione ambientale, ampliando il principio già previsto dall'articolo 117, secondo comma della Costituzione nella parte in cui enumera le materie su cui lo Stato abbia competenza legislativa esclusiva, e attribuendo alla Repubblica anche la tutela della biodiversità e degli ecosistemi. La giurisprudenza costituzionale ha declinato la tutela del paesaggio in una lettura espansiva, configurando l'ambiente come valore primario e sistemico. Il progetto di legge costituzionale interviene – all'articolo 2 - sull'articolo 41 della Costituzione, prevedendo che l'iniziativa economica privata abbia come ulteriore vincolo che essa non possa svolgersi in modo tale da recare danno alla salute e all'ambiente e che possa essere orientata anche ai fini ambientali¹⁹³.

¹⁸⁹Tamburrini V., *I doveri costituzionali di solidarietà in campo sociale: profili generali e risvolti applicativi con particolare riferimento alla tutela della salute*, in *Ianus*, diritto e finanza. Rivista di studi giuridici, n. 18, dicembre 2018 p.32.

¹⁹⁰ Corte cost., Sent., (data ud. 22/11/2017) 14/12/2017, n. 268.

¹⁹¹ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit., p.27

¹⁹² Corte cost., Sent., (data ud. 11/12/1996) 20/12/1996, n. 399.

¹⁹³ Modifiche agli articoli 9 e 41 della Costituzione in materia di tutela dell'ambiente, A.C. 3156-B, XVIII legislatura, Dossier 7 febbraio 2022, www.senato.it.

In questo senso, l'interesse collettivo alla salute si traduce nell'interesse alla salute «di una collettività entro un ambito territoriale determinato, traducendo anche sul piano giuridico formale quel legame tra salute e ambiente che è evidente sul piano della realtà sociale»¹⁹⁴. L'ambiente, infatti, si pone quale luogo «in cui agiscono le formazioni sociali nelle quali il singolo, considerato non più atomisticamente ma nella sua dimensione sociale, realizza la propria personalità»¹⁹⁵; in tale misura, dunque, la salute assume «un contenuto di socialità e di sicurezza, per cui il diritto alla salute, piuttosto (o oltre) che come mero diritto alla vita e all'incolumità fisica, si configura come diritto all'ambiente salubre»¹⁹⁶. E del resto già nella l. 23 dicembre 1978 n.833 sul Servizio sanitario nazionale agli artt.2 e 4 si annoverano esplicitamente i fatti aggressivi dell'ambiente naturale tra le possibili cause di compromissione della salute umana. Inoltre, la portata potenzialmente inesauribile del diritto *de quo* e l'ampiezza della nozione stessa del concetto di salute permette di aprire le riflessioni sia in termini di politiche pubbliche per la promozione di stili di vita sani che possano anticipare l'intervento di carattere medico-terapeutico sia in termini di solidarietà nei confronti delle generazioni future¹⁹⁷.

¹⁹⁴Si distingue, dunque, «l'interesse collettivo si pone come momento differenziato ed autonomo rispetto all'interesse generale che fa capo alla generalità dei cittadini considerata per astrazione e prescindendo dalla individualizzazione e dalla considerazione di specifiche situazioni di aggregazione e di diversificazione, o di conflittualità; si differenzia anche dall'interesse diffuso, il quale si frammenta in una pluralità di situazioni soggettive facenti capo ai singoli individui, ciascuno dei quali è portatore in proprio di un suo specifico diritto, che viene a coincidere (quasi pro quota) con un più ampio interesse della collettività di cui costituisce un frammento», Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit. p.81.

¹⁹⁵ Luciani M., *Il diritto costituzionale alla salute*, op. cit., p.769.

¹⁹⁶ Corte di Cassazione, S.U. 6 ottobre 1979 n. 5172.

¹⁹⁷ Busatta L., *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Giappichelli, Torino, 2018, p.24 ss.

Sul punto, la dottrina si interroga sul rapporto tra diritto e tempo, ovvero sulla necessità di considerare le risorse come beni esauribili e dunque da preservare anche in ottica futura; tuttavia sulla nozione di “generazioni future” e sul rilievo giuridico delle pretese delle stesse, la rigidità delle categorie giuridiche fatica a dare una chiara qualificazione. Un primo riferimento alle generazioni future si ritrova nel Rapporto Brutland, *Our common future*, stilato nel 1987 dalla Commissione mondiale per l'ambiente e lo sviluppo dell'ONU; il riferimento alle generazioni future emerge nel campo dello sviluppo sostenibile e della sostenibilità ambientale. Si veda Ciolli I., *Diritti delle generazioni future, equità intergenerazionale e sostenibilità del debito. Riflessioni sul tema*, in *Bilancio comunità persona*, n. 1, 2021, pp.51-70; D'Aloia A., *Generazioni future (diritto costituzionale)*, STAMPA, 2016, pp. 311-390.

Sul piano nazionale le riflessioni in materia sono state declinate nel senso di una *responsabilità* verso le generazioni future secondo il principio di solidarietà intergenerazionale, tale per cui gli interventi a favore dell'ambiente rientrerebbero nella copertura costituzionale *ex art. 2*. Vedi Ciolli I., *Diritti delle generazioni future, equità intergenerazionale e sostenibilità del debito. Riflessioni sul tema*, op. cit. e Lombardi P., *Ambiente e generazioni future: la dimensione temporale della solidarietà*, in *Federalismi.it*, n.1, 2023.

In merito, la Corte costituzionale si è espressa riconoscendo un dovere di preservare e trasmettere alle future generazioni il patrimonio ambientale come «uno dei valori fondamentali dell'uomo (e delle generazioni future)» in quanto «patrimonio naturale di valore estetico, scientifico, culturale, ricreativo, economico e intrinseco che va preservato e trasmesso alle generazioni future», Corte cost., Sent., (data ud. 12/10/1988) 27/10/1988, n. 1002. Così anche nell'ord., (data ud. 21/02/2001) 06/03/2001, n. 46 in cui la tutela dei beni paesaggistico-ambientali rientra «tra i principi fondamentali della Costituzione come forma di tutela della persona umana nella sua vita, sicurezza e sanità, con riferimento anche alle generazioni future».

Secondo la dottrina americana assumerebbero rilievo i diritti collettivi di alcuni gruppi portatori di interessi comuni in tutto il mondo, i cosiddetti *rights group*, nozione che permetterebbe il riconoscimento di diritti planetari. Per il dibattito in materia si rimanda a Brown Weiss E., *In fairness to future generations: international law, common patrimony and intergenerational equity*, The United Nations University, Tokio, 1989 e *A Reply to Barresi's "Beyond Fairness to Future Generations"*, in *Tulane Environmental Law Journal*, Vol 11, 1997, 89 e ss.; Wenzel N., *Group rights*, in *Max Planck Encyclopedia of Public International Law*, 2011; Barresi P. A., *Beyond Fairness to Future Generations: An*

Anche la sostenibilità delle scelte di bilancio, per come declinata dall'art. 81 cost. e intesa dalla sinergica azione di controllo e giurisdizione sulla contabilità pubblica da parte della Corte dei conti e della Corte costituzionale, si porrebbe come espressione di «responsabilità verso le generazioni future, ma anche come *principio di solidarietà* tra generazioni e all'interno della stessa generazione da cui discende il *dovere* di evitare il debito generato da spese ingiustificate e perciò *irragionevoli*, perché per esempio non produttive di investimenti vantaggiosi per l'intera collettività»¹⁹⁸. Infine, risultano interessanti le riflessioni dottrinali che ricollegano quel concetto di «solidarietà doverosa o fraterna»¹⁹⁹ al rapporto tra generazioni nell'ambito della responsabilità ambientale e verso valori sottesi al principio di sviluppo sostenibile, in un'ottica di superamento di una tradizione individualista verso un posizionamento di tipo “universale” e di interconnessione tra esseri umani, animali e ambiente nello spazio e nel tempo²⁰⁰.

Nel continuo dialogo tra autonomia individuale e interesse collettivo, dunque, la tutela della salute non può essere declinata solo nei «termini della costruzione di una *sfera individuale riservata*» – nella quale la sfera dell'autodeterminazione è presidiata da tre elementi: l'unità essenziale corpo/mente del titolare del diritto, l'inscindibilità del bene dalla persona del titolare e l'unitarietà della salute individuale e collettiva²⁰¹ – ovvero nell'assenza di vincoli esterni rispetto alle cure, «ma anche sul piano delle garanzie di effettività, cioè in quanto realizzazione delle *condizioni in cui l'autodeterminazione del soggetto nella relazione di cura sia possibile*»²⁰². E proprio in merito allo stretto legame tra salute individuale e dimensione collettiva, nella quale l'ambiente è elemento rilevante, nel D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 sui “nuovi LEA” si includono «le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita»²⁰³, riaffermando nuovamente l'assenza anche sul piano normativo di «una vera separatezza tra le due dimensioni della prevenzione (quella individuale e

Intragenerational Alternative to Intergenerational Equity in the International Environmental Arena, in *Tulane Environmental Law Journal*, vol. 11, 1997, 59 e ss.

¹⁹⁸Ciolfi I., *Diritti delle generazioni future, equità intergenerazionale e sostenibilità del debito. Riflessioni sul tema*, op. cit., p.59.

¹⁹⁹ Si vedano in merito le riflessioni di Serio Galeotti, *Il valore della solidarietà*, op. cit.

²⁰⁰ Lombardi P., *Ambiente e generazioni future: la dimensione temporale della solidarietà*, op. cit., pp. 101-102.

²⁰¹ Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., p.136.

²⁰² Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., p.136.

²⁰³ Si veda l'Allegato 1 al d.P.C.M. 12 gennaio 2017 (recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”) dedicato alla prevenzione collettiva ed alla sanità pubblica.

quella collettiva): al contrario, la sfida comune si apprezza proprio negli ambiti dove la tutela oggettiva del bene salute si intreccia con quella soggettiva»²⁰⁴.

2.2 La salute quale diritto sociale

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Le condizioni che rendono effettiva l'autodeterminazione individuale in merito alla salute, di cui poc'anzi, necessitano da un lato, della disponibilità di mezzi, di strutture organizzative e di prestazioni personali; dall'altro, dell'appropriatezza delle cure (in una lettura ampia della definizione di salute, per come già affermato dall'OMS) che sono inevitabilmente soggettive e individuali²⁰⁵. È in questo che rileva la definizione del diritto alla salute come diritto sociale, per come espresso nel primo comma art. 32 cost. Inoltre, la stessa collocazione dell'articolo nel titolo dei rapporti etico-sociali così come il collegamento con il successivo art. 38, riferimento storico nel quadro dei principi costituzionali in materia di salute, rileva l'aspetto economico-sociale del diritto *de quo*²⁰⁶.

I diritti sociali rientrano nella più ampia categoria dei diritti alle prestazioni, che rappresentano «specifiche pretese dei cittadini ad ottenere prestazioni di attività o cose, da parte dello Stato, o di altri enti pubblici comunque esercitanti pubbliche funzioni»²⁰⁷, e si configurano come rivendicazioni sociali ispirate e fondate sul principio di uguaglianza sostanziale *ex art. 3 cost. comma 2*. Questi si collocano nell'evoluzione delle costituzioni di epoca moderna e dei principi liberisti che da una posizione di "laissez faire" si muovono verso una prospettiva interventista dello Stato, quale garante attivo dei rapporti sociali e dell'effettiva e sostanziale fruizione dei diritti per tutte e tutti. L'affermazione e il riconoscimento giuridico di tali diritti ha visto storicamente una certa reticenza nella dottrina che, solo in tempi più recenti, ha riconosciuto a quest'ultimi pari qualifica di diritti fondamentali rispetto ai classici diritti di libertà civile e del diritto di proprietà. La natura di tale dibattito si ritrova anche in Assemblea costituente nelle riflessioni in merito alla concezione solo programmatica o invece precettiva della tutela della salute e si ripropone anche nelle riflessioni sul carattere finanziariamente condizionato del diritto *de quo*²⁰⁸.

²⁰⁴ Morana D., *Prima e dopo la cura: nuove dimensioni nella tutela della salute*, op. cit., p.398.

²⁰⁵ Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., p.135

²⁰⁶ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit., p.25.

²⁰⁷ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit., p.52

²⁰⁸ Così nelle parole dell'onorevole Caronia: «l'assistenza sanitaria più di ogni altra richiede unità di direttive e coordinamento di mezzi. Nell'ambito della sanità oggi si tende addirittura all'organizzazione unitaria internazionale. In Italia la unificazione parzialmente riconosciuta dalla legislazione non ha avuto applicazione. Ne è derivata una grande confusione nel campo sanitario per dispersione di mezzi, costose interferenze ed inevitabili deficienze». E poi ancora nelle parole dell'Onorevole Camangi: «Noi dobbiamo per ora soltanto affermare una norma generale, un fine da

E, tuttavia, l'art. 32 si pone quale fondamento per il nascente ordinamento democratico, assumendo in sé quella valenza di norma "di prospettiva" che non soltanto disciplina per il presente, ma che al contempo si apre al futuro. «Sotto questo punto di vista, il contenuto delle norme programmatiche impartisce una precisa direzione all'ordinamento, vincolando il legislatore (e gli altri pubblici poteri) all'attuazione, nel presente, di un preciso programma, ma anche orientando [...] l'esercizio del potere per il futuro. In definitiva, tali norme rappresentano al contempo un limite e una bussola per il potere»²⁰⁹. Pertanto, la dimensione sociale del diritto *de quo*, nella pretesa e garanzia di un sistema efficiente di regole, di presidi di natura organizzativa e di prestazioni rivolte alla Repubblica, rende effettivo il godimento in concreto di quella rivendicazione della salute come diritto fondamentale dell'individuo.

In merito alla definizione della titolarità del diritto rilevano due diverse concezioni. Da un lato, «il diritto sociale deve essere attribuito indistintamente a tutti, in quanto rappresenta la parte che spetta a ciascuno nel conferimento delle risorse individuali in società, costituendo in sostanza un corrispettivo dell'appartenenza ad una comunità politica: in questo senso è un diritto di cittadinanza». Dall'altro, «il diritto sociale è attribuito ai soggetti in considerazione della posizione di svantaggio in cui si trovano collocati rispetto al godimento del bene protetto, in quanto trova fondamento nel superamento della nozione puramente formale di uguaglianza in favore di una sostanziale», rappresentando, così, gli effetti individuali della politica redistributiva. In questa seconda concezione i diritti sociali si configurano come universali nel senso più limitato del termine, dal momento che lo svantaggio qualifica la relazione tra il soggetto e il bene tutelato²¹⁰.

Il diritto alla salute come diritto sociale, dunque, prevede un dovere dello Stato di esercitare la funzione sanitaria per la tutela della salute individuale e della collettività tutta e, correlativamente, attribuisce ai singoli il diritto di pretendere un fattivo e concreto intervento dello Stato – definito *ex art. 32 come Repubblica*, nella quale si include la complessa ed eterogena composizione dei diversi livelli di potere e, dunque, sia l'ordinamento centrale sia gli enti pubblici minori, per come ripartito nelle competenze e funzioni *ex artt. 117 e 118 cost.* – nella predisposizione di prestazioni e servizi

raggiungere, un progresso da realizzare sulla via della civiltà. Io non penso che quanto auspicato possa realizzarsi rapidamente. Molti altri postulati della nostra Costituzione richiederanno del tempo per attuarsi completamente. Quello che importa è affermare il principio e iniziarne volenterosamente l'attuazione. D'altra parte è certo che, se è vero, come io penso che l'attuazione sia possibile, per le considerazioni di carattere statistico ed economico alle quali ho accennato, è anche vero, onorevoli colleghi, che tutte le realizzazioni, specie quelle di carattere sociale, presuppongono due cose: una possibilità materiale in potenza e la volontà da parte di chi deve attuarle di volerle attuare». Assemblea Costituente, Seduta di giovedì 24 aprile 1947, documenti.camera.it.

²⁰⁹ Busatta L., *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, op. cit., p.17.

²¹⁰ Pezzini B., *Profili attuali del diritto alla salute*, op. cit., pp. 2-3.

strumentali atti a favorire e garantire tale scopo²¹¹. Le norme programmatiche che definiscono i diritti sociali necessitano di un'ulteriore elaborazione per tradursi in concrete risposte ai bisogni e, tuttavia, costituiscono enunciati di principi pienamente vincolanti e non meramente esortativi nei confronti dell'apparato statale; esse impongono un preciso dovere di azione diretto al legislatore così come alla pubblica amministrazione; sono norme prefiguranti un modello di società verso il quale ci si indirizza, in cui la libertà del singolo è necessariamente inverata dal principio di uguaglianza di tutte e tutti, fondamento del concetto stesso di diritto sociale²¹².

2.3 Un diritto finanziariamente condizionato?

Il riferimento alla categoria dei c.d. “diritti finanziariamente condizionati”, operato dalla dottrina in merito ai diritti sociali e in particolare al diritto alla salute, permette di inquadrare quest'ultimi come «situazioni giuridiche soggettive che si connettono, necessariamente e per la loro stessa natura, all'aspettativa di prestazioni erogate dal potere pubblico, che nella sua azione di garanzia si trova ad essere limitato da vincoli economici»²¹³. Con riguardo ai condizionamenti finanziari che incidono sulla determinazione delle prestazioni sanitarie da parte del legislatore, esiste un'ampia produzione giurisprudenziale della Corte costituzionale che, a partire dagli anni Novanta, periodo di profonda crisi economica, utilizza le formule come *diritti condizionati*, *principio di gradualità delle riforme onerose*, *limitatezza delle risorse disponibili*, *valore dell'equilibrio finanziario* quali modalità tipiche delle decisioni che agiscono sulle scelte legislative, limitatamente ai casi in cui sia manifesta una palese «irragionevolezza, arbitrarietà, incongruenza, etc. e/o qualora incidano sul nucleo minimo/essenziale del diritto di volta in volta in gioco»²¹⁴, rilevando la necessità di prendere in considerazione i vincoli economici al momento della decisione sui trattamenti da garantire²¹⁵. E tuttavia, pur sottolineando il peso dei vincoli finanziari, la Corte afferma che tale bilanciamento «non implica certo una degradazione della tutela primaria assicurata dalla Costituzione a una puramente

²¹¹ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit., p.27.

²¹² Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit., p.59. Sul punto di veda Carlassare L., *L'art.32 della Costituzione e il suo significato*, op. cit., pp.113-1224.

²¹³ Busatta L., *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, op. cit., p.131.

²¹⁴ Salazar C., *Crisi economica e diritti fondamentali* — Relazione al XXVIII convegno annuale dell'AIC, rivista n., 4/2013, p.8.

²¹⁵ In riferimento a ciò la Corte costituzionale Sent., (data ud. 26/09/1990) 16/10/1990, n. 455 afferma: «Quest'ultima dimensione del diritto alla salute, che è quella concernente le questioni di costituzionalità in esame, comporta che, al pari di ogni diritto a prestazioni positive, il diritto a ottenere trattamenti sanitari, essendo basato su norme costituzionali di carattere programmatico impositive di un determinato fine da raggiungere, è garantito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento (v. spec. sent. n. 175 del 1982, sent. n. 212 del 1983 e sent. n. 1011 del 1988)».

legislativa»²¹⁶ né prevede che le esigenze relative all'equilibrio della finanza pubblica abbiano «un peso assolutamente preponderante, tale da comprimere il nucleo essenziale del diritto alla salute connesso all'inviolabile dignità della persona umana»²¹⁷. Tale clausola di salvaguardia assicura che la discrezionalità del legislatore per ragioni di bilancio pubblico non travalichi l'obbligo costituzionale di garantire le prestazioni sanitarie essenziali, mantenendo al di fuori del bilanciamento tra i beni e interessi costituzionali il dato fattuale dell'esistenza di risorse limitate²¹⁸. Viene dunque ribadito il duplice ordine di ragioni per cui la garanzia costituzionale è imposta necessariamente a determinati trattamenti; da un lato, infatti, questi contribuiscono a comporre quel *nucleo irriducibile* del diritto alla salute, dall'altro, la mancata tutela comporterebbe la violazione di altri diritti e principi costituzionali²¹⁹. Ciò che emerge, dunque, è la doverosità della garanzia di quel nucleo duro del diritto e quel livello essenziale delle prestazioni sanitarie che comporta l'obbligo per il legislatore di rinvenire le risorse economiche necessarie a prescindere dall'andamento finanziario delle risorse pubbliche²²⁰ (la *finalità diretta e primaria* della tutela)²²¹. In questo senso, il riferimento ad un diritto finanziariamente condizionato non può intendere la decisione finanziaria quale elemento definitorio del contenuto delle prestazioni, e, quindi, del diritto *de quo*; sono piuttosto le prestazioni per l'attuazione del diritto a dover essere garantite in quanto essenziali; pesa, dunque, sul legislatore «il preciso dovere di garantirne in condizioni di efficacia ed efficienza gestionale le risorse finanziarie necessarie, sotto il controllo della giurisprudenza costituzionale»²²². In merito, la giurisprudenza costituzionale ha, da tempo, fatto ricorso all'individuazione di un «nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana»²²³. Sebbene la determinazione del contenuto di tale nucleo sfugga ad una definizione precisa, l'individuazione di un fondamento irriducibile di tutele al cui rispetto tutti i poteri pubblici sono costituzionalmente vincolati conduce alla conferma dell'impossibilità di ridurre la determinazione del diritto alla salute alle mere valutazioni di natura economica sottese alla garanzia delle prestazioni.

²¹⁶ Corte costituzionale, Sent., (data ud. 26/09/1990) 16/10/1990, n. 455.

²¹⁷ Corte costituzionale, Sent., (data ud. 07/07/1999) 16/07/1999, n. 309.

²¹⁸ Morana D., *La salute come diritto costituzionale*, op. cit., p.104.

Vedi anche Salazar C., *Crisi economica e diritti fondamentali*, op. cit.

²¹⁹ Busatta L., *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, op. cit., p.98.

²²⁰ Busatta L., *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, op. cit., p.133.

²²¹ Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., p.127.

²²² Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., p.127.

²²³ Corte costituzionale, Sent., (data ud. 07/07/1999) 16/07/1999, n. 309.

Inoltre, la configurazione dei diritti a prestazioni come diritti di credito, comporta che essi abbiano contenuto patrimoniale, in quanto suscettibili di estimazione pecuniaria; ciò vale anche per il diritto a prestazioni *ex art. 32*, quale garanzia di effettività della libertà individuale di salute. Tuttavia, tale rapporto di strumentalità non rende patrimoniale il bene oggetto della garanzia costituzionale: «la natura patrimoniale di diritto a prestazioni non implica che il bene della salute sia considerato, di per sé, un bene patrimoniale»²²⁴. Del resto, il carattere personale del diritto di libertà di salute riafferma la non patrimonialità di tale bene. E, dunque, la formula del diritto finanziariamente condizionato appare ambigua in particolar modo nel confronto con la natura fondamentale del diritto *de quo*; difatti, il diritto alla salute non richiede un maggiore o diverso condizionamento finanziario rispetto ad ogni altro diritto che preveda erogazioni di spesa ma, di certo, il legislatore nel suo agire non può prescindere dai vincoli finanziari; tuttavia, «l'equilibrio finanziario – per quanta rilevanza abbia acquisito anche in riferimento alla riforma costituzionale dell'art. 81 Cost. – non costituisce uno scopo autosufficiente e irrelato, [...] nel quadro della funzione di tutela della salute *ex art. 32 Cost.*, l'equilibrio finanziario rappresenta solo una sorta di *finalità di terzo grado*»²²⁵. In questo senso, la Corte riconosce come «l'esigenza di assicurare la universalità e la completezza del sistema assistenziale nel nostro Paese si è scontrata, e si scontra ancora attualmente, con la limitatezza delle disponibilità finanziarie che annualmente è possibile destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi di carattere assistenziale e sociale, al settore sanitario»²²⁶, dunque riconoscendo la limitatezza delle risorse finanziarie quale elemento fisiologico del sistema che si pone come limite *ex se* sul legislatore²²⁷. E ancora. La Corte costituzionale, riprendendo quanto già affermato in una precedente sentenza del 2016, ribadisce in merito ai LEA che «spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di esso, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale di talché è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»²²⁸, ponendo come obbligo vincolante per Stato e Regioni il reperimento delle risorse finanziarie per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza sanitaria²²⁹.

²²⁴ Morana D., *La salute come diritto costituzionale*, op. cit., p.25.

²²⁵ Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., p.127.

²²⁶ Corte cost., Sent., (data ud. 06/07/2011) 27/07/2011, n. 248.

²²⁷ Salazar C., *Crisi economica e diritti fondamentali*, op. cit., p.10.

²²⁸ Corte cost., Sent., (data ud. 21/03/2017) 12/07/2017, n. 169 che riprende una precedente sentenza, Corte cost., Sent., (data ud. 19/10/2016) 16/12/2016, n. 275

²²⁹ Vedi Morana D., *La salute come diritto costituzionale*, op. cit., p.103.

Stante quanto detto, è, dunque, preferibile qualificare il diritto alla salute come *diritto costituzionalmente orientato*, nozione che pone in evidenza la molteplicità di criteri e fattori che assumono rilevanza nel momento di elaborazione delle decisioni in merito alla garanzia delle prestazioni sanitarie, superando dunque quella più «semplicistica e fuorviante»²³⁰ di diritto finanziariamente condizionato²³¹. E tuttavia il rapporto tra risorse economiche e diritti sociali rimane un nodo centrale, interrogando di fatto il legame tra vincolo politico e comunanza di interessi materiali, tra mercato e Stato sociale.

2.4 Riportare ad unità la complessità

L'analisi condotta sino ad ora in merito alle diverse componenti del diritto alla salute *ex art. 32* necessita, tuttavia, di una lettura unitaria della complessità della figura giuridica in questione. La Costituzione, difatti, non si limita a riconoscere un diritto individuale e, dunque, una pretesa di astensione ma interseca tale pretesa ad un interesse della collettività che si sostanzia nel dovere da parte dell'autorità pubblica di predisporre strutture sanitarie adeguate a garantire a tutte e tutti la tutela della salute; «pretesa di astensione e pretesa di prestazione di intrecciano e si fondono, presentandosi come le due facce di una moneta»²³². Tale interrelazione riflette i diversi aspetti di libertà presi in considerazione nella Costituzione: l'affermazione di istanze sociali interroga le pretese di libertà individuali, modificando la concezione di libertà stessa; in questo senso, si pone «l'accento verso una nozione di effettività, una nozione sostanziale della libertà stessa» che si intreccia indissolubilmente con l'eguaglianza, «dal momento che il problema centrale diviene quello di garantire a tutti i consociati la fruizione in concreto delle libertà promesse – innanzitutto tramite l'affrancazione dal bisogno»²³³. Rilevano, dunque, i caratteri di universalismo e gratuità, che «pur essendo due attributi differenti del diritto sociale alla salute, stanno insieme nella nozione di diritto sociale e nella dimensione politica dello stato sociale. Ciò in quanto sono la capacità di tenerli insieme e la misura di una loro declinazione mutua e reciproca a definire la qualità dello stato sociale»²³⁴.

È, poi, la nozione di diritto fondamentale che permette l'unitarietà del diritto alla salute, riconoscendo allo stesso la sua appartenenza ai *diritti agli elementi costitutivi della persona*, ovvero un diritto originario, non nel senso giusnaturalistico del termine, quanto piuttosto quale fondamento insito nella

²³⁰ Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., p.126.

²³¹ Busatta L., *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, op. cit., p.253.

²³² Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit., p.72.

²³³ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit., p.58.

²³⁴ Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., p.125.

personalità che si acquisisce dalla nascita, senza necessità di mediazione; in questo si rimanda necessariamente all'art. 2 cost. e al "riconoscimento" dei diritti inviolabili²³⁵. In questo, il diritto *de quo* nel suo carattere di diritto fondamentale spetta ad ogni essere umano indipendentemente dal suo "status civitatis" dal momento che riguarda la tutela delle esigenze essenziali della condizione umana; e dunque, nessuna condizione, né quella di straniero né di privazione della libertà, può giustificare una assenza di tutela. In quanto diritto fondamentale, «concreta una delle situazioni riconosciute e garantite dall'art.2 cost come inviolabili»²³⁶, garantendo l'irrivocabilità dello stesso al potere di revisione costituzionale, che non può modificare e alterare quel nucleo essenziale. Nonostante la definizione di tale nucleo sfugga, dal momento che il contenuto essenziale del diritto *de quo* non può essere imbrogliato in una formula fissa, proprio per la continua evoluzione dello stesso, emerge come tale concetto possa essere inteso in termini relazionali dal raffronto tra specifiche posizioni giuridiche soggettive e interessi costituzionalmente rilevanti²³⁷; la sua essenza «sta nel fungere da ago della bilancia al momento della ponderazione»²³⁸, seppur rimanga riferimento sostanziale il concetto di dignità umana.

La sua absolutezza, inoltre, permette che il diritto alla salute sia garantito dalla Costituzione non solo nei confronti dei poteri pubblici ma anche nei rapporti tra privati, per come affermato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 45 del 1965, secondo cui i principi fondamentali devono essere «immediatamente immessi nell'ordinamento giuridico con efficacia "erga omnes"»²³⁹, posizione ribadita ulteriormente dalla sentenza n. 88 del 1979 in cui la Corte afferma a chiare lettere che il bene tutelato dall'art. 32 Cost. «non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo, sicché si configura come un diritto primario ed assoluto, pienamente operante anche nei rapporti tra privati»²⁴⁰. La mancanza di tutela di fronte alle violazioni di poteri privati, difatti, ridurrebbe la garanzia del diritto stesso ad una condizione di parzialità; in questo senso la riscoperta in tema di *Drittwirkung* anche per il diritto alla salute ha permesso una più attenta riflessione sul tema²⁴¹.

La complessità e dinamicità della tutela della salute *ex art. 32 cost.*, si concretizza dunque nel dialogo tra «la necessaria attenzione all'interesse individuale [che] costruisce il diritto sociale come un vero

²³⁵ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit., pp.72-73.

²³⁶ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit., p.75.

²³⁷ Busatta L., *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, op. cit., p.260.

²³⁸ Busatta L., *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, op. cit., p.261.

²³⁹ Corte cost., Sent., (data ud. 26/05/1965) 09/06/1965, n. 45.

²⁴⁰ Corte cost., Sent., (data ud. 12/07/1979) 26/07/1979, n. 88. Il percorso interpretativo è avviato nel 1973 dalla Corte di Cassazione (Cass. Civ., S.U., sent. 21 marzo 1973, n.796).

²⁴¹ Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, op. cit., p.77.

diritto soggettivo (come *ius*)» e «l'indispensabilità dell'attuazione e la sua relativa autonomia costituzionale»²⁴², quale vincolo oggettivo della *lex*. In questo senso, implica l'esercizio della potestà pubblica di protezione sociale del diritto *de quo*, quale espressione del mandato costituzionale, definendo in tal modo il contenuto del diritto «con le determinazioni di volontà che provengono dal soggetto titolare del bene costituzionalmente garantito, dal soggetto, cioè, per il quale il bene rappresenta un elemento essenziale per lo svolgimento e lo sviluppo della personalità individuale»²⁴³.

2.5 Il ruolo delle Regioni nella garanzia dell'effettività del diritto *de quo*

Rilevanti risultano le riflessioni in merito alla dimensione *verticale* dell'organizzazione costituzionale dei poteri, dal momento che il riparto territoriale di competenze incide profondamente sulla garanzia di universalità dei diritti e dei doveri, e, dunque, sulla effettiva tutela del diritto fondamentale alla salute. In questo, le riflessioni sui livelli essenziali delle prestazioni dal punto di vista organizzativo e il riparto di competenze tra Stato, Regioni ed enti locali assumono fondamentale importanza.

Come illustrato precedentemente, la legge 833/1978, istitutiva del SNN, organizza un sistema pubblico basato sulla divisione multilivello della garanzia, delineando una competenza regionale in materia; già precedentemente con il d.l. 8 luglio 1974, n. 264 (convertito in legge 17 agosto 1974, n. 386) e la legge 349/1977 si era proceduto alla soppressione degli enti mutualistici, affidando alle regioni i compiti in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, in conformità al testo originario dell'art. 117 cost., che già aveva come competenza concorrente regionale l'assistenza sanitaria e ospedaliera. Sul punto la stessa Corte costituzionale nella sentenza n. 142/2021 riafferma come «il sistema italiano di tutela della salute si sviluppa su due livelli di governo: quello statale, il quale definisce i livelli essenziali di assistenza che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini e l'ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie al loro finanziamento; quello regionale, cui pertiene il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto dei suddetti LEA. La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze»²⁴⁴.

In merito ai livelli essenziali di assistenza la legge n. 833 si poneva come obiettivo la garanzia dell'accesso universale e uguale alle cure per tutte e tutti gli utenti, nel tentativo di superare la disparità di trattamento, le diseguglianze territoriali e la frammentazione organizzativa più che

²⁴² Pezzini B., *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, op. cit., p.119.

²⁴³ *Ibidem*.

²⁴⁴ Corte cost., Sent., (data ud. 11/05/2021) 08/07/2021, n. 142

l'uniformità delle prestazioni²⁴⁵. Il carattere di "uniformità" delle prestazioni viene, infatti, a rilevare con l'art. 6, comma 1, del d.l. n. 384 del 1992 (convertito dalla legge n. 438 del 1992), che affidava al governo, d'intesa con le regioni, di definire livelli "uniformi" di assistenza sanitaria nell'ottica di garanzia di un vincolo unitario nel contesto di una regionalizzazione del servizio. Con la riforma del Titolo V, operata dalla legge costituzionale n. 3/2001, si individua *ex art.* 117, comma 2, lett. m) come materia di competenza esclusiva statale la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali», precisando che i livelli essenziali delle prestazioni devono essere garantiti «su tutto il territorio nazionale» e «prescindendo dai confini territoriali dei governi locali». In questo rileva, ancora una volta, non tanto un concetto di "uniformità" quanto piuttosto un concetto di "aterritorialità", ovvero la necessità di garanzia, senza discriminazione in base al territorio di appartenenza, dell'accesso eguale a talune prestazioni sanitarie. «L'obiettivo perseguito dalla carta costituzionale è, in altri termini, quello dell'uguaglianza sostanziale, della non discriminazione in base alla residenza, che non necessariamente si traduce in un'uniformità erogativa»²⁴⁶. In tale prospettiva assume particolare importanza la differenza concettuale tra discriminazione e differenza, ovvero il riconoscimento che una differenziazione nell'organizzazione del servizio non debba necessariamente comportare una disuguaglianza nei livelli di godimento del diritto alla salute; l'attuazione del principio di uguaglianza implica, pertanto, la necessità per l'ordinamento di fornire risposte differenziate alle concrete esigenze dei cittadini valorizzando l'autonomia territoriale come strumento per il raggiungimento dell'uguaglianza sostanziale²⁴⁷. In questo senso rileva «il collegamento tra livelli di godimento dei diritti, uguaglianza e cittadinanza, nel senso che la diminuzione della protezione di alcuni diritti oltre una certa soglia è interpretata come rottura del legame sociale che dà vita alla cittadinanza»²⁴⁸. Difatti, il principio di uguaglianza *ex art.* 3 cost. comporta «che le disuguaglianze sociali vanno ridotte o eliminate non soltanto perché funziona la logica dei doveri (di solidarietà in capo ai più fortunati), ma anche quella dei diritti (sociali, connessi all'uguaglianza, a beneficio dei più svantaggiati)»²⁴⁹. Si veda, in merito, come l'art. 1, c. 1, d.l.gs. n. 229/1999 del Servizio sanitario nazionale cristallizzi il passaggio da un modello sanitario fondato sull'uniformità organizzativa ad uno caratterizzato da flessibilità e differenziazione²⁵⁰.

²⁴⁵ Tubertini C., *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, op. cit.

²⁴⁶ Antonelli V., *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in *Federalismo.it*, fascicolo n. 7 - 28/03/2018, pp. 9-10.

²⁴⁷ Sul punto interessanti risultano essere le riflessioni in merito al rapporto tra federalismo e uguaglianza in Luciani M., *i livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit.

²⁴⁸ Luciani M., *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m della Costituzione)*, in *Politica del diritto*, Fascicolo 3, settembre 2002, p.349.

²⁴⁹ Luciani M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in Luciani M., *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli, Torino, 2011, p.11.

²⁵⁰ Tubertini C., *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, cit.

La nozione di “livelli essenziali di assistenza” tiene dunque assieme l’esigenza di tutela del diritto *de quo*, «la predisposizione e attivazione di un servizio sanitario adeguato allo scopo e l’adozione di un sistema di finanziamento tale da rendere possibile l’erogazione»²⁵¹ di tale prestazioni. Tale nozione racchiude in sé la garanzia del diritto alla salute attraverso l’identificazione del *quantum* di tutela, il nucleo centrale e la cornice degli spazi di autonomia organizzativa dei servizi sanitari regionali e il finanziamento sull’intero territorio nazionale per la garanzia delle prestazioni²⁵². Inoltre, il carattere «essenziale» è inteso come relativo, dipendendo da un lato dalla condizione soggettiva del beneficiario e dall’altro dal raffronto tra la condizione della generalità dei cittadini e il singolo²⁵³. La riforma del titolo V ha dunque visto la configurazione dei livelli essenziali delle prestazioni non come semplice soglia astratta di uniformità al di sotto della quale non possono collocarsi le scelte di indirizzo delle Regioni, ma come veri e propri doveri di servizio e di prestazioni garantite a tutte e tutti²⁵⁴. Sul punto la Corte costituzionale si è espressa ricordando come «la determinazione dei LEA è un obbligo del legislatore statale, ma che la sua proiezione in termini di fabbisogno regionale coinvolge necessariamente le Regioni, per cui la fisiologica dialettica tra questi soggetti deve essere improntata alla leale collaborazione che, nel caso di specie, si colora della doverosa cooperazione per assicurare il migliore servizio alla collettività»²⁵⁵. In questo senso si è ritenuto possibile riconoscere un dovere in capo alle amministrazioni di garanzia e predisposizione delle condizioni necessarie (informative, organizzative, finanziarie, di controllo) a rendere effettiva la tutela e il soddisfacimento del diritto *de quo*, riconoscendo la stretta «interdipendenza tra effettività della prestazione e contesto amministrativo di riferimento»²⁵⁶. La Corte, inoltre, si è espressa in materia di LEA affermando come «non si tratta di una “materia” in senso stretto, ma di una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull’intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle»²⁵⁷, dunque riconoscendo allo Stato, in nome dell’interesse nazionale, «la possibilità di un attraversamento degli ambiti materiali delle competenze»²⁵⁸. Il merito di questa sentenza risiede nella risoluzione del quesito sulla legittimità costituzionale dei LEA ma, in particolar modo, sulla

²⁵¹ Antonelli V., *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall’uniformità all’appropriatezza*, cit., p.13.

²⁵² Antonelli V., *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall’uniformità all’appropriatezza*, op. cit., p.13.

²⁵³ Luciani M., *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell’art. 117, comma 2, lett. m della Costituzione)*, op. cit., p.352.

²⁵⁴ Tubertini C., *Cinquant’anni di organizzazione sanitaria: dall’uniformità alla differenziazione, e ritorno*, op. cit.

²⁵⁵ Corte cost., Sent., (data ud. 21/03/2017) 12/07/2017, n. 169.

²⁵⁶ Tubertini C., *Cinquant’anni di organizzazione sanitaria: dall’uniformità alla differenziazione, e ritorno*, op. cit., p.76.

²⁵⁷ Corte cost., Sent., (data ud. 19/06/2002) 26/06/2002, n. 282.

²⁵⁸ Luciani M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, op. cit., p.23.

costruzione di un equilibrio tra competenze statali e regionali – principio di leale collaborazione affermato poi successivamente nella sentenza n. 134/2006²⁵⁹.

Ulteriore evoluzione in materia si ha alla luce della sentenza n. 192 del 2024 sui giudizi di legittimità costituzionale della l. 26 giugno 2024, n. 86, *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, promossi dalle Regioni Puglia e Toscana, dalla Regione autonoma Sardegna e dalla Regione Campania. La norma in oggetto prevede la definizione dei principi generali relativi all'attribuzione alle Regioni di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ex art. 116 comma 3 cost., nonché la loro modifica e revoca, e disciplina le modalità procedurali di approvazione delle intese fra lo Stato e la Regione. Riconoscendo come i diritti civili e sociali debbano essere garantiti equamente su tutto il territorio nazionale, la legge prevede l'attribuzione di tale autonomia solo subordinatamente alla determinazione dei relativi livelli essenziali delle prestazioni (LEP) concernenti i diritti civili e sociali e dei relativi costi e fabbisogni standard, nei limiti delle risorse rese disponibili nella legge di bilancio. La norma conferisce al Governo una delega, da esercitare entro ventiquattro mesi dall'entrata in vigore della legge, per l'adozione di uno o più decreti legislativi volti alla determinazione dei LEP; dispone altresì l'aggiornamento periodo dei LEP mediante d.P.C.M., in coerenza e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, al fine di adeguarli all'evoluzione del contesto socio-economico e tecnologico.

Sul punto, la Corte si è espressa affermando che i livelli essenziali delle prestazioni costituiscono il «necessario contrappeso della differenziazione, una rete di protezione salvaguarda condizioni di vita omogenee sul territorio nazionale»²⁶⁰. Tale principio è ribadito anche con riguardo alle cosiddette materie no-LEP: queste possono, infatti, essere immediatamente attribuite alle Regioni, come previsto dalla l. 86, ma unicamente a condizione che, qualora coinvolgano diritti di rilievo costituzionale, siano previamente individuati i corrispondenti LEP. La sentenza registra un significativo avanzamento teorico nell'elaborazione del concetto di “livello essenziale delle prestazioni” che «implicano una delicata scelta politica, perché si tratta - fondamentalmente - di bilanciare uguaglianza dei privati e autonomia regionale, diritti e esigenze finanziarie e anche i diversi diritti fra loro. Si tratta, in definitiva, di decidere i livelli delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali, con le risorse necessarie per garantire uno standard uniforme delle stesse prestazioni in tutto il territorio nazionale»²⁶¹. Nondimeno, il principale rischio individuato è che tali livelli vengano determinati nel

²⁵⁹ Di Girolamo A., *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 3/4.2007, pp.481-505.

²⁶⁰ Corte cost., Sent., (data ud. 12/11/2024) 03/12/2024, n. 192.

²⁶¹ Corte cost., Sent., (data ud. 12/11/2024) 03/12/2024, n. 192.

loro minimo indispensabile, finendo per cristallizzare l'esistente più che innalzarlo, riducendosi a livelli "minimi" più che "essenziali"²⁶².

Tuttavia, nonostante la copertura garantistica del dettato costituzionale, la concreta situazione nazionale mostra evidenti segni di difficoltà di tutela e garanzia delle prestazioni sanitarie: da un lato si rileva una difficoltà di costruzione di indicatori di performance, conseguenza di una assenza di individuazione uniforme di *standards* di qualità per tutte le strutture sanitarie, che ha comportato profondi divari sul territorio nazionale nella qualità del servizio sanitario offerto; inoltre, le politiche nazionali di *austerity* hanno avuto importanti impatti sulle finanze regionali mettendo in crisi la regionalizzazione del sistema²⁶³. In merito a ciò, pare necessario porre l'attenzione sulla ragionevolezza e proporzionalità delle scelte legislative in materia di allocazione delle risorse finanziarie rispetto ai servizi sanitari tale per cui l'«affermazione [del legislatore] non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale di talché è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»²⁶⁴; sul punto, dunque, la Corte ha riconosciuto l'esistenza di un limite al di sotto del quale non sia consentito operare tagli e riduzioni di spesa per prestazioni costituzionalmente dovute²⁶⁵. Rispetto a ciò, diverse richieste di intervento sulla disciplina legislativa in materia di maggiore determinatezza dei livelli essenziali hanno posto l'accento sulla necessità di limitare la possibilità che le regioni, «approfittando dell'elevato grado di indeterminatezza che caratterizza, specie per alcune categorie di prestazioni, la definizione dei destinatari, i livelli quantitativi e qualitativi e finanche i contenuti, utilizzino non *in melius*, ma *in peius* il proprio margine di autonomia»²⁶⁶.

²⁶² Sul punto si rimanda a Balboni E., Buzzacchi C., *Autonomia differenziata: più problemi che certezze*, in Osservatorio sulle fonti, n. 1/2023. Disponibile in: <http://www.osservatoriosullefonti.it>; Balboni E., *Un esigente ed ambizioso manuale per l'uso della autonomia differenziata: una traccia culturale*, in Astrid Rassegna, n. 18, 2024; Grossi V. P., *Equilibri impossibili? Regionalismo differenziato e livelli essenziali delle prestazioni dopo la sentenza della Corte costituzionale, n. 192 del 2024*, in Osservatorio costituzionale, Associazione italiana dei Costituzionalisti, fasc. 4/2025.

²⁶³ Si rimanda per una più chiara analisi delle vicende in merito al funzionamento del finanziamento del SSN e agli accordi tra Stato e Regioni a Di Girolamo A., *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, op. cit.

²⁶⁴ Corte cost., Sent., (data ud. 19/10/2016) 16/12/2016, n. 275.

²⁶⁵ Si veda Politi F., *Il diritto alla salute fra esigenze di bilancio, tutela delle competenze regionali ed incompressibilità dei livelli essenziali*, in *Giurisprudenza italiana*, Corti supreme e salute 2018, 1, pp.39-58.

²⁶⁶ Tubertini C., *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, op. cit., p.85.

3 Sanità penitenziaria

L'assistenza sanitaria in carcere ha visto un'evoluzione nell'organizzazione e strutturazione del servizio con profonde modifiche che hanno comportato il passaggio dall'allora Ministero di Grazia e Giustizia al Ministero della Salute²⁶⁷, istituito nel 1958, affidando alle Regioni l'organizzazione degli interventi da attuare attraverso le Aziende sanitarie locali e riconoscendo ai pazienti detenuti il medesimo accesso al Servizio Sanitario Nazionale come a qualsiasi cittadino, in nome del principio di uguaglianza ex art. 3 Cost. L'art 11 comma 1 dell'ordinamento penitenziario garantisce, infatti, che «il servizio sanitario nazionale oper[i] negli istituti penitenziari e negli istituti penali per minorenni nel rispetto della disciplina sul riordino della medicina penitenziaria»²⁶⁸.

I primi passi di questa evoluzione si rintracciano nella legge del 9 ottobre 1970, n. 740 in materia di *Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria* che disciplinava il rapporto di lavoro del personale sanitario all'interno degli istituti penitenziari, ponendo le basi per la garanzia di una continuità assistenziale. Difatti, storicamente la tutela della salute all'interno dei penitenziari era gestita internamente dal Dicastero competente per l'esecuzione penale, dal momento che la salute non era ancora intesa quale diritto fondamentale dell'individuo. È solo con la legge sull'ordinamento penitenziario n. 354 del 26 luglio 1975, *Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*, che si introducono specifiche norme in tema di organizzazione dei servizi sanitari per internati e detenuti, rimettendo in via esclusiva all'Amministrazione penitenziaria con la possibilità di richiedere collaborazione ai servizi sanitari territoriali; si veda come nella legge n. 833 del 1978 il legislatore aveva escluso ogni riferimento alla sanità penitenziaria e i rapporti con il SSN. In questo senso, la legge del 1975 nei principi direttivi sancisce che «il trattamento è improntato ad assoluta imparzialità, senza discriminazioni in ordine a nazionalità, razza e condizioni economiche e sociali, a opinioni politiche e a credenze religiose»²⁶⁹ e definisce al Capo II, 11 “Servizio Sanitario” l'organizzazione e la gestione dell'assistenza sanitaria per i detenuti.

Ulteriore evoluzione si ha con il D.P.R. del 9 ottobre 1990, n. 309, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi*

²⁶⁷ Mediante legge finanziaria per il 2008 (l. n. 244/2007), con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008, “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”.

²⁶⁸ Articolo 11 Servizio Sanitario, Legge sull'ordinamento penitenziario, L. 26 luglio 1975, n. 354.

²⁶⁹ Legge 26 luglio 1975, n. 354, Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà, Pubblicata nella Gazz. Uff. 9 agosto 1975, n. 212, S.O., Titolo I Trattamento penitenziario, Capo I, Principi direttivi.

*stati di tossicodipendenza*²⁷⁰ che affida alle ASL i compiti di cura e riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti. Mentre, con la legge n. 419 del 1998 si riconosce l'urgenza di realizzare una riforma dell'assistenza sanitaria nel sistema carcerario, in particolare dedicando un intero articolo alla medicina penitenziaria, *ex art. 5 Riordino della medicina penitenziaria*²⁷¹. Un ulteriore passo importante viene raggiunto con il Decreto Legislativo del 22 giugno 1999, n. 230 che sancisce l'equiparazione del detenuto agli utenti del Servizio Sanitario Nazionale, affermando *ex art. 1, 1* come «i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci, tempestive ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali»²⁷². Inoltre, al SSN, *ex art. 1 comma 2*, spetta assicurare (a) livelli di prestazione «analoghi» a quelli garantiti ai cittadini liberi; (b) azioni di «protezione, di informazione e di educazione» in materia di salute; (c) informazioni complete sullo stato di salute, dal momento dell'ingresso in carcere, «durante tutto il periodo della detenzione e all'atto di dimissione in libertà»; (d) prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico; (e) e (f) assistenza alla gravidanza, alla maternità e servizi pediatrici e di puericoltura, «idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità» per i figli delle detenute; spetta, *ex art. 1 comma 3* all'azienda sanitaria, nel cui territorio è ubicato un istituto penitenziario, provvedere all'adozione di una Carta dei servizi²⁷³.

Infine, il DPCM del 1° aprile 2008 *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria* all'art. 1 «disciplina, in attuazione dell'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei

²⁷⁰ Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Suppl. Ordinario del 15 marzo 2006.

²⁷¹ Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, entrata in vigore il 22 dicembre 1998, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.286 del 07dicembre 1998.

²⁷² Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419, entrata in vigore del decreto: 31/7/1999, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.165 del 16 luglio 1999 - Suppl. Ordinario n. 132.

²⁷³ Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419, entrata in vigore del decreto: 31/7/1999, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.165 del 16 luglio 1999 - Suppl. Ordinario n. 132.

rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria»²⁷⁴. Particolare risalto, per la delicatezza del settore cui fa riferimento, assumono l'art.5, dedicato al trasferimento alle Regioni delle funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali psichiatrici giudiziari e l'allegato C) al decreto medesimo, che delinea un percorso volto al superamento degli OPG, che troverà sviluppo prima col D.L. 211/2011 (convertito nella legge 9/2012) e poi definitiva attuazione con il D.L. 52/2014 (convertito nella legge 81/2014). A questo si corredano anche le linee di indirizzo per interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (O.P.G.) e nelle case di cura e di custodia; così «seppur con estremo ritardo, il legislatore provvede a adeguare la realtà penitenziaria ai principi costituzionali, provando a ripensare il carcere non più come luogo-contenitore, ma anche come luogo-clinico»²⁷⁵. Sono, dunque, riconosciute all'interno delle carceri le prestazioni di medicina generale anche per gli stranieri irregolari mentre le prestazioni specialistiche devono essere assicurate dalle Aziende Sanitarie secondo standard di uniformità; inoltre, sono previsti programmi di formazione del detenuto e del personale, di screening e protocolli di gestione ed isolamento per quanto riguarda le malattie infettive; viene anche garantita assistenza ostetrico-ginecologica e pediatrica per le detenute e i figli. L'assistenza ai detenuti tossicodipendenti è, invece, fornita dai Ser.D.²⁷⁶ mentre gli interventi nell'ambito della salute mentale sono garantiti dai servizi del territorio, attraverso la presa in carico con progetti individualizzati, sia all'interno dell'Istituto Penitenziario che all'esterno.

In aggiunta, il DPCM ha istituito presso ogni Regione un Osservatorio permanente sulla Sanità Penitenziaria composto dai rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile - dal 2021 si aggiunge la componente della Magistratura di Sorveglianza - con l'obiettivo di monitorare e valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti, nel rispetto delle misure di sicurezza. L'Osservatorio si avvale, inoltre, di una Cabina di Regia composta da rappresentanti del Sistema Sanitario Regionale e dell'Amministrazione penitenziaria con funzioni di supporto tecnico, coordinamento e proposte di intervento. Tuttavia, è da sottolineare come la valutazione e il monitoraggio dell'efficienza sia difficilmente applicabile dal momento che mancano gli indicatori di flusso e la registrazione digitale delle prestazioni – si riporta

²⁷⁴ Decreto Del Presidente Del Consiglio Dei Ministri 1° aprile 2008 Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, pubblicato in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.126 del 30 maggio 2008.

²⁷⁵ Errico M.T.. *Art. 11 Servizio sanitario*, in Consolo, S., Russo, G. (a cura di), *Codice penitenziario commentato* (5a ed.). Laurus Robuffo, 2023, p.69.

²⁷⁶ Il Servizio per le Dipendenze (Ser.D), nato come SerT, Servizi per le Tossicodipendenze, viene istituito dalla legge n.162/90, in materia di *Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, con l'obiettivo di svolgere attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo nel settore delle dipendenze patologiche.

come solo nelle Regioni della Lombardia e dell'Emilia-Romagna dovrebbe essere funzionante il servizio di cartelle sanitarie informatizzate, che tuttavia, pare di difficile applicazione anche in queste regioni –, situazione che comporta, inoltre, una più difficile valutazione dei reali bisogni e necessità della popolazione detenuta e, dunque, del budget necessario per la garanzia delle prestazioni²⁷⁷.

Ulteriori novità sono state introdotte dall'Accordo in Conferenza Unificata 22.01.2015, rep.3 *Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti* con l'obiettivo di implementare le reti sanitarie regionali e nazionali e i servizi sanitari negli istituti penitenziari, creando così una vera e propria “rete regionale dei servizi” che si concretizza nella creazione di accordi, intese e piani a livello sia extra-penitenziario sia intra-penitenziario con lo scopo di garantire la somministrazione di cure mediche adeguate²⁷⁸. Vengono direttamente richiamati il d.lgs. n.230/1999 e la normativa seguente, riaffermando come il soggetto *in vinculis* non sia più considerato detenuto, bensì utente del servizio sanitario. In questo senso, si perseguono scopi di «uguaglianza sostanziale e di assicurazione di un servizio – sanitario ma anche penitenziario – che contribuisca a rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana, conformemente all'art. 2 cost. ancor prima che all'art. 32 cost. Il comma 2, – in cui si “garantisce a ogni istituto un servizio sanitario rispondente alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati” – oltre a prevedere un ovvio riferimento alle cure, parla espressamente per la prima volta di profilassi, con una visione costituzionalmente orientata che nel diritto alla salute dà una nozione che non si limita alla sola rimozione della malattia»²⁷⁹. In questo senso, fondamentale per l'effettiva garanzia del servizio risulta essere la stretta collaborazione tra amministrazione sanitaria e penitenziaria, per come dichiarato dall'art. 2 comma 3 del d.lgs. n.230/1999²⁸⁰. Si prevede, inoltre, l'iscrizione obbligatoria al SSN per i detenuti stranieri, per tutto il periodo detentivo, riaffermando un principio di piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi

²⁷⁷ Seminario del Corso di Alta Formazione *Profili teorici e pratici dell'esecuzione delle pene e delle misure di sicurezza* VI edizione online a.a. 2023-2024, 12 gennaio 2024.

²⁷⁸ Errico M.T., *Art. 11 Servizio Sanitario*, op. cit., p.69.

²⁷⁹ Errico M.T., *Art. 11 Servizio Sanitario*, op. cit., p.70.

La rimozione delle discriminazioni nella tutela e garanzia del diritto alla salute da parte dello Stato è ribadita anche nella Regola 24 delle Mandela Rules, secondo cui: « lo Stato è tenuto a fornire cure sanitarie alle persone detenute, che potranno avvalersi degli stessi standard di assistenza sanitaria a disposizione della comunità e avere accesso a tutti i servizi sanitari necessari gratuitamente e senza discriminazione alcuna per il loro status giuridico».

²⁸⁰ «Alla erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda unità sanitaria locale. L'amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati ivi assistiti», Decreto legislativo 22/06/1999, n. 230, Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della L. 30 novembre 1998, n. 419 .

prescindendo dal titolo regolare di permesso di soggiorno sul territorio nazionale nell'ottica di garantire assistenza allo straniero prima e dopo la dimissione del carcere²⁸¹.

Ultimo tassello si rinviene nei commi dal 7 al 10 dell'art. 11 ord. pen., rivisti dal legislatore col d.lgs. 123/2018, *Riforma dell'ordinamento penitenziario, in attuazione della delega di cui all'articolo 1, commi 82, 83 e 85, lettere a), d), i), l), m), o), r), t) e u), della legge 23 giugno 2017, n. 103*, che disciplinano la tutela della salute per detenuti e internati presso gli istituti penitenziari. In particolare, di nuova introduzione è l'obbligo di immediata annotazione in cartella clinica «di ogni informazione relativa a segni o indici che facciano apparire che la persona possa aver subito violenze o maltrattamenti» nonché la «comunicazione al direttore dell'istituto e al magistrato di sorveglianza»²⁸². Tale previsione costituisce un importante strumento per l'emersione di eventuali violenze subite nella fase precedente all'ingresso in istituto, che dal punto di vista del genere, si colloca quale possibile elemento di rilevamento di violenze di genere pregresse subite dalle donne²⁸³. In merito, le *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* (le c.d. *Mandela Rules*) delle Nazioni Unite elencano le informazioni rilevanti da reperire nel momento di primo ingresso, tra cui quelle che permettano di determinare la specifica identità del detenuto o della detenuta, rispettando il genere di auto-identificazione²⁸⁴. Difatti, il contatto iniziale con il sistema penitenziario costituisce per la persona un momento di smarrimento, confusione, inquietudine, noto come “trauma da ingresso”, una delle prime circostanze di alto rischio suicidario.

Nonostante il riconoscimento del dovere di tutela di salute mediante il SSN, permane il diritto per le persone detenute di essere visitate a proprie spese da un esercente la professione sanitaria di fiducia e di poter essere sottoposte a trattamenti medici, chirurgici e terapeutici all'interno degli istituti, previo accordo con l'ASL di competenza, ex art. 11 comma 12 ord. pen.; l'autorizzazione è concessa dal giudice che procede sino alla sentenza di primo grado e successivamente la competenza

²⁸¹ Maggiori approfondimenti sul tema in Starnini G., *Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale*, Autonomie locali e servizi sociali, Il Mulino, Rivista-web, Fascicolo 1, aprile 2009.

²⁸² Art. 11 comma 7, Ord. pen.

²⁸³ Si cita la regola 6 delle Bangkok Rules che afferma: «La visita medica delle detenute deve essere completa, in modo da stabilire i loro bisogni in materia di cure sanitarie e da far evincere:

1. La presenza di malattie sessualmente trasmissibili o di malattie trasmissibili per via ematica; a seconda dei fattori di rischio, può essere proposto alle detenute di sottoporsi anche ad un test per HIV, preceduto e seguito da un sostegno psicologico;
2. I bisogni in materia di cure mentali, in particolare per turbe da stress post-traumatico e rischi di atti suicidari o autolesionistici;
3. I precedenti della detenuta in ambito riproduttivo, ovvero gravidanze in corso o recenti, parto recente o altre questioni legate alla riproduzione;
4. La presenza di una dipendenza dalla droga;
5. Le violenze sessuali e altre forme di violenza che possono essere state subite prima dell'ingresso in carcere».

²⁸⁴ La regola 7 a) delle Mandela Rules riporta in merito: «informazioni puntuali che consentono di risalire all'identità della persona nel pieno rispetto del genere nel quale si riconosce».

e posta al direttore dell'istituto. Spetta, inoltre, al Direttore generale dell'azienda sanitaria il compito di visitare almeno due volte l'anno gli istituti penitenziari per la verifica dell'adeguatezza delle misure di profilassi contro le malattie infettive e le condizioni igieniche *ex art.* 11 comma 13-14 ord. pen., rimarcando come il diritto alla salute passi anche attraverso la salubrità degli ambienti e l'adeguatezza delle condizioni di vita²⁸⁵.

3.1 Stato dell'arte dell'assistenza sanitaria penitenziaria in Lombardia

Nella Regione Lombardia la cura dei pazienti detenuti è affidata agli ospedali, diversamente nelle altre Regioni dove il servizio è affidato all'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) del territorio di riferimento. I punti di erogazione delle prestazioni sanitarie sono organizzati e coordinati dall'ASST competente secondo tre diversi livelli: intra-penitenziari, territoriali e ospedalieri. La Delibera della Giunta regionale n. 4716 del 13 gennaio 2016 recante "La rete regionale dei servizi sanitari penitenziari. Definizione e linee di indirizzo operative secondo le previsioni di cui all'accordo Conferenza unificata sottoscritto in data 22/01/2015" ha definito i livelli di assistenza sanitaria offerti, la tipologia e la modalità di erogazione dei servizi, oltre a stabilirne la dotazione organica. Secondo quanto stabilito dalla Delibera regionale di cui sopra la Rete dei Servizi Sanitari Penitenziari si classifica secondo diverse strutture:

- Strutture con Servizio Medico di Base (SMB), attivata nelle strutture penitenziarie con popolazione detenuta riconosciuta in buone condizioni generali di salute. Essa offre, in via continuativa e per fasce orarie (12 ore), prestazioni di medicina di base e assistenza infermieristica, nonché ordinariamente prestazioni di medicina specialistica (odontoiatria, cardiologia, psichiatria, malattie infettive), la presa in carico di pazienti con problematiche inerenti alle patologie da dipendenza o altre che presuppongono una presa in carico a lungo termine. Sono, inoltre, garantiti test di screening previsti per l'intera popolazione (pap-test, mammografia e sangue occulto nelle feci). Dispongono della tipologia di servizi SMB gli Istituti di C.R. Brescia "Verziano", C.C. Lodi, C.C. Varese, C.C. Lecco, C.C. Mantova, C.C. Sondrio.

- Strutture con Servizio Medico Multiprofessionale Integrato (SMMI), si caratterizzano per la presenza del personale sanitario medico e infermieristico sulle 24 ore, secondo le specifiche esigenze degli Istituti. Oltre a quanto previsto nel Servizio Medico di Base sono garantite ordinariamente le prestazioni specialistiche (psichiatria, malattie infettive, cardiologia, odontoiatria) e tutte quelle necessarie per la cura e la terapia delle altre forme morbose presenti nella struttura. Dispongono della

²⁸⁵ Errico M.T., *Art. 11 Servizio Sanitario*, op. cit., p.82.

tipologia di Servizi SMMI gli Istituti di C.C. Bergamo, C.C. Brescia, C.R. Bollate, C.C. Cremona, C.R. Vigevano, C.C. Como, C.C. Voghera.

-Strutture con Servizio Medico Multi-professionale integrato con sezione specializzata (SMMPI), aggiunge alle caratteristiche del Servizio Medico Multiprofessionale Integrato la presenza di una sezione detentiva sanitaria specializzata, dedicata a fornire assistenza sanitaria a detenuti affetti da specifici stati patologici e copre il servizio per le 24 ore; sono, inoltre, dotati di diagnostica ecografica e di personale per l'erogazione di trattamenti specialistici di medicina fisica e riabilitazione per l'erogazione di trattamenti post-acuzie. Le strutture specializzate sono: la Casa di Reclusione di Milano-Opera con una sezione per detenuti con malattie infettive (n. 14 posti); la Casa Circondariale di Monza con una sezione dedicata all'Osservazione Psichiatrica (n. 5 posti); la Casa Circondariale di Pavia con una Articolazione per la Tutela della Salute Mentale e finalizzata all'accoglienza dei soggetti in art. 148 c.p.p. e 111 dpr 230/2000 (nr.10 posti) nonché dei soggetti sub-acuti psichiatrici (nr 14 posti); la Casa Circondariale di Busto Arsizio con una sezione per trattamenti fisiokinesiterapici (nr 13 posti); la Casa Circondariale di Milano- San Vittore con la sezione Nave classificata come Sezione Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (n. 38 posti).

-Strutture con Servizio Medico Multiprofessionale Integrato con Sezioni dedicate e specializzate di Assistenza Intensiva (S.A.I), si occupano di detenuti non autosufficienti o affetti da malattie croniche; queste strutture sono ubicate negli Istituti di San Vittore e Milano Opera.

- Strutture Ospedaliere Hub/Spoke con stanze dedicate e Reparto Ospedaliero di Medicina Protetta collocato presso l'Ospedale San Paolo di Milano destinato al ricovero programmato dei detenuti dell'intera regione; a questo si aggiungono i Reparti Detentivi Ospedalieri destinati a ricovero o degenze prolungate delle persone detenute.

Focus fondamentale è l'individualizzazione, la cura e la riabilitazione nel campo della salute mentale; su questo aspetto la presenza di detenuti con un background migratorio o provenienti da uno stato di marginalizzazione sociale comporta la necessità di una cura specifica dal punto di vista psichico. Ogni Istituto Penitenziario deve, dunque, avvalersi di almeno uno specialista in psichiatria con l'eccezione degli Istituti di Pavia e Monza in cui sono presenti specifici reparti di attenzione sulle patologie psichiatriche²⁸⁶. Si prevede, inoltre, in ogni Istituto un sistema di costante vigilanza epidemiologica

²⁸⁶ Nell'Istituto di Pavia è attivo, un servizio di supporto al disagio psichico dei detenuti – Articolazione di Salute Mentale, per accogliere i detenuti con sopravvenuta patologia psichiatrica (art.148 c.p.) e con la relativa sistemazione di una apposita sezione in cui opera personale dedicato; presso l'Istituto di Monza è attivo il reparto di Osservazione Psichiatrica per l'accertamento delle condizioni psichiche dei detenuti (art. 112 dpr 230/2000), Seminario del Corso di Alta Formazione *Profili teorici e pratici dell'esecuzione delle pene e delle misure di sicurezza* VI edizione online a.a. 2023-2024, 12 gennaio 2024.

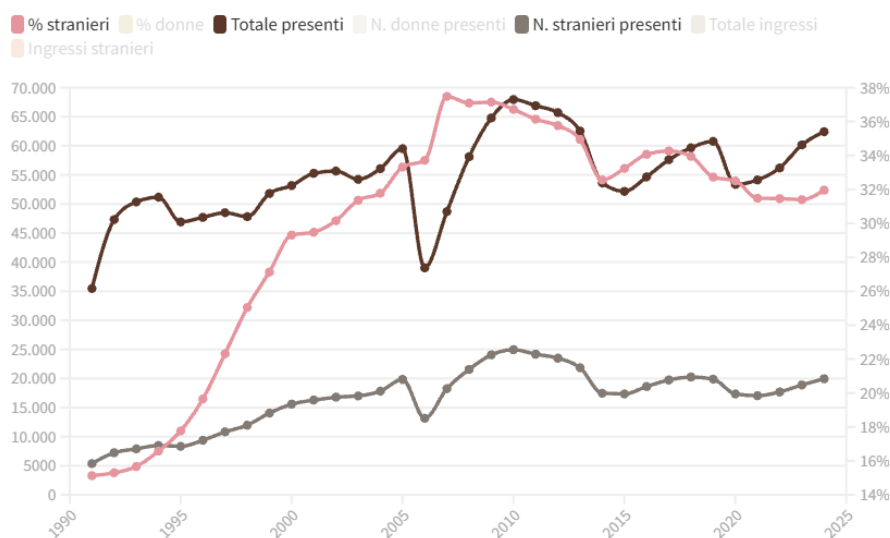
Capitolo 2: Il diritto alla salute alla prova del carcere

– ad oggi le più gravi e frequenti sono scabbia, pediculosi e tubercolosi – mediante l’osservazione dei nuovi giunti, la valutazione periodica delle situazioni a rischio e l’implementazione di programmi mirati alla riduzione del rischio suicidario. Rispetto a ciò con il DGR n. 6653 dell’11 luglio 2022 è stato approvato l’aggiornamento del Piano regionale di prevenzione del rischio suicidario nel sistema penitenziario per adulti, elaborato nell’ambito di un Gruppo di Lavoro costituito da rappresentanti ed esperti delle aree sanitaria e penitenziaria di Regione Lombardia; il Piano definisce linee di indirizzo per ogni Istituto affinché si agiscano azioni più efficaci nella presa in carico delle situazioni di fragilità²⁸⁷. In merito a ciò, è necessario sottolineare come il sovraffollamento – intorno al 130% in Lombardia – e la presenza di stranieri con background migratorio – circa il 31% dei detenuti totali – comporta una situazione di maggiore rischio dal punto di vista della salute mentale e dello stato di salute in generale, impattando notevolmente sul rischio suicidario.

Serie storica delle presenze in carcere

Anni 1991 - 2024

È possibile usare la legenda come filtro



Fonte: nostra elaborazione su dati DAP • I dati sono al 31 dicembre. Per il 2024 i dati sono al 30 novembre. Gli ingressi sono relativi al periodo 02/12/2023 - 02/12/2024

*A Flourish chart

288

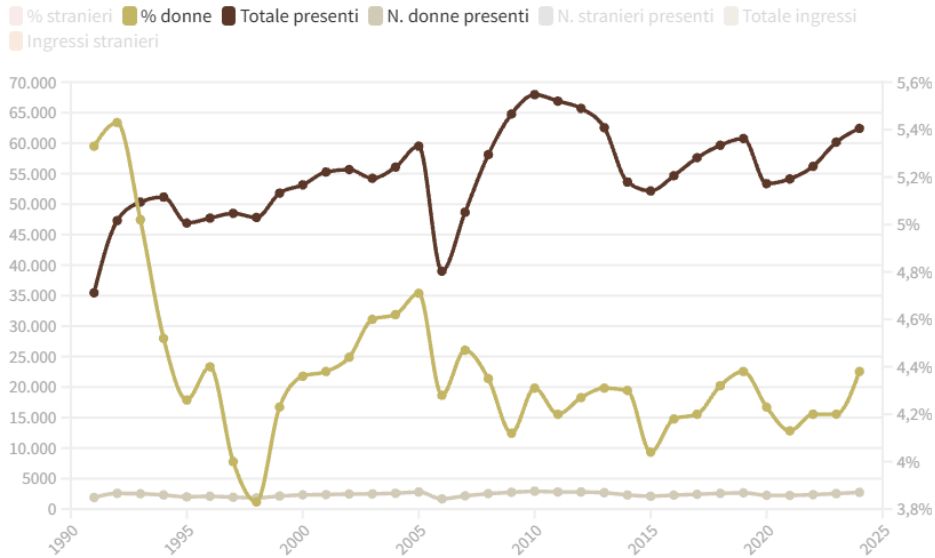
²⁸⁷ Seminario del Corso di Alta Formazione *Profili teorici e pratici dell’esecuzione delle pene e delle misure di sicurezza* VI edizione online a.a. 2023-2024, 12 gennaio 2024.

²⁸⁸ Ass. Antigone, *Nodo alla gola, XX Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*, <https://www.antigone.it/>.

Serie storica delle presenze in carcere

Anni 1991 - 2024

È possibile usare la legenda come filtro



Fonte: nostra elaborazione su dati DAP • I dati sono al 31 dicembre. Per il 2024 i dati sono al 30 novembre. Gli ingressi sono relativi al periodo 02/12/2023 - 02/12/2024

* A Flourish chart 289

In risposta alla situazione di criticità, con DGR n. 6710 del 18/7/2022 è stato approvato il progetto regionale “Incubatori di Comunità 2- La possibilità di una alternativa che, in continuità con il progetto regionale “Incubatori di comunità 1- la possibilità di una alternativa” con cui si prevede l’implementazione di Centri Diurni interni agli Istituti Penitenziari. Tali Centri promuovono percorsi di sostegno psicologico e riabilitazione anche con l’obiettivo di garantire la continuità terapeutica nella fase di dimissione dal carcere favorendo il raccordo con i servizi di salute mentale. In aggiunta a ciò, la Delibera 1296 del 13 novembre 2023 ha istituito il Punto Unico Regionale per l’assegnazione delle REMS – Organismo gestito da Regione Lombardia con la partecipazione del Direttore REMS Castiglione delle Stiviere, UO Sanità Penitenziaria Regione, Equipe Psichiatria Forense Monza, Pavia (sedi di Articolazioni Salute Mentale), Direttore di un Dipartimento di Salute Mentale, Magistrati di Sorveglianza Milano e Brescia – con l’obiettivo di individuare i criteri di assegnazione delle REMS nel tentativo di abbattere le liste di attesa²⁹⁰.

Sono, tuttavia, da segnalare alcune importanti criticità che impediscono di fatto un pieno e soddisfacente accesso alla salute per le persone detenute. In primo luogo, la mancanza di personale

²⁸⁹ Ass. Antigone, *Nodo alla gola, XX Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*, <https://www.antigone.it/>.

²⁹⁰ Seminario del Corso di Alta Formazione *Profili teorici e pratici dell’esecuzione delle pene e delle misure di sicurezza* VI edizione online a.a. 2023-2024, 12 gennaio 2024.

sanitario sufficiente a coprire le esigenze e necessità delle richieste dei singoli Istituti. Su questo punto, in Lombardia, si è aperto un Tavolo di lavoro con le Università in modo da permettere anche agli specializzandi di svolgere servizi sanitari come medici generalisti all'interno degli Istituti. Accanto a ciò, si intende valorizzare la piena partecipazione di tutte le risorse della comunità, attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali garantendo una continuità della presa in carico del detenuto dentro e fuori dall'Istituto. Ulteriore difficoltà è data dal tasso di sovraffollamento che coinvolge tutte le carceri italiane e che comporta un aumento del rischio di diffusione di malattie contagiose e una maggiore problematicità nel coprire tutte le richieste medico-sanitarie. A queste si somma la difficile gestione dei detenuti con disagio psichico/doppia diagnosi ovvero persone che presentano dipendenze da diverse sostanze e disturbi psichici; non solo, l'insufficiente collegamento tra Istituti Penitenziari e servizi territoriali rende particolarmente critico il momento di uscita del detenuto e il mantenimento della presa in carico dello stesso; questa situazione è ulteriormente aggravata dalla parziale e incompleta informatizzazione dei dati sanitari. Per ultimo, si segnala come la struttura stessa degli Istituti Penitenziari sia elemento di criticità nella gestione dei bisogni di cura sanitaria, dal momento che gli edifici spesso sono fatiscenti e carenti di strutture adeguate (si pensi anche solo alla necessità di ascensori nei casi di pazienti con ingessature agli arti o pazienti in condizioni di mobilità ridotta, questo risulta ancora più problematico se si guarda sul lungo periodo alla presenza di detenuti ormai anziani)²⁹¹.

3.2 Il carcere come *agente patogeno*

Le riflessioni in merito alla salute delle persone detenute e l'assenza del dato del genere nelle stesse devono tenere conto della "rinneazione pratica" dei principi affermati in ambito penitenziario. Sul punto pare interessante la ricostruzione del carcere come luogo restio «agli imperativi razionalistici del diritto»²⁹², poiché caratterizzato dalle relazioni informali tra custodi e custoditi, il c.d. infra-diritto del campo del penitenziario, e da una gestione dei conflitti di tipo localistico. L'isolamento dell'istituzione penitenziaria, la violenza che ha caratterizzato i rapporti tra i soggetti dell'universo carcerario e la stessa struttura dell'amministrazione penitenziaria, ispirata a modelli burocratici di gerarchia militare, hanno «contribuito a diffondere una concezione formalistica del diritto che, di fatto, ha reso l'istituzione penitenziaria per lungo tempo uno spazio sociale privo delle normali garanzie dei diritti presenti nella realtà esterna»²⁹³. Se, infatti, la salute del soggetto *in vinculis* è

²⁹¹ Seminario del Corso di Alta Formazione *Profili teorici e pratici dell'esecuzione delle pene e delle misure di sicurezza* VI edizione online a.a. 2023-2024, 12 gennaio 2024.

²⁹² Sarzotti C., *Il campo giuridico del penitenziario: appunti per una ricostruzione*, in Santoro E., (a cura di), *Diritto come questione sociale*, Giappichelli, Torino, 2010, p.183.

²⁹³ Sarzotti C., *Il campo giuridico del penitenziario: appunti per una ricostruzione*, op.cit., p.187.

diventata oggetto di studio della nuova “scienza carceraria” a partire dalla scuola criminologica positivista, con una progressiva introduzione di misure di sicurezza basate sul paradigma della “cura” dell’infermità psichica – si pensi all’introduzione dei manicomi giudiziari con il Codice Rocco e il regolamento carcerario del 1931 – è, tuttavia, solo con la legge n. 354 del 26 luglio 1975 che il paradigma curativo viene recepito nella legislazione «come dispositivo generale di “trattamento” di tutti i condannati»²⁹⁴. Difatti, in origine «la necessità di una “regolazione” della salute è stata implicitamente legata al disegno di controllo biopolitico della popolazione e al contenimento del rischio di malattia, secondo l’approccio igienista sviluppato agli albori della medicina penitenziaria»²⁹⁵, in cui il peggioramento e il danno della salute dei detenuti veniva assunto come inevitabile effetto della pena.

Di fatto, il rapporto tra salute e malattia, all’interno dello spazio detentivo, appare in radice ambivalente e ambiguo, legandosi ad una riflessione sulla dicotomia normale/anormale che caratterizza il soggetto *in vinculis* in quanto colpevole di esser venuto meno al patto sociale e, dunque, alle regole della società: «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»²⁹⁶. Lo spazio carcerario si pone, dunque, come *agente patogeno* – «in grado di aggravare condizioni di malattia già esistenti o di determinare l’insorgenza di nuove patologie come conseguenza della detenzione»²⁹⁷ – nel quale la considerazione della tutela del diritto *de quo* pare piuttosto ridursi ad una semplice assenza di malattia o infermità²⁹⁸. In questo senso, «il riconoscimento del bene giuridico della salute come limite all’esercizio del potere punitivo non è in sé in grado di risolvere il conflitto tra la tutela dell’integrità psicofisica dei reclusi e l’ontologica patogenicità dell’istituzione carceraria, tantomeno il superamento del concetto riduzionista della salute incarcerata»²⁹⁹. Interrogarsi su quale definizione di salute sia riferibile allo spazio detentivo e quale salute l’istituzione penitenziaria garantisce significa tenere inevitabilmente conto del rischio di

²⁹⁴ Caputo G., *La salute incarcerata tra cura, diritto e giustiziabilità*, in Botrugno C., Caputo G., (a cura di), *Vulnerabilità, carcere e nuove tecnologie. Prospettive di ricerca sul diritto alla salute*, Phasar Edizioni, Firenze, 2020, p.13.

²⁹⁵ Caputo G., *La salute incarcerata tra cura, diritto e giustiziabilità*, op.cit., p.18.

²⁹⁶ Mosconi G., *Il carcere come salubre fabbrica della malattia*, in *Rassegna penitenziaria*, 1, 2005, p.61.

²⁹⁷ Errico M.T., *Art. II Servizio Sanitario*, op. cit., p.66.

²⁹⁸ Si pensi come anche in relazione a «quegli istituti che prevedono la detenzione domiciliare (art. 47 ter o.p.) o la scarcerazione, con differimento temporaneo dell’esercizio della potestà punitiva (artt. 146 e 147 del Codice penale), solo in presenza di ‘gravi’ patologie e, in ogni caso, solo quando il servizio sanitario interno carcere non sia in grado di garantire cure adeguate. Originariamente tali istituti prendevano addirittura in considerazione solo malattie di natura fisica ma non psichica, ma a seguito di una recente decisione della Corte costituzionale, la n. 99, del 19 aprile 2019, si ammette l’applicabilità della detenzione domiciliare (art. 47 ter, comma 1 ter) anche in caso di grave infermità “psichica”», Caputo G., *La salute incarcerata tra cura, diritto e giustiziabilità*, op.cit., p. 21.

²⁹⁹ Caputo G., *La salute incarcerata tra cura, diritto e giustiziabilità*, op.cit., p. 21.

appiattimento del concetto stesso ai livelli minimi, dunque, una salute intesa come assenza di malattia fisica, come gestione di stati patologici caratterizzanti il carcere stesso, come capacità di adattamento in ottica risocializzante a istanze istituzionali. Tale concezione assume caratteri ben più complessi se osservata a partire da una lettura di genere, proprio tenendo conto della costruzione storica e criminologica delle carceri femminili e della figura della donna criminale: la *bad/mad woman*, che costituisce il profilo teorico dell'autrice di reato, lega a filo doppio le nozioni di salute/malattia e normalità/anormalità con la modalità di punizione del reato e di rieducazione delle donne alle aspettative sociali.

Nella consapevolezza della patogenicità dello spazio detentivo – che si esplica per donne e uomini in una esposizione maggiore a precise malattie causate dalla detenzione (si riportano brevemente alcuni esempi, claustrofobia, irritabilità, depressione, sintomi allucinatori, disturbi psicosomatici e della personalità ecc.³⁰⁰) «per l'incuria nella gestione delle malattie pregresse rispetto all'ingresso in carcere, per la diffusione di pratiche a rischio [...], per l'aggravamento del quadro clinico causato

³⁰⁰ Si riporta come le patologie più frequenti nell'ambiente carcerario siano:

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

– Irritabilità permanente: manifestazione di profondi sentimenti di rabbia, senza possibilità di scaricarla. Molti detenuti si sentono "violati" in ogni istante delle loro giornate. Nel tempo questi disturbi evolveranno in patologie psicosomatiche.

– Depressione: mancando un obiettivo esterno, la rabbia viene rivolta contro sé stessi e vissuta come depressione, la quale, se non più sopportata, si trasformerà in un motore di autodistruzione, con il passaggio all'atto in automutilazione e suicidio.

– Sintomi allucinatori: alcuni detenuti riferiscono di vedere su muri completamente bianchi macchie nere o strisce.

– Abbandono difensivo: è un ritiro proiettivo di sé da un ambiente ostile. Lo scopo sembra essere di desensibilizzarsi al fine di diminuire le sensazioni di sofferenza. Ottundimento delle capacità intellettive, apatia: molti intervistati riferiscono di essere incapaci di concentrarsi. È da sottolineare come la diminuzione dell'abilità di focalizzare l'attenzione sia un chiaro segno di disinteresse sia per il mondo interiore che esterno, che, d'altra parte, è sempre uguale a sé stesso ed immutabile!

– Disturbi psicosomatici: perdita di appetito, di peso, malessere generalizzato e aspecifico, esasperazione dei problemi medici preesistenti, disturbi visivi, tachicardia. Si ritiene però che il carcere ordinario produca gli stessi segni di sofferenza, anzi sembra quasi che il regime ordinario aumenti i livelli di stress dei detenuti in quanto richiede loro un incessante autocontrollo,

Si possono aggiungere come effetti della detenzione anche:

– Disturbi della personalità, con danno delle capacità individuali di pensiero e di azione autonoma

– Disculturazione: perdita dei valori e degli stili di vita che il soggetto possedeva prima dell'ingresso in carcere

– Estraniamento: incapacità di adeguarsi ai mutamenti della vita sociale, una volta libero.

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

– la prevalenza massima di infezioni è determinata dalle epatiti virali non A e dall'infezione da HIV in diversi stadi di evoluzione; sono prevalentemente acquisite al di fuori del carcere, anche se casi di trasmissione potrebbero verificarsi durante la detenzione attraverso rapporti sessuali, procedure di tatuaggio, scambio di siringhe e oggetti taglienti, etc.

– le malattie più frequenti in carcere sono la scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi, l'epatite A e la tubercolosi; sono prevalentemente acquisite in carcere per trasmissione persona-persona a seguito dell'ingresso nel sistema di un soggetto infetto/infestato (con o senza segni e sintomi di infezione al momento dell'ingresso).

– le sintomatologie associate ad etiologie infettive sono febbre e diarrea. Possono essere prevalentemente correlate nel primo caso alla circolazione all'interno della comunità carceraria di influenza ed altre infezioni respiratorie acute a carattere epidemico, e nel secondo a problemi legati all'igiene dell'alimentazione, inclusa la conservazione di cibi all'interno delle celle». Vedi Baccaro, L., *Carcere e salute*, Edizioni sapere, Bari, 2003, pp.41-42.

dagli stili di vita e dalla condizione mentale propri dell'ambiente carcerario»³⁰¹ – lo sguardo dell'analisi di genere, e in particolare la valorizzazione di un approccio medico orientato al genere, permette di cogliere le peculiarità della condizione delle donne detenute. L'analisi in materia deve necessariamente tenere conto da un lato della particolarità della detenzione femminile, che vede la stragrande maggioranza delle sezioni femminili inserite in carceri maschili nelle quali il servizio sanitario è strutturato in funzione delle esigenze della popolazione detenuta maschile, dall'altro di un approccio neutro e neutrale dell'assistenza medica per le donne³⁰², che, al contrario, vivono nella detenzione «più duramente e direttamente i “tempi della vita” sul loro corpo (le mestruazioni, la maternità, l'invecchiamento e la menopausa) rispetto agli uomini»³⁰³. Pare interessante rilevare come tale approccio agisca limitando di fatto il diritto alla salute per le donne in stato di privazione della libertà nelle sue diverse declinazioni, agendo doppiamente nella limitazione della libertà delle stesse, in quanto donne e in quanto ristrette. Sul punto, si riporta l'esempio di una sentenza di rigetto della Corte di Cassazione in merito al ricorso di un magistrato di sorveglianza, sottoposto a procedimento disciplinare. Il caso vedeva il magistrato negare ad una donna ristretta in regime di detenzione domiciliare l'autorizzazione ad allontanarsi dall'abitazione per sottoporsi a un intervento di interruzione volontaria di gravidanza, adottando un provvedimento, in data 8 maggio 2012, motivato mediante la sola declamazione dell'insussistenza dei presupposti di cui all'art. 284, comma 3, c.p.p., richiamato dall'art. 47 ter della legge n. 354 del 1974. La Corte di Cassazione ha valutato immotivato il provvedimento, assunto per ragioni di matrice religiosa, per come affermato dal giudice stesso che ha ritenuto «di astenersi dall'emissione del richiesto provvedimento per ragioni di coscienza e ritenendo che il diritto all'obiezione di coscienza debba essere riconosciuto anche agli appartenenti all'ordine giudiziario»³⁰⁴. Sul punto, la Corte rimarca come la nozione di “indispensabili esigenze di vita”, contemplata dall'art. 284 c.p.p., comma 3, debba essere intesa «non in senso meramente materiale o economico, bensì tenendo conto della necessità di tutelare i diritti fondamentali della persona, tra cui è compresa la libertà di scelta e di autodeterminazione della donna di interrompere volontariamente la gravidanza al ricorrere delle condizioni previste dalla L. n. 194 del 1978, a tutela della sua salute anche psichica. La scelta di sottoporsi all'intervento di interruzione volontaria della gravidanza costituisce infatti - come puntualmente ha osservato il pubblico ministero nelle sue

³⁰¹ Caredda M., *La salute e il carcere. Alcune riflessioni sulle risposte ai bisogni di salute della popolazione detenuta*, *Costituzionalismo.it*, n.2, 2015, p.18, <https://www.costituzionalismo.it/>.

Sul punto si è espresso anche il Comitato Nazionale per la Bioetica con il Report *La salute “dentro le mura”* del 2013, affermando che: «il carcere in sé possa risultare un'istituzione patogena, un induttore di turbe psico-fisiche che determinano nel recluso, sotto forma di sofferenza legale, un surplus di afflizione e quindi di condanna» consultabile al sito https://bioetica.governo.it/media/1825/p113_2013_salute-dentro-le-mura_it.pdf.

³⁰² Si pensi a quanto a lungo il corpo femminile sia stato ignorato dalle scienze mediche, psicologiche e criminologiche occidentali, assimilato al corpo maschile e osservato solo in relazione alle funzioni riproduttive.

³⁰³ Baccaro, L., *Carcere e salute*, op.cit., p.82.

³⁰⁴ Cass. civ., Sez. Unite, Sent., (data ud. 09/02/2021) 15/02/2021, n. 3780 che riporta le parole del magistrato.

conclusioni scritte - manifestazione ed esercizio “di un diritto personalissimo, che non tollera limitazioni a causa dello stato di detenzione”³⁰⁵. Tale vicenda rimarca lo storico controllo sulla sessualità e sui corpi femminili su cui si è «imperiata la repressione penale nei confronti delle donne»³⁰⁶, mettendo così in luce quella “doppia reclusione” a cui il femminile è sottoposto nella detenzione.

Seppur riconoscendo la valorizzazione del principio di territorialità, ovvero la vicinanza della detenuta ai luoghi di residenza della famiglia e degli affetti, che le piccole sezioni femminili nei carceri maschili permettono di soddisfare, strutture femminili di dimensioni adeguate favorirebbero una maggiore specializzazione delle prestazioni sanitarie, in linea con la c.d. medicina di genere e con le evidenze emerse dagli studi recenti sulla specificità della salute femminile³⁰⁷. Fondamentale risulta, in questo senso, l’apporto della Medicina di genere, quale *paradigma trasformativo* che combina ricerca biomedica e psico-sociale con l’obiettivo di superare le diseguaglianze e garantire un equo accesso alla salute. Molti studi hanno, difatti, dimostrato come uomini e donne accedono al diritto alla salute in maniera diseguale, non solo per una diversa valutazione di specifiche problematiche spesso sottovalutate nella loro gravità quando si tratta di pazienti donne, ma anche per concreti ostacoli connessi all’ambito della ricerca. E infatti, si rileva come le questioni di salute principalmente femminile siano state poco considerate, poco visibili e per ciò poco finanziate, con eccezione per quelle riproduttive, e in particolare, come per anni le ricerche scientifiche si siano svolte su popolazione di sesso maschile senza tenere conto delle differenze di sesso e genere³⁰⁸. Gli studi dimostrano come siano presenti molte differenze tra i due sessi «dal punto di vista biomedico, nell’anatomia, nella genetica ed epigenetica, nel metabolismo, nel funzionamento di recettori, enzimi e proteine, nel livello degli ormoni sessuali e loro effetti, nella prevalenza e sintomatologia di diverse patologie e in molti altri aspetti, afferibili alle differenze sessuali»³⁰⁹. Oltre a ciò, si sono evidenziate risposte differenti anche per la diversa percezione personale e sociale, per le competenze e le strategie di adattamento rispetto alla malattia, come anche per ciò che riguarda l’accesso alle cure e nell’essere più o meno soggetti a fattori non medici³¹⁰. In questo senso, lo spazio detentivo agisce come fattore

³⁰⁵ Cass. civ., Sez. Unite, Sent., (data ud. 09/02/2021) 15/02/2021, n. 3780.

³⁰⁶ Lorenzetti A., *Genere e detenzione. Le aporie costituzionali di fronte a una “doppia reclusione”*. *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2021, <https://www.biodiritto.org/>.

³⁰⁷ Graziosi M., *Salute della donna e detenzione*, Relazione per gli Stati Generali dell’Esecuzione Penale, Tavolo 3 - Donne e carcere, 2016.

³⁰⁸ M. Tomasi, *Sperimentazioni cliniche e medicina di genere: la ricerca dell’eguaglianza attraverso la valorizzazione delle differenze*, in B. Pezzini e A. Lorenzetti (a cura di), *70 anni dopo tra uguaglianza e differenza, una riflessione sull’impatto del genere nella Costituzione e nel costituzionalismo*, Giappichelli Editore, Torino, 2019, pp.215-217.

³⁰⁹ F. Signani, *Per una ricerca “genere connotata”: aspetti metodologici di una sfida*, *Perspective*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2016, p.162.

³¹⁰ F. Signani, *Per una ricerca “genere connotata”: aspetti metodologici di una sfida*, op.cit.

ulteriore di ampliamento dei bisogni di cura specifici delle donne *in vinculis*, caratterizzando i bisogni femminili a partire dalla specificità della storia criminale e, in particolare, dall'alto tasso di esposizione alla violenza maschile pregressa. L'esposizione ad abusi fisici e sessuali risulta strettamente collegata ad un rischio superiore alla media di gravidanze complicate e di malattie gravi, come l'HIV/AIDS, l'epatite C e l'infezione da papillomavirus; inoltre, la violenza di genere influisce sull'insorgenza di disturbi psichiatrici e psicologici, che colpiscono le donne detenute in maniera maggiore rispetto alle donne libere³¹¹.

3.3 Tra il «dire e il fare c'è di mezzo il carcere»³¹²

Il godimento di un buon stato di salute psico-fisica si pone quale principio non negoziabile né funzionalizzato all'obiettivo risocializzante della pena, e, tuttavia, il diritto *de quo* sconta una costante "rinneazione pratica" per effetto di prassi e situazioni concrete non conformi ai principi costituzionali in ambito penitenziario³¹³. In tal senso, risulta forse utile riprendere la nozione di salute, contenuta nel Preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Salute intesa non come mera essenza di malattia, quanto piuttosto garanzia del miglior stato di benessere fisico e psichico che lo Stato è tenuto a tutelare. L'affermazione di eguale trattamento tra detenuti e internati rispetto ai cittadini in stato di libertà del diritto *de quo ex art. 1 d.lgs. n.230/1999*, si pone come limitativa di una possibile discrezionalità amministrativa nello stabilire il livello delle garanzie fruibili e, dunque, nel determinare una degradazione della tutela della salute a intento di natura programmatica o a interesse legittimo. Il principio di eguaglianza sostanziale e la dignità personale *ex art. 3 cost.* assume rilevanza fondamentale nella realizzazione della tutela del diritto *de quo* «anche in questo caso - anzi: soprattutto in questo caso, il cui dato distintivo è la precarietà degli individui, derivante dalla mancanza di libertà, in condizioni di ambiente per loro natura destinate a separare dalla società civile è dalla Costituzione protetta attraverso il bagaglio degli inviolabili diritti dell'uomo che anche il detenuto porta con sé lungo tutto il corso dell'esecuzione penale»³¹⁴. Appare evidente

³¹¹Si rimanda a Braithwaite, R.L., Treadwell, H.M., Arriola K.R.J., *Health Disparities and Incarcerated Women: A Population Ignored*, American Journal of Public Health, , Vol 95, No. 10, 2005, pp.1679-1681.

³¹² Massaro A., *Salute e sicurezza nei luoghi di detenzione: coordinate di un binomio complesso*, in Massaro A., (a cura di), *La tutela della salute nei luoghi di detenzione. Un'indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR*, RomaTre press, 2017, p.98.

³¹³Caredda M., *La salute e il carcere. Alcune riflessioni sulle risposte ai bisogni di salute della popolazione detenuta*, op. cit.

Sul punto si rimanda anche al Comitato Nazionale per la Bioetica con il Report *La salute "dentro le mura"* del 2013 elaborato dal Comitato Nazionale per la Bioetica consultabile https://bioetica.governo.it/media/1825/p113_2013_salute-dentro-le-mura_it.pdf.

³¹⁴ Corte cost., Sent., (data ud. 17/06/1998) 11/02/1999, n. 26. Sul punto anche la Corte EDU, nella nota sentenza Torregiani, rammenta come «la carcerazione non fa perdere al detenuto il beneficio dei diritti sanciti dalla Convenzione. Al contrario, in alcuni casi, la persona incarcerata può avere bisogno di una maggiore tutela proprio per la vulnerabilità della sua situazione e per il fatto di trovarsi totalmente sotto la responsabilità dello Stato».

come la tutela dell'integrità psico-fisica non possa essere subordinata al grado di avanzamento nel percorso trattamentale, sicché nessuna delle esigenze connesse all'esecuzione della pena detentiva può richiedere una compressione del diritto alla salute, la cui tutela è oggetto di un mandato non negoziabile. Ne consegue che il soggetto *in vinculis* non solo gode del diritto alla salute al pari di qualsiasi altro individuo libero, ma si colloca anche in un contesto in cui lo Stato è tenuto ad adottare misure specifiche, applicando il principio di eguaglianza sostanziale, nell'ottica di rimozione di quegli ostacoli rappresentati da oggettivi «svantaggi situazionali»³¹⁵. In questo senso, le specifiche caratteristiche del luogo detentivo dal punto di vista strutturale, «così come degli stili di vita, prima e dopo la detenzione, dei soggetti beneficiari della tutela, esposti a un rischio maggiore di contrarre malattie o soffrire di disturbi mentali rispetto alla popolazione generale, del rapporto tra numero di medici e numero di pazienti»³¹⁶ agiscono profondamente sulla caratterizzazione dei bisogni di tutela del soggetto detenuto. Se da un lato, dunque, si riconosce il fondamentale invarianza del disegno costituzionale, quale espressione di una garanzia estesa a tutte e tutti, indipendentemente dalla condizione di detenzione o libertà, che il passaggio della sanità penitenziaria sotto il Ministero della Salute ha garantito, dall'altro non si può non constatare un graduale trasferimento di problematicità dall'organizzazione dei servizi sanitari “fuori dalle mura” all'interno delle carceri, con l'acuirsi delle difficoltà organizzative *tout court*³¹⁷.

Un primo nodo di complessità si rileva a partire dalle diverse responsabilità in capo ai soggetti coinvolti, amministrazione sanitaria e amministrazione penitenziaria. Sul punto, infatti, l'assetto normativo, definisce quali soggetti responsabili per la garanzia del diritto *de quo* l'amministrazione sanitaria in tutte le sue articolazioni, affidando all'amministrazione penitenziaria la responsabilità circa la sicurezza della persona detenuta, attività che prevede compiti di sorveglianza volti a evitare o prevenire rischi per la salute e l'integrità fisica. E tuttavia il rapporto tra garanzia del diritto *de quo*, esigenze securitarie e principi costituzionali di finalità della pena è stato a lungo oggetto di dibattito della Corte costituzionale stessa, così come reale nodo di tensione nella realtà carceraria. Un primo esempio in merito al bilanciamento tra principi costituzionali si rileva nella sentenza n.134 del 1984 in cui la Corte, con una interpretativa di rigetto relativa all'applicazione della libertà condizionale in caso di necessità di cure per il detenuto, enuncia il principio secondo cui «la compatibilità dello stato di detenzione con le condizioni di salute del detenuto [...] può validamente affermarsi in quanto

³¹⁵ Caredda M., *Il diritto alla salute nelle carceri italiane. Questioni ancora aperte*, in Ruotolo S.T. M (a cura di), *I diritti dei detenuti nel sistema costituzionale*, Editoriale Scientifica, Napoli, pp. 165-196.

³¹⁶ Caredda M., *La salute e il carcere. Alcune riflessioni sulle risposte ai bisogni di salute della popolazione detenuta*, op. cit., p.8.

³¹⁷ Busatta L., *La riforma della sanità carceraria: ultima tappa di invarianza del progetto costituzionale?* in Menghini A., Fornasari G., (a cura di), *Salute e carcere*, Quaderni della facoltà di giurisprudenza, n. 67, Trento, 2023.

concorrano le condizioni obiettive che consentono l'apprestamento delle cure necessarie»³¹⁸. E, tuttavia, l'insorgenza del problema dell'AIDS riapre il dibattito giurisprudenziale in termini di bilanciamento tra principi costituzionali di garanzia del diritto alla salute in contrapposizione alle esigenze di sicurezza della collettività tutta e di applicazione ed esecuzione della sanzione penale. Sul punto la Corte riafferma come la sicurezza pubblica possa essere garantita anche da strumenti diversi rispetto alla sola detenzione, anche considerando come la finalità primaria della pena *ex art. 27 cost.* sia la rieducazione del condannato piuttosto che le mere esigenze di prevenzione generale e di difesa sociale³¹⁹. Sul punto la Corte si pronuncia affermando come «non è tanto il bene della salute del singolo condannato a venire qui in discorso, ma la salvaguardia della sanità pubblica in sede carceraria, così come, e di riverbero, l'incompatibilità normativa con la condizione di detenuto non si fonda, per quel che si è detto, sulla presunzione "ex lege" che l'esecuzione della pena realizzi un trattamento contrario al senso di umanità, ma si proietta sul diverso versante della tutela di quanti potrebbero patire pregiudizio ove la pena venisse immediatamente eseguita»³²⁰. In rilevanza verrebbe quindi il principio costituzionale della salute collettiva e non quello della difesa sociale, che non sarebbe «direttamente compromess[o] dal rinvio della pena, quanto da una carenza di strumenti di specifica prevenzione»³²¹. I principi enunciati dalla Corte vengono ulteriormente approfonditi con una successiva sentenza, la n. 438 del 1995, in cui si rimettono in discussione i caratteri di proporzionalità e adeguatezza nel bilanciamento degli interessi costituzionali; la Corte afferma «come l'inerzia del legislatore abbia finito col trasformare in "regime ordinario" quella che negli intenti originari doveva essere una disciplina derogatoria fondata sulla eccezionalità della situazione. Una inerzia, quella di cui si è detto, alla quale si sono poi venute a sovrapporre, amplificandone gli effetti negativi, ulteriori inadempienze che hanno finito per compromettere ulteriormente la perdurante coerenza delle scelte normative che vengono qui in discorso»³²², subordinando le esigenze di

³¹⁸ Corte cost., Sent., (data ud. 02/05/1984) 04/05/1984, n. 134.

³¹⁹ «D'altra parte, occorre anche osservare che qualora la norma in esame fosse ritenuta non conforme ai principi costituzionali per il sol fatto che dalla sua applicazione possono in concreto scaturire situazioni di pericolosità per la sicurezza collettiva, ne conseguirebbe che alla esecuzione della pena verrebbe assegnata, in via esclusiva, una funzione di prevenzione generale e di difesa sociale, obliterandosi in tal modo quella eminente finalità rieducativa che questa Corte ha invece inteso riaffermare anche di recente (v. sent. n. 313 del 1990), e che certo informa anche l'istituto del rinvio che viene qui in discorso», Corte cost., Sent., (data ud. 21/02/1994) 03/03/1994, n. 70.

³²⁰ Corte cost., Sent., (data ud. 21/02/1994) 03/03/1994, n. 70.

³²¹ Pezzini B., *Profili attuali del diritto alla salute*, op.cit.,p.46.

³²² Corte cost., Sent., (data ud. 18/10/1995) 18/10/1995, n. 438. Il caso vedeva il Tribunale di sorveglianza di Palermo chiamato a pronunciarsi su di una richiesta di rinvio della esecuzione della pena formulata da un condannato affetto da AIDS conclamata. Il Tribunale sollevava la Corte questione di legittimità costituzionale dell'art. 146 c.p., primo comma, n. 3, ove è stabilito il rinvio obbligatorio della esecuzione della pena se questa deve aver luogo nei confronti di persona affetta da infezione HIV nei casi di incompatibilità con lo stato di detenzione ai sensi dell'art. 286-bis, comma 1, del codice di procedura penale.

sicurezza collettiva alle sole esigenze di salute. In questa, dunque, «l'esigenza di tutela *del* malato si affianca e integra la tutela *dal* malato»³²³.

I principi enucleati dalla Corte in merito a esigenze sanitarie e securitarie, trovano, *de facto*, rinnegazione pratica nelle problematiche organizzative legate alle procedure di traduzione dei detenuti presso i luoghi esterni di cura *ex art.* 11 O.P., commi 2 e 3. Difatti, i detenuti, inseriti nelle ordinarie liste di attesa, vedono molto spesso il rischio di perdita del diritto alla prestazione quando si presentino impedimenti che non consentono al personale di polizia penitenziaria di effettuare il trasferimento presso il luogo di cura³²⁴. Sul punto, il binomio tra “salute” e “sicurezza” nei luoghi di detenzione si pone come particolarmente complesso e intricato, al quale fanno da sfondo categorie giuridiche definite che tuttavia rivelano la loro indeterminatezza nell'applicazione concreta. Il concetto di “sicurezza”, che assume valenza proteiforme insistendo sull'idea di “eccezione rispetto alla regola”, si cala nell'ambito penitenziario quale fonte di deroga della disciplina. D'altro canto l'ampiezza del concetto di salute come generale benessere dell'individuo ha interessato solo marginalmente lo spazio penitenziario, nel quale pare che la concretezza della tutela si limiti ad un concetto di salute nella sua accezione minima di assenza di malattia, mostrando come sembrerebbe esistere un'incompatibilità strutturale tra l'ambiente carcerario e il *benessere complessivo* della persona. E tuttavia la salute si pone quale limite alle esigenze di restrizione della libertà personale, per come si ricava dalla lettura congiunta degli artt. 32 Cost., 27, terzo comma Cost. e 3 CEDU, che, secondo la Corte costituzionale, non può essere limitata in maniera totale ed assoluta dalla sanzione penale. Più in generale, la Corte riconosce «l'idea che la restrizione della libertà personale possa comportare conseguenzialmente il disconoscimento delle posizioni soggettive attraverso un generalizzato assoggettamento all'organizzazione penitenziaria è estranea al vigente ordinamento costituzionale, il quale si basa sul primato della persona umana e dei suoi diritti. I diritti inviolabili dell'uomo, il riconoscimento e la garanzia dei quali l'art. 2 della Costituzione pone tra i principi fondamentali dell'ordine giuridico, trovano nella condizione di coloro i quali sono sottoposti a una restrizione della libertà personale i limiti a essa inerenti, connessi alle finalità che sono proprie di tale restrizione, ma non sono affatto annullati da tale condizione»³²⁵. Per il soggetto *in vinculis* diviene, dunque, necessario garantire la salute in termini di “diritto di”, ovvero l'aspettativa negativa di non lesione, non comprimibile neppure per esigenze di sicurezza, prima ancora di un “diritto a”, intesa come pretesa di prestazione. E, tuttavia, tale prospettiva parrebbe degradare la nozione di salute ad

³²³ Pezzini B., *Profili attuali del diritto alla salute*, op.cit.,p.49.

³²⁴ Caredda M., *La salute e il carcere. Alcune riflessioni sulle risposte ai bisogni di salute della popolazione detenuta*, op. cit.p.13.

³²⁵ Corte cost., Sent., (data ud. 17/06/1998) 11/02/1999, n. 26.

una mera integrità fisica, differenziando profondamente il reale godimento del diritto *de quo* tra soggetti detenuti e soggetti liberi. A ciò si aggiunga come lo spazio detentivo e le esigenze di sicurezza, ad esso connesse, condizionino profondamente il rapporto tra operatori e paziente.³²⁶

Secondo nodo di tensione si rinviene nella disomogenea garanzia dei Lea delle prestazioni e nella ingiustificata differenziazione regionale della sanità che comporta un diverso accesso al diritto *de quo*. Le disposizioni dell'art. 2 del d.lgs. n. 230/1999 sulla ripartizione di responsabilità hanno comportato *de facto* una trasposizione all'interno del carcere delle criticità dell'azienda sanitaria di quel dato territorio. L'asimmetria territoriale che si rileva nell'organizzazione sanitaria, quale effetto della regionalizzazione della sanità, ha dirette conseguenze sull'accesso ai Lea, ovvero l'effettiva capacità delle Regioni di garantire una reale fruibilità dei livelli essenziali delle prestazioni. Stante la garanzia per la tutela dell'assistenza sanitaria per detenuti e internati *ex art.* 58 del D.P.C.M.³²⁷, gli istituti penitenziari faticano a rientrare nelle priorità dell'amministrazione regionale, rischiando di sovraccaricare un sistema di garanzia delle prestazioni già compromesso³²⁸. Ciò che ne risulta è, dunque, «un quadro frammentario, nel quale al detenuto spetta il livello di assistenza disponibile sul territorio ove si trova il loro istituto penitenziario»³²⁹. Il punto assume rilevanza in termini di mancata garanzia del diritto alla salute per i detenuti in condizioni di eguaglianza, dal momento che la collocazione nell'istituto penitenziario è principalmente legata alla tipologia di reato e, spesso, alla capacità di accoglienza dell'istituto – fermo restando che nel disporre i trasferimenti «i soggetti sono comunque destinati agli istituti più vicini alla loro dimora o a quella della loro famiglia ovvero al loro centro di riferimento sociale, da individuarsi tenuto conto delle ragioni di studio, di formazione, di lavoro o salute»³³⁰. Il fatto, dunque, che l'accesso alle prestazioni sanitarie nei luoghi di detenzione muti significativamente da territorio a territorio si traduce inevitabilmente in una violazione del principio di eguaglianza nella tutela dei diritti fondamentali dei detenuti.

Ulteriore criticità emerge nella garanzia di una continuità assistenziale e terapeutica che, pur espressamente richiamata nella riforma della sanità penitenziaria, vede una profonda difficoltà di

³²⁶ Massaro A., *Salute e sicurezza nei luoghi di detenzione: coordinate di un binomio complesso*, op.cit., p. 99.

³²⁷ D.P.C.M. 12/01/2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

³²⁸ I dati relativi al 2020 del *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia*, dicembre 2022, del Ministero della Salute, mostrano come undici Regioni (Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio e Puglia) registrano un punteggio superiore alla soglia di sufficienza in tutte le macro-aree. Quattro Regioni (Liguria, Abruzzo, Molise e Sicilia) presentano un punteggio inferiore alla soglia in una sola macroarea; Campania, Basilicata, Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano e Sardegna, in due macroaree. La Calabria, infine, risulta insufficiente in tutte le macroaree, consultabile all'indirizzo web: <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=lea&menu=monitoraggioLea&tab=1>.

³²⁹ Busatta L., *La riforma della sanità carceraria: ultima tappa di inveroamento del progetto costituzionale?*, op. cit., p.144.

³³⁰ Art. 42, 2 comma, ord. pen.

realizzazione. Si riscontra, inoltre, una grave carenza di personale medico che si traduce nell'impossibilità di assicurare un'efficace copertura all'interno dell'istituto, incidendo sulla prevenzione e sull'assistenza. Sotto questo profilo, la riforma *ex art. 11, co. 12 o.p.* propone come correttivo la possibilità per i detenuti di essere visitati a proprie spese da un medico di fiducia, con tuttavia, una possibile lettura critica di tale disposizione che permetterebbe «una sostanziale privatizzazione (riservata peraltro solo a pochissimi) [e di difficile attuazione] della sanità penitenziaria»³³¹. La garanzia di continuità terapeutica assume rilevanza significativa anche nel passaggio da detenzione a libertà, mettendo in evidenza come il sistema sia carente di un “ponte” di continuità assistenziale; tale mancanza assume maggiore complessità nei casi di stranieri detenuti che, nel momento del passaggio allo stato di libertà, perdono i benefici dell'iscrizione al SNN³³². Sul punto risultano necessarie misure di implementazione del sistema nazionale di cartelle cliniche digitalizzate, già previste nel D.P.C.M. del 2008 nell'obiettivo di «attivare un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate»³³³ volte a favorire la diminuzione dei costi di natura monetaria, la riduzione di ritardi nella trasmissione delle cartelle e dei rischi di salute connessi all'eventuale perdita di documentazioni sanitarie³³⁴.

Altro elemento rilevante nella caratterizzazione della specificità del luogo detentivo è dato dal sovraffollamento carcerario³³⁵ e, più in generale, dall'inidoneità dei locali, che incidono sull'aggravamento delle condizioni di salute in quanto ambienti insalubri, finendo per «pregiudicare i connotati costituzionalmente inderogabili dell'esecuzione penale e [incidendo], comprimendolo, sul "residuo" irriducibile della libertà personale del detenuto, gli uni e l'altro espressione del principio personalistico posto a fondamento della Costituzione repubblicana»³³⁶. Tale questione che, come è noto, ha comportato la condanna da parte della Corte europea dei diritti umani con la vicenda Torreggiani ha permesso di mettere in luce la necessità di tutela e di garanzia di uno spazio minimo e degno, dunque, configurando la dignità umana quale presupposto della condizione di salute stessa, per come declinata *ex artt. 11 e 5 ss. della legge n. 354 del 1975 sull'Ordinamento Penitenziario*, e dell'azione trattamentale. Il valore della dignità umana, che non può venir meno neanche – e soprattutto – con l'espiazione di una pena, configura il diritto alla salute per reclusi e internati secondo

³³¹ Busatta L., *La riforma della sanità carceraria: ultima tappa di inveroamento del progetto costituzionale?*, op. cit., p.146.

³³² Busatta L., *La riforma della sanità carceraria: ultima tappa di inveroamento del progetto costituzionale?*, op. cit., p.147.

³³³ cfr. punto 4, obiettivi di salute e livelli essenziali di assistenza, Allegato A.

³³⁴ Caredda M., *La salute e il carcere. Alcune riflessioni sulle risposte ai bisogni di salute della popolazione detenuta*, op. cit.p.14.

³³⁵ Sul tema si rimanda al bel lavoro di Albano A., Lorenzetti A., Picozzi F., *Sovraffollamento e crisi del sistema carcerario. Il problema "irrisolvibile"*, Giappichelli, Torino, 2021.

³³⁶ Corte cost., Sent., (data ud. 09/10/2013) 22/11/2013, n. 279.

quanto affermato sia dalle The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (*the Nelson Mandela Rules*)³³⁷ sia dalle disposizioni della Convenzione EDU, ex art.3, che vieta in modo assoluto la sottoposizione a tortura, a pena o trattamenti inumani o degradanti, configurando un dovere per gli Stati di assicurare e garantire condizioni di vita detentiva rispettose della dignità umana e, dunque, tutelando anche le condizioni di salute e di vita del singolo.³³⁸ Nel sistema della Convenzione europea dei diritti dell'uomo emerge, dunque, una forte garanzia del diritto alla salute del soggetto *in vinculis*, che, ex art. 117 Cost., condiziona il legislatore interno. In particolare la Corte EDU ha configurato come trattamento inumano e degradante tutte quelle situazioni in cui il detenuto sia privato dei suoi bisogni di salute quali «a) detenzione in luoghi nei quali non vengano osservate le basilari prescrizioni sull'igiene pubblica, la pulizia o la salubrità dei locali; b) inadeguatezza della diagnosi e/o del trattamento terapeutico effettuati durante il periodo di reclusione, che causino un peggioramento del quadro clinico del detenuto; c) incompatibilità della condizione detentiva con lo stato di salute della persona»³³⁹. Il divieto di trattamenti contrari al senso di umanità è riconosciuto come prevalente sul profilo del finalismo rieducativo, «poiché la pena non può consistere in un trattamento contrario al senso di umanità, laddove essa, allo stesso tempo, deve tendere alla rieducazione del condannato: pertanto, mentre la finalità rieducativa rimarrebbe nell'ambito del “dover essere”, e quindi su un piano esclusivamente finalistico, la non disumanità atterrebbe al suo essere medesimo, sicché la pena inumana sarebbe “non pena” e dunque andrebbe sospesa o differita in tutti i casi di esecuzione in condizioni talmente degradanti da non garantire il rispetto della dignità del condannato»³⁴⁰. Nel complesso, dalla giurisprudenza della Corte europea emerge un indirizzo di limitazione dell'effetto proprio della detenzione che agisce sulla

³³⁷ Simili sforzi sono stati profusi in sede internazionale con le Regole delle Nazioni Unite relative al trattamento delle donne detenute e alle misure non detentive per le donne autrici di reato (c.d. *Regole di Bangkok*). E tuttavia, è da sottolineare come la debolezza applicativa della normativa del *soft law* spesso si traduca in affermazioni di principio con un impatto mite sui diritti dei soggetti *in vinculis*, riconoscendo come queste non riescano a produrre una reale modifica dello *status quo*, dal momento che risultano molto distanti dalla realtà fattuale dello spazio detentivo.

³³⁸ Errico M.T., *Art. 11 Servizio Sanitario*, op. cit., p.66.

Si veda anche la Regola 1 delle Nelson Mandela Rules in cui si fa riferimento alla dignità umana così come al divieto di trattamenti inumani e degradanti.

³³⁹ Caredda M., *La salute e il carcere. Alcune riflessioni sulle risposte ai bisogni di salute della popolazione detenuta*, op. cit., vedi note 23-26.

Sul punto si sottolinea poi come «A partire dal caso *Labita* i giudici hanno riconosciuto che la sospensione delle ordinarie regole del trattamento penitenziario possa in astratto porsi in contrasto con la Convenzione, ma che occorre valutare caso per caso se l'applicazione di tali misure restrittive sul singolo detenuto integri un trattamento inumano e degradante in violazione dell'art. 3 CEDU. Per raggiungere tale conclusione è necessario che il trattamento denunciato raggiunga una soglia minima di gravità, che dipende dalle circostanze del caso concreto, in ragione della valutazione di tre elementi: le ricadute sull'integrità fisica e psichica del detenuto, le sue caratteristiche personali, la durata del trattamento» De Gioiellis, *Regime penitenziario di rigore e diritto alla salute*, in Massaro, A. (a cura di), *La tutela della salute nei luoghi di detenzione. Un'indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR*, RomaTre Press, 2017, p.170.

³⁴⁰ Corte cost., Sent., (data ud. 09/10/2013) 22/11/2013, n. 279.

partecipazione alla vita sociale del soggetto detenuto, limitandone la partecipazione alla società generale, ai corpi sociali e alla sfera più intima³⁴¹.

Infine, anche in relazione al rapporto tra fonti interne in ambito penitenziario pare necessario sollevare alcuni punti di rilievo per valutare eventuali questioni che si traducono in criticità nell'attuazione del diritto alla salute. È stato, infatti, sostenuto come il carcere sia uno spazio saturo di norme ufficiali e attraversato da una pluralità di fonti normative nel quale la gerarchia delle fonti si relativizza e perde la sua formale rigidità e struttura³⁴². Un primo profilo riguarda l'utilizzo massiccio della decretazione d'urgenza quale strumento immediato di risposta ad un fenomeno percepito come emergenziale. Sul punto si pensi al Decreto Legge del 11/09/1992 - N. 374 Art. 286- *bis* che regola il divieto di custodia cautelare nei confronti di persona affetta da infezione da HIV; il Decreto Legge del 30/12/2019 - N. 162, Art. 25 *sexies* che introduce lo Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV; la decretazione di urgenza che in tempo di emergenza sanitaria da Covid-19 ha agito nel limitare i rischi di contagio all'interno degli istituti penitenziari, in particolare il Decreto Legge del 10/05/2020 - N. 29 in materia di sostituzione della custodia cautelare in carcere con la misura degli arresti domiciliari nei confronti di imputati per delitti di cui agli articoli 270, 270-bis, 416-*bis* del codice penale, 74, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, o per delitti commessi avvalendosi delle condizioni o al fine di agevolare l'associazione mafiosa, o per un delitto commesso con finalità di terrorismo ai sensi dell'articolo 270-*sexies* del codice penale, nonché di imputati sottoposti al regime previsti dall'articolo 41-*bis* della legge 26 luglio 1975, n. 354 e il Decreto Legge del 30/04/2020 - N. 28 che introduce l'art. 2-*bis* *Misure urgenti in materia di detenzione domiciliare o di differimento della pena per motivi connessi all'emergenza sanitaria da COVID-19* e l'art. 2-*ter* *Misure urgenti in materia di sostituzione della custodia cautelare in carcere con la misura degli arresti domiciliari per motivi connessi all'emergenza sanitaria da COVID-19*. Ciò che rileva, tuttavia, è la natura emergenziale della risposta legislativa che difficilmente è riuscita a mettere a tema soluzioni di lungo periodo, influenzando solo marginalmente sulla natura sociale della detenzione, configurandosi quale «legislazione di natura rimediale»³⁴³, che agisce solo in un secondo momento e minando la qualità della normativa stessa.

Le dinamiche delle fonti interessano poi il rapporto gerarchico fra norme di rango primario e atti regolamentari, caratterizzando in maniera peculiare l'ambito penitenziario. In *primis*, si rileva come

³⁴¹ Sul punto si pensi alle tutele circa il diritto al voto, alla genitorialità e all'affettività per i soggetti detenuti. Si veda Zagrebelsky G., *Biodiritto e detenzione. Orientamenti della Corte europea dei diritti umani sui diritti dei detenuti*, in *Biodiritto e condizione detentiva*, Rivista di BioDiritto, 4, 2022, pp.23-29, <https://www.biodiritto.org/>.

³⁴² Sarzotti C., *Il campo giuridico del penitenziario: appunti per una ricostruzione*, op.cit., p.187ss.

³⁴³ Lorenzetti A., *Il sistema delle fonti nel settore penitenziario. Una prospettiva di diritto costituzionale*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2021, p.84.

la legge sull'ordinamento penitenziario contenga formule aperte che rimandano ad atti di rango inferiore per la definizione più chiara della stessa; tuttavia, la fonte secondaria opera in forma integrativa, talvolta agendo in termini restrittivi rispetto alla legge, nonostante viga una riserva di legge relativa. In tema di diritto alla salute le tensioni esplicite con la Costituzione emergono chiaramente quando si tratti di perquisizione personale del soggetto detenuto e visita medica per l'accertamento dello stato fisico-mentale dal momento che, *ex art. 32, co. 2, Cost.* il trattamento o l'accertamento sanitario obbligatorio è previsto solo in tutela *dell'interesse della collettività* e per *disposizione di legge* e di certo non per fonte regolamentare. Nella consapevolezza che tale verifica sia necessaria a valutare la compatibilità dello stato di salute con la detenzione e/o il trasferimento in altro istituto, non può tuttavia non rilevarsi il potenziale conflitto con la riserva di legge in materia di trattamenti sanitari obbligatori. Sul punto, ulteriore elemento di rilievo assume il genere, in particolare quello degli agenti che effettuano la visita medica che deve rispettare lo stesso sesso di chi vi è sottoposto così da tutelare e garantire l'intimità della donna. E, tuttavia, la rinnegazione pratica dei principi e delle norme, di cui il luogo carcerario si fa espressione, configura alti rischi per le donne detenute di essere sottoposte a violenze, molestie e denigrazione ³⁴⁴.

³⁴⁴ Sul punto si riporta la ricerca condotta nelle carceri statunitensi in cui «norms regulating the role of male officers are not followed for both body searches and housing areas. With respect to the use of male guards to conduct strip searches, in particular, we find that the U.S. falls far short of ensuring the protections provided under international law. We found that strip searches often occur in the presence of male officers and that pat-frisks are conducted in an abusive manner by male guards. Moreover, Michigan and California explicitly permit all corrections officers to make random and unannounced searches of housing areas», Human Rights Watch, *All too familiar. Sexual Abuse of Women in U.S. State Prisons*, 1996.

In particolare l'European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) nel Rapporto *Women in prison* del gennaio 2018 ha sottolineato in merito come «Strip searches are a very invasive and potentially degrading measure. When a strip search is considered necessary in a particular case, every reasonable effort should be made to minimise embarrassment. Detained persons who are searched should not normally be required to remove all their clothes at the same time; for example, a person should be allowed to remove clothing above the waist and put the clothes back on before removing further clothing. Intrusive searches of the genital area and body cavities carry a high risk of abuse and intimidation. Alternative screening methods, for example, through the use of ultrasound examinations, should be developed. Vaginal searches, in particular, should be conducted exceptionally, when absolutely necessary on the basis of an individual risk assessment, ⁶⁰ and surrounded by appropriate safeguards. An intimate internal examination should be conducted by a medical practitioner only, it being understood that this medical practitioner should not be the doctor who would treat the patient with respect to health related issues. Examinations of this intimate nature should be conducted in a way that respects, to the greatest possible extent, the safety and dignity of the woman», consultabile <https://rm.coe.int/168077ff14>.

Anche rispetto alla situazione italiana si denunciano perquisizioni invasive che agiscono fortemente sul benessere e l'equilibrio psicofisico delle detenute, vedi *Perquisizioni invasive e celle sovraffollate: le donne del carcere di Torino alzano la voce*, 5 luglio 2025, Torinooggi.it, <https://www.torinoggi.it/>.

Si riporta una testimonianza di una donna detenuta sulle perquisizioni giornaliere: «Noi che lavoriamo all'esterno siamo sottoposte a perquisizione sia in uscita che in entrata. Tutte le mattine gli agenti segnano cosa indossiamo, compreso il colore della biancheria intima. Quando torniamo controllano che abbiamo le stesse cose, dobbiamo spogliarci e fare le flessioni. È una cosa a cui dovresti abituarti, ma in realtà non ti ci abitui mai. Secondo me, se il lavoro all'esterno è considerato una messa alla prova, la perquisizione potrebbe anche non essere fatta tutte le sere, ma a campione quando meno te l'aspetti. Poi ci sono giorni in cui capita che la perquisizione sia più invasiva, come se fossi una nuova giunta. *Si inserisce un'altra detenuta.* Una delle ultime volte mi hanno fatta spogliare da testa e piedi, mi hanno lasciata nuda come un verme e, quando ho chiesto di ridarmi le mutande, mentre controllavano tutte le cuciture dei miei vestiti, mi hanno risposto "mica fa tanto freddo". Era febbraio». Bonassi F., De Marinis F., *La detenzione femminile raccontata attraverso*

È necessario, poi, trattare anche il ruolo delle circolari, in ragione dell'ampiezza degli ambiti di intervento e della loro massiccia presenza in ambito penitenziario, nella consapevolezza di come tali atti amministrativi risultino una forzatura se inseriti nel sistema delle fonti; e tuttavia si rileva come spesso le circolari introducano modalità operative impattanti sulla detenzione, nonché sui diritti e sulle libertà delle persone *in vinculis*, più degli atti normativi di rango primario o secondario. La questione problematica che tali atti profilano emerge nel loro essere spesso intesi non come mere disposizioni di indirizzo interne all'amministrazione penitenziaria, adottate al fine di uniformarne l'azione, ma nella loro particolare efficacia e nella capacità comunque di introdurre un *novum*, seppur non inquadrabili tra le fonti³⁴⁵. Ad esempio, mediante circolare si è disciplinato in materia di colloqui, chiamate e videochiamate che grande impatto hanno sia sul piano trattamentale sia sulla garanzia di un benessere psicologico e, dunque, sulla salute psicofisica del soggetto *in vinculis*, secondo quella nozione ampia data dall'OMS³⁴⁶; così anche sono state introdotte misure in materia di prevenzione al suicidio³⁴⁷. E ancora, il tema della cura e della salute di persone disabili detenute ha visto interventi in materia di garanzia di ambienti idonei, attenzione particolare in caso di trasferimenti e promozione della individualizzazione e formazione di un *care-giver* (detenuto piantone)³⁴⁸.

gli occhi di una "detenuta comune in Antigone, XVIII rapporto sulle condizioni di detenzione. Donne ristrette. Lo sguardo di chi abita la prigione.

³⁴⁵ Lorenzetti A., *Il sistema delle fonti nel settore penitenziario. Una prospettiva di diritto costituzionale*, op. cit., pp.124 ss.

³⁴⁶ Si rimanda alla Circolare 26 settembre 2022 - Colloqui, videochiamate e telefonate del DAP, che riconosce in tali strumenti «modalità di conservazione delle relazioni sociali e affettive nel corso dell'esecuzione penale e quale strumento indispensabile per garantire il benessere psicologico delle persone detenute e internate, al fine di attenuare quel senso di lontananza dalla famiglia e dal mondo delle relazioni affettive che è alla base delle manifestazioni più acute di disagio psichico».

³⁴⁷ Circolare 8 agosto 2022 - Iniziative per un intervento continuo in materia di prevenzione delle condotte suicidarie delle persone detenute.

³⁴⁸ Circolare 10 marzo 2016 - La condizione di disabilità motoria nell'ambiente penitenziario – Le limitazioni funzionali. Sul tema la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo era precedentemente intervenuta con reiterate condanne all'Italia per violazione dell'art. 3 della CEDU in merito alla qualità delle cure dispensate, all'inadeguatezza delle condizioni ambientali come quali l'assenza di stanze attrezzate per persone con capacità motoria ridotta e la presenza di barriere architettoniche.

CAPITOLO III:

MATERIALITÀ DEL QUOTIDIANO FEMMINILE E QUADRO NORMATIVO: DATI, CRITICITÀ E PROSPETTIVE

Sommario: 1. Detenzione femminile: condizioni materiali e riflessioni teoriche. – 1.1 Le strutture detentive: riflessioni su uno spazio non neutro. – 2. Lo stato di salute: profili di complessità. – 2.1. Episodi di violenza di genere pregressa. – 2.2 La specificità dei bisogni di cura. – 2.3 Rischio suicidario e atti di autolesionismo. – 2.4 Dimensioni dell'affettività e della sessualità. – 2.4.1. Maternità. – 3. Lavoro e istruzione. – 4. Risposta normativa: gli strumenti del PNRR. – 5. Programmi *gender oriented*.

1. Detenzione femminile: condizioni materiali e riflessioni teoriche

[...] Era una situazione del tutto surreale, un incubo. Non ero più padrona di me stessa: non potevo fare nulla senza essere controllata, dipendevo completamente dalle altre persone. I miei effetti personali li aveva il personale di polizia: per andare in bagno dovevo chiedere la carta igienica, per mangiare la forchetta ed il coltello³⁴⁹.

Le riflessioni teoriche condotte sino ad ora sull'intreccio tra diritto alla salute costituzionalmente garantito, genere e sistema penitenziario necessitano di assumere ulteriore complessità a partire dall'incarnazione di tali principi nella materialità e quotidianità del femminile recluso. Le questioni di genere, difatti, agiscono nel trattamento, in fase di attribuzione e di esecuzione della pena, producendo differenze – da tenere in considerazione nel momento in cui si analizza il contesto carcerario – e diseguglianze – su cui invece si intende riflettere in un'ottica di superamento delle stesse. Nel presente capitolo si intende, dunque, leggere i dati sulla detenzione femminile – in particolare sulla condizione degli spazi detentivi stessi; sulla complessità dello stato di salute delle donne detenute che comprende gli episodi di violenza di genere pregressa, la salute psicofisica, gli atti di autolesionismo e di suicidio, la maternità e il rapporto con la famiglia, l'affettività e la sessualità; l'istruzione e il lavoro – secondo lo sguardo dell'analisi di genere quale metodologia critica di uno spazio fisico e teorico, come quello penitenziario, che si assume essere non neutro.

³⁴⁹Testimonianza riportata in Bonassi F., De Marinis F., *La detenzione femminile raccontata attraverso gli occhi di una "detenuta comune"* in Ass. Antigone, *XVIII rapporto sulle condizioni di detenzione. Donne ristrette. Lo sguardo di chi abita la prigione*, 2021, <https://www.antigone.it/>.

Tali riflessioni devono tenere necessariamente conto di alcune questioni: in primis, «sesso e genere sono modificatori delle principali cause di morte e morbilità. Inoltre, le influenze genetiche, epigenetiche e ormonali del sesso biologico influenzano la fisiologia e la malattia, e i costrutti sociali di genere influenzano il comportamento della comunità, dei medici e dei pazienti nel sistema sanitario e interagiscono con la patobiologia»³⁵⁰. In questo senso, le riflessioni sullo stato di salute delle donne detenute intendono tenere come riferimento teorico la Medicina di genere quale *paradigma trasformativo* che combina ricerca biomedica e psico-sociale con l'obiettivo di superare le diseguaglianze e garantire un equo accesso alla salute. Secondo elemento, la vulnerabilità *ex post* della donna detenuta, causata dalle violenze e dalle discriminazioni legate al genere subite e non già da una sua strutturale debolezza biologica e/o socioculturale, a cui si intrecciano, moltiplicandosi, le condizioni di vulnerabilità connesse all'etnia, all'età, all'orientamento sessuale ecc.³⁵¹. Sul punto, il rapporto del CPT, *Woman in Prison*, riformula la questione della vulnerabilità delle donne recluse, riconoscendone l'origine non in costrutti ontologici e biologici ma nel fatto che «women are far fewer in number poses a variety of challenges for prison administrations, often resulting in less favourable treatment as compared to imprisoned men»³⁵². Infine, la marginalizzazione delle donne, in quanto gruppo minoritario all'interno dell'istituzione androcentrica carceraria, che produce diseguaglianze strutturali nello spazio fisico e teorico del carcere: sono, infatti, inferiori gli spazi di socializzazione dedicati, quelli che Goffman definisce «luoghi liberi», nei quali gli individui possono accedere a risorse funzionali all'adattamento al contesto, siano esse materiali o relazionali³⁵³; le sezioni femminili e gli istituti di pena interamente femminili non sono presenti su tutto il territorio nazionale, comportando un necessario allontanamento delle donne dalle loro case, a scapito del mantenimento dei legami

³⁵⁰ Signani F, *Potenziare la gender medicine. I saperi necessari*, Mimesis, Milano, 2024, p.113.

³⁵¹ L'idea di una vulnerabilità *ex ante* della donna detenuta, ovvero di una debolezza strutturale e biologica del femminile, si lega a filo doppio al modello della responsabilità limitata. «Sullo sfondo riecheggia quella infirmitas sexus che aveva condotto a teorizzare una attenuazione o, addirittura, una esclusione della imputabilità della “donna in quanto donna” o, comunque, una minorata responsabilità della donna, incapace in quanto in una condizione di perenne dipendenza dall'uomo». Tale impostazione produce inevitabilmente un approccio infantilizzante e/o psicopatologizzante della devianza femminile. Vedi Massaro A., *Il malinteso della donna come vittima vulnerabile: il diritto penale di fronte ai gender-based crimes*, in *Genius*, gennaio 2025, p.16. Sul punto anche Ciuffoletti S riporta come: «La donna non deve essere punita (mancando, in realtà, dello stesso presupposto della imputabilità e conseguentemente della responsabilità dei propri atti), bensì rieducata, non alla vita sociale e quindi attraverso istruzione e lavoro, bensì alla vita domestica, alla quale si è sottratta, attraverso letture morali, lavori di cucito, l'esempio della vita religiosa», Ciuffoletti S., *Le politiche legislative sulla detenzione femminile in Italia. Tra effettività e propaganda*, in *Studi sulla questione criminale*, IX, n. 3, 2014, p.50.

³⁵² *European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT)* nel Report *Women in prison*, 2018, consultabile <https://www.coe.int/en/web/cpt/women-in-prison>.

³⁵³ De Rocco G., *Peace and Love, Victoria: l'educazione, le questioni di genere, il carcere*, in Coppola M.M., Donà A., Reale C.M., Tuselli A., (a cura di), *Atti del convegno nazionale 25-26 novembre 2022, Gender R-Evolutions: immaginare l'inevitabile, sovvertire l'impossibile*, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Trento, 2022, p.647.

familiari, delle visite e del reinserimento nella comunità; minori sono anche le risorse e i servizi dedicati alle donne poiché tendono ad essere direzionati sulla componente di popolazione più numerosa, quella maschile, con l'obiettivo di garantire un maggiore impatto in percentuale sul totale dei soggetti reclusi; il medesimo ordine materiale e simbolico che subordina le soggettività femminilizzate in quanto fragili, vulnerabili, inferiori, viene esasperato nell'istituzione totale del carcere, agendo in termini di patologizzazione e vulnerabilizzazione delle stesse e limitando di fatto la comprensione dei «fattori strutturali e sistemici, razziali ed economici, che contribuiscono al loro [delle donne] coinvolgimento nel sistema penale»³⁵⁴. Considerazioni simili emergono anche in report e riflessioni a livello internazionale ed europeo come il Report *Women in prison* del 2018 elaborato dall' *European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (CPT)³⁵⁵ e il *Corston Report, A review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system*³⁵⁶. In quest'ultimo si riporta la profonda differenza qualitativa e quantitativa dei reati commessi da donne rispetto a quelli commessi da uomini³⁵⁷; la sovra-rappresentazione nel sistema giustizia delle donne con precedenti di violenza e abusi in cui la coercizione maschile può costituire una via d'accesso all'attività criminale; i diffusi problemi di tossicodipendenza e di salute mentale maggiormente presenti nelle donne detenute rispetto agli uomini detenuti e alla popolazione in generale così come la maggiore probabilità di suicidio per le donne detenute rispetto alle donne e agli uomini liberi (fuori dal carcere la probabilità di suicidio

³⁵⁴ De Rocco G., *Peace and Love, Victoria: l'educazione, le questioni di genere, il carcere*, op. cit., p.648.

³⁵⁵ Che afferma come: «Women in prison constitute a group with distinctive needs, biological as well as genderspecific. Some female prisoners also have particular vulnerabilities due to their social situation and cultural roles. There is a risk that the specific needs of women will be disregarded, especially as they are a minority category of prisoners. It is important that a number of factors are taken into account when dealing with women prisoners, notably any physical, sexual or psychological form of violence, including domestic violence, they might have suffered before the imprisonment, a high level of mental health-care needs, a high level of drug or alcohol dependency, specific (for example, reproductive) health-care needs, caretaking responsibilities for their children and/or their families, and the high likelihood of post-release victimisation and abandonment by their families», Consiglio d'Europa, p.1, consultabile <https://www.coe.int/en/web/cpt/women-in-prison>.

³⁵⁶ Il *Corston Report* è un rapporto del 2007 commissionato dal governo britannico per esaminare il trattamento delle donne nel sistema di giustizia penale, in particolare quelle con particolari vulnerabilità. Il rapporto, redatto da Baronessa Jean Corston, ha evidenziato le carenze del sistema nel rispondere alle esigenze specifiche delle donne e ha proposto un approccio più integrato e centrato sulla donna per affrontare il loro coinvolgimento nel crimine. A questo è seguito il *House of Commons Justice Committee Women offenders: after the Corston Report Second Report of Session 2013–14*, un'indagine parlamentare che valuta i progressi compiuti dopo il *Corston Report* del 2007; il Report del 2013 ha messo in luce come, a sei anni dal *Corston Report*, il cambiamento è stato troppo lento e frammentario, e richiede rinnovata attenzione politica.

³⁵⁷ Sul punto uno studio del 1997 del Department of Justice degli Stati Uniti ha rilevato come «women were over represented among low level drug offenders who were non-violent, had minimal or no prior criminal history, and were not principal figures in criminal organizations or activities, but nevertheless received sentences similar to “high level” drug offenders under the mandatory sentencing policies», in *Women in Prison Fact Sheet. The Issue: Sexual Assault and Misconduct Against Women in Prison*, Amnesty International USA, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.prisonpolicy.org/scans/women_prison.pdf.

è invertita, ovvero maggiore per gli uomini); la diversa esperienza carceraria delle donne madri; la limitazione degli spazi per le detenute dovuto all'aumento della popolazione maschile detenuta³⁵⁸. A ciò si aggiunga come la generale mancanza di dati disaggregati in base al genere e di studi relativi al fenomeno nella sua specificità, non necessariamente relazionati allo standard maschile, comportino un'ulteriore difficoltà nell'analizzare e descrivere secondo criteri e indicatori *gender sensitive* che non riflettano una realtà a immagine e somiglianza della visione maschile della società³⁵⁹.

1.1 Le strutture detentive: riflessioni su uno spazio non neutro

Lo spazio detentivo costituisce un primo e fondamentale elemento di osservazione per analizzare lo stato e la qualità della detenzione, difatti, la struttura stessa degli istituti, la divisione degli spazi e la loro condizione, l'agibilità delle celle e del carcere nella sua interezza forniscono una più chiara visione della condizione detentiva femminile nella sua quotidianità. E, tuttavia, l'urbanistica e l'organizzazione architettonica dello spazio carcerario non impattano solo sulla quotidianità dei soggetti *in vinculis* ma riflettono il «significato sociale che assegniamo alla privazione della libertà personale, e dunque al percorso di formazione personale, lavorativa, sociale che immaginiamo per le persone detenute nel tempo del carcere»³⁶⁰. Se si osserva, infatti, dagli anni '80 i luoghi scelti per la costruzione delle nuove carceri – quasi il 40% degli istituti penitenziari italiani è stato costruito tra il 1980 e il 1999, e quasi la totalità di essi (70 su 74) è situato in aree periferiche; questi edifici ospitano complessivamente ben il 52% delle persone detenute³⁶¹ – si riscontra un progressivo isolamento interno ed esterno all'istituto penitenziario: «isolamento delle persone detenute tra loro, attraverso strutture architettoniche rigide che non favoriscono le attività di socializzazione; isolamento fisico del carcere dalla città, secondo un processo di periferizzazione rispondente alla volontà di espungere dalle città, e dunque dal consesso dei cittadini liberi, il simbolo della devianza, del pericolo, della malattia»³⁶². Le ricerche, avviate a partire dagli anni '70 negli Stati Uniti, sugli effetti psicologici dell'architettura penitenziaria hanno messo in luce

³⁵⁸ The *Corston Report, A review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system*, 2007, consultabile <https://prisonreformtrust.org.uk/wp-content/uploads/2022/08/The-Corston-Report.pdf>.

³⁵⁹ Sul punto si rimanda alle riflessioni di Ciuffoletti S., *Le politiche legislative sulla detenzione femminile in Italia. Tra effettività e propaganda*, op. cit., pp. 47-71.

Almeda E., *Corregir y castigar. El ayer y hoy de las cárceles de mujeres*, Bellaterra, Spagna, 2002.

³⁶⁰ Franchina A., *Lo spazio del carcere e per il carcere Implicazioni architettoniche e urbane dello spazio della pena nel Bel Paese*, in Ass. Antigone, *Torna il carcere, XIII Rapporto sulle condizioni di detenzione*, <https://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>.

³⁶¹ Si vedano i dati di Antigone nei diversi Report, <https://www.antigone.it/>.

³⁶² Franchina A., *Lo spazio del carcere e per il carcere Implicazioni architettoniche e urbane dello spazio della pena nel Bel Paese*, op. cit.

come la progettazione spaziale delle carceri abbia grande influenza sul benessere e sulla salute della persona: si pensi alle forme dello spazio, la divisione dei diversi luoghi secondo le loro funzioni, l'uso dei colori e della luce naturale, i rumori e gli odori, la presenza di aree verdi e di elementi artistici ecc³⁶³. Sul punto, l'agenda politica italiana più di recente ha avviato una riflessione a partire dal Decreto 12 gennaio 2021 con cui veniva costituita presso l'Ufficio di Gabinetto del Ministero della Giustizia una "Commissione per l'Architettura penitenziaria", «incaricata di predisporre un progetto/format di riqualificazione delle strutture carcerarie per allineare sempre di più i luoghi dell'esecuzione penale intramuraria alla funzione costituzionale di responsabilizzazione del detenuto in una reale visione di reinserimento sociale e recupero personale»³⁶⁴. Alla missione 5 (coesione e inclusione)³⁶⁵ e alla specifica componente "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore" del PNRR si riconduce lo stanziamento del fondo PNC, piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR – reso disponibile dalla programmazione nazionale aggiuntiva (art. 1, comma 2, lett. g) del decreto-legge 59/2021) – che stanziava 132,90 milioni di euro al settore Giustizia, prevedendo due tipi di azioni: interventi per 84 milioni di euro destinati alle strutture nelle città di Civitavecchia, Ferrara, Perugia, Reggio Calabria (Arghillà), Rovigo, S. Maria Capua Vetere (CE), Vigevano e Viterbo per il miglioramento degli spazi e della qualità della vita carceraria nelle carceri per adulti, attraverso la costruzione di 8 nuovi padiglioni modello; interventi, proposti dal Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità (DGMC), per 48,9 milioni di euro, destinati alle strutture nelle città di Airola (BN), Bologna, Roma e Torino finalizzati all'adeguamento strutturale, l'aumento dell'efficienza energetica ed interventi antisismici su quattro complessi demaniali sede di Istituti penali per i minorenni³⁶⁵. È, poi, di recente istituzione, mediante legge di conversione legge 8 agosto 2024, n. 112 del decreto carcere, la figura del Commissario straordinario per l'edilizia penitenziaria con

³⁶³ Per un maggior approfondimento sul punto si veda Burdese C., *Subito dopo la commissione per l'architettura penitenziaria. I bandi PNC per interventi edilizi nelle infrastrutture penitenziarie*, nel Convegno *Abitare il carcere, Gli spazi della pena nella società digitale*, Roma, 16 giugno 2022.

Sul punto l'introduzione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria della custodia aperta – circolare del 25 novembre 2011 (Ministero della Giustizia n. 3594/6044) – e della sorveglianza dinamica – circolare del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria 14 luglio 2013 – ha permesso di riflettere in tema di psicologia ambientale applicata agli spazi detentivi in un ottico di miglioramento dell'organizzazione degli stessi.

³⁶⁴ Così nel testo della Commissione, art.1, Ministero della Giustizia, Roma, 12 gennaio 2021.

³⁶⁵ Consultabile sul sito del Ministero della Giustizia https://www.giustizia.it/giustizia/page/it/pnrr_piano_nazionale_complementare.

l'obiettivo di realizzare 7.000 nuovi posti detentivi. Tuttavia, al 30 giugno si è riscontrato un aumento di soli 42 posti (30 giugno 2024: 51.234 posti; 30 giugno 2025: 51.276 posti)³⁶⁶.

Come emerge dai diversi Report di Antigone, gli istituti femminili e quelli misti che ospitano donne si caratterizzano per una costruzione più recente, circa il 55,6% di questi sono stati costruiti dopo il 1980, anche se permangono istituti collocati in edifici storici, come Trani o Venezia Giudecca. Rispetto a ciò è da sottolineare come gli edifici più moderni presentano (o dovrebbero presentare) condizioni migliori e disporre di spazi indispensabili, in linea con una visione moderna di detenzione (aule didattiche, laboratori, spazi all'aperto, etc.). Tuttavia, sono frequentemente collocati fuori dal contesto urbano e, dunque, presentano maggiori difficoltà di raggiungimento da parte di famigliari ma anche dalla comunità di persone che gravitano attorno al carcere: dipendenti, medici, operatori del terzo settore, insegnanti, volontari ecc.³⁶⁷. Complessivamente il patrimonio edilizio penitenziario, sia antico che recente, si trova in uno scarso stato di manutenzione, con situazioni igieniche spesso precarie e con una generale carenza di spazi dedicati ad attività sociali, ricreative o lavorative. Rispetto alle “camere di pernottamento” non si notano particolari differenze per forme e dimensioni tra quelle maschili e quelle femminili, tuttavia, le condizioni strutturali di quelle femminili sono spesso migliori in termini di pulizia e cura. Nonostante ciò, è da sottolineare come il sovraffollamento nelle sezioni femminili sia sostanzialmente analogo a quello dei reparti maschili - 115% per le donne, 113,7% per gli uomini. Gli ultimi dati, secondo l'Osservatorio di Antigone, riportano come in 62 istituti il tasso di affollamento sia superiore al 150% e in 8 superiore al 190%. In particolare, Milano San Vittore femminile (236%), Foggia (214%), Milano San Vittore maschile (213%), Lodi (205%), Brescia Canton Monbello (203%), Lucca (200%), Udine (194%) e Roma Regina Coeli (191%)³⁶⁸. Sul punto, pare interessante citare una recentissima ordinanza, del 5 agosto 2025, del Tribunale di sorveglianza di Torino che ha applicato la detenzione domiciliare, *ex art. 47 ter o.p.*, mediante un'interpretazione estensiva delle norme esistenti, ad un detenuto affetto da obesità e cardiopatia ischemica, valutando come intollerabile la prosecuzione della detenzione in condizioni di sovraffollamento. Il quadro clinico di per sé non risultava di particolare gravità tale da non essere compatibile con la detenzione in carcere e, tuttavia, il tasso di sovraffollamento dell'istituto penitenziario “Lorusso e Cutugno” di Torino, di oltre il 130%, integra, secondo la magistratura torinese, una condizione di sofferenza psicologica non tollerabile

³⁶⁶ Ass. Antigone, Rapporto di metà anno 2025, *L'emergenza è adesso*, <https://www.antigone.it/>.

³⁶⁷ Scandurra A., *L'Osservatorio di Antigone nelle sezioni femminili d'Italia*, in Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, 2023, <https://www.antigone.it/>.

³⁶⁸ Ass. Antigone, Rapporto di metà anno 2025, *op. cit.*

e inevitabilmente correlata alla detenzione carceraria. In questo senso, il riconoscimento del sovraffollamento come elemento di per sé capace di incidere sulla condizione di salute del singolo così come sulla tutela dell'umanità della pena, *ex art. 27 Cost.*, permette di riaffermare quella declinazione del diritto alla salute, costituzionalmente garantito, come diritto ad un ambiente salubre.

Analizzando, poi, la situazione in merito ai servizi igienici nei penitenziari e nelle sezioni femminili si riscontrano ancora ad oggi delle carenze evidenti. In base a quanto affermato dal Regolamento di esecuzione dell'Ordinamento penitenziario del 2000 i servizi igienici dovrebbero essere «forniti di acqua corrente, calda e fredda, sono dotati di lavabo, di doccia» e aggiunge, con riguardo alle donne «in particolare negli istituti o sezioni femminili, anche di bidet»³⁶⁹: si riporta come il 60% degli istituti che ospitano donne presentano le docce nelle camere di pernottamento con, tuttavia, alcune eccezioni come il carcere femminile di Trani e la Casa Circondariale femminile “G. Stefanini” di Roma Rebibbia, dove nel reparto “Camerotti”, costituito da 3 piani, le docce sono in comune al piano, mentre nel reparto “Cellulare” non c'è la doccia ma è presente solo il wc, che non è nemmeno in un vano separato dal resto della cella. Per quanto riguarda il wc, questo si trova in un ambiente separato nel 95,5% degli istituti o reparti femminili visitati con l'eccezione significativa della sezione femminile di San Vittore, dove nel reparto al piano terra il wc è alla turca e in due celle non c'è una porta a separare l'ambiente con i letti da quello del bagno. In aggiunta, il bidet, espressamente citato dal Regolamento del 2000 per le sezioni femminili, è garantito solo nel 66% degli istituti, con eccezioni significative come Milano Bollate, istituto che ospita 140 detenute, o Milano San Vittore, che ne ospita 79. Sul punto la Corte di Cassazione si è

³⁶⁹Si veda l'Art. 8 Legge sull'ordinamento penitenziario, (L. 26 luglio 1975, n. 354), Igiene personale.

«È assicurato ai detenuti e agli internati l'uso adeguato e sufficiente di servizi igienici e docce fornite di acqua calda, nonché di altri oggetti necessari alla cura e alla pulizia della persona.

Nelle camere di pernottamento i servizi igienici, adeguatamente areati, sono collocati in uno spazio separato, per garantire la riservatezza

In ciascun Istituto sono organizzati i servizi per il periodico taglio dei capelli e la rasatura della barba.

Può essere consentito l'uso di rasoio elettrico personale.

Il taglio dei capelli e della barba può essere imposto soltanto per particolari ragioni igienico-sanitarie».

E l'art. 7 del Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230

Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà. Servizi igienici

«1. I servizi igienici sono collocati in un vano annesso alla camera.

2. I vani in cui sono collocati i servizi igienici forniti di acqua corrente, calda e fredda, sono dotati di lavabo, di doccia e, in particolare negli istituti o sezioni femminili, anche di bidet, per le esigenze igieniche dei detenuti e internati.

3. Servizi igienici, lavabi e docce in numero adeguato devono essere, inoltre, collocati nelle adiacenze dei locali e delle aree dove si svolgono attività in comune».

espressa affermando come l'assenza di separazione tra il wc e gli ambienti in cui il soggetto *in vinculis* mangia e dorme incida profondamente sulla condizione detentiva «rendendola degradante e comprimendo non solo il diritto alla riservatezza ma anche la salubrità dell'ambiente»³⁷⁰, dunque rimarcando la centralità della dimensione umana e lo stretto legame tra diritto alla salute e salubrità dell'ambiente. In merito a ciò, si sottolinea come l'accesso immediato ai servizi igienico-sanitari è tanto più importante per le donne, date le loro esigenze speciali durante i periodi mestruali³⁷¹.

Nel riportare i seguenti dati preme, tuttavia, sottolineare come la non neutralità dello spazio detentivo si esprima non solo nell'influenza che l'architettura e l'organizzazione dello stesso agisce sui soggetti *in vinculis* ma anche nella diversa "abitabilità" dei corpi sessuati che lo attraversano. E difatti, si riscontra in linea generale un diseguale collocamento delle detenute donne in strutture di massima sicurezza, mescolate o separate da classificazioni interne degli alloggi – ovvero senza tener conto delle differenze di età, di reato, di lunghezza della pena ecc - , mentre gli uomini sono assegnati alle carceri sulla base di una varietà di fattori, tra cui il loro reato penale, i precedenti penali e il profilo psicologico. Inoltre, il numero limitato di carceri femminili e la loro ubicazione geografica comporta un maggiore isolamento e allentamento delle donne dai legami familiari e dalla comunità di appartenenza³⁷². A ciò si aggiunga una continua riorganizzazione degli spazi in risposta all'aumento della popolazione carceraria maschile che finisce col limitare e restringere gli spazi dedicati alle attività e alla presenza femminile, su cui si tende già scarsamente ad investire in termini di adeguamento e creazione di nuovi spazi. Infine l'architettura dei luoghi e degli spazi carcerari rispondono ad una logica pensata e progettata per le sole esigenze maschili e, poi, solo in seguito, parzialmente adattata alla presenza femminile.

³⁷⁰ Cass. pen., Sez. I, Sent., (data ud. 25/02/2022) 08/04/2022, n. 13660.

³⁷¹ Aspetto questo sottolineato anche dall' *European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT)* nel Report *Women in prison*, op.cit.,

³⁷² Situazione che si riscontra anche nelle ricerche sulle carceri americane e inglesi, si veda Braithwaite L.R., Treadwell H.M., Arriola K.R.J, *Health Disparities and Incarcerated Women: A Population Ignored*, Vol 95, No. 10, American Journal of Public Health Editorials, 2005, pp. 1679- 1681; Rapporto Human Rights Watch, *All Too Familiar: Sexual Abuse of Women in U.S. State Prisons*, New York, Human Rights Watch, 1996; *The Corston Report, A review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system*, 2007; così come in quelle spagnole vedi *Guía práctica para la intervención grupal con mujeres privadas de libertad. Programa de intervención en salud desde un enfoque de género*, Instituto de la Mujer, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Estilo Estugraf Impresores, Madrid, 2007.

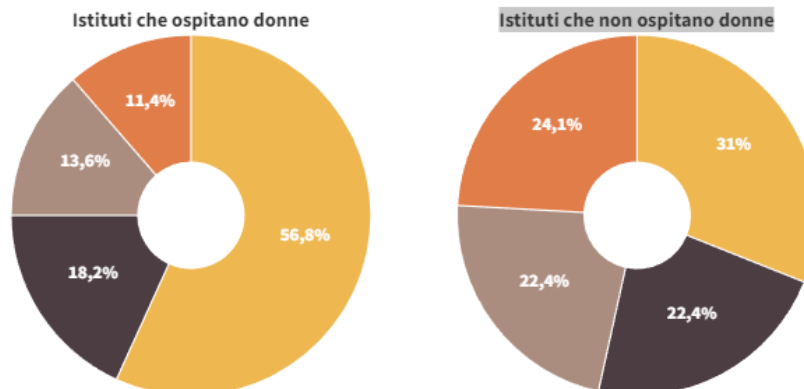
Anno di costruzione

Anno 2022



ANTIGONE

■ Dopo il 1980 ■ Dal 1950 al 1980 ■ Prima del 1900 ■ Dal 1900 al 1950



Fonte: Osservatorio Antigone

✿ A Flourish chart

373

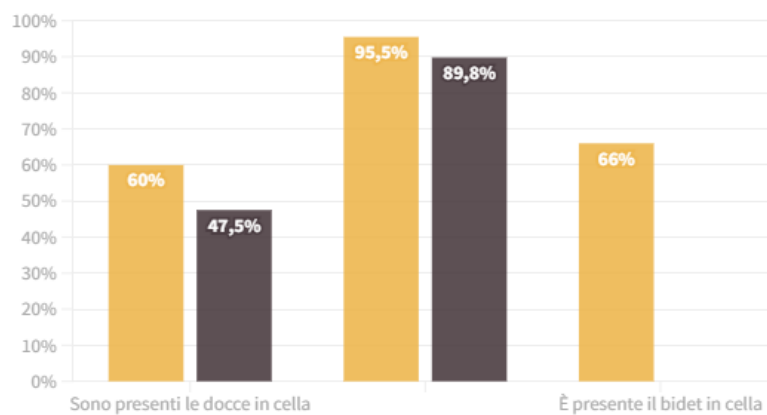
Alcune caratteristiche delle celle visitate

Anno 2022



ANTIGONE

■ Istituti che ospitano donne ■ Istituti che non ospitano donne



Fonte: Osservatorio Antigone

✿ A Flourish chart

374

³⁷³ Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, 2023, <https://www.antigone.it/>.

³⁷⁴ Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, 2023, <https://www.antigone.it/>.

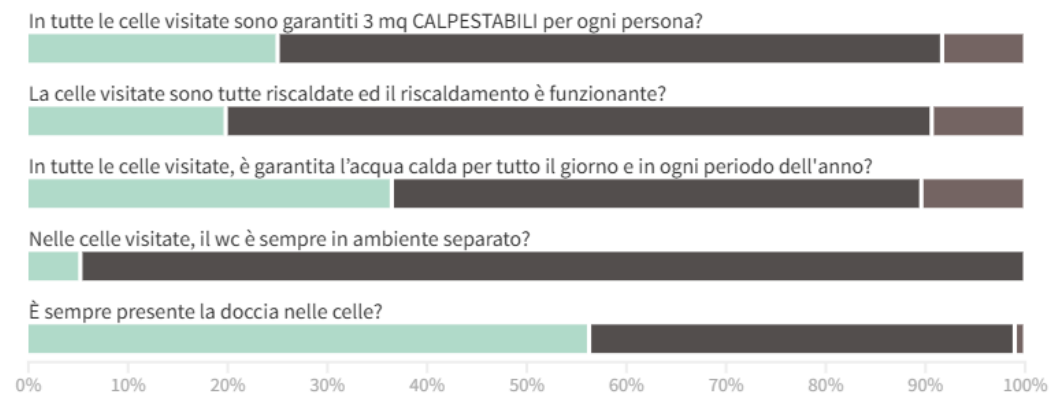
Alcune caratteristiche delle camere detentive visitate

Anno 2021



ANTIGONE

■ NO ■ SI ■ ND



Fonte: nostra elaborazione su dati Osservatorio Antigone 2021

*A Flourish chart

375

³⁷⁵ Ass. Antigone, *Il carcere visto da dentro, XVIII rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione, 2021*, <https://www.antigone.it/>.

2. Lo stato di salute: profili di complessità

2.1. Episodi di violenza di genere pregressa

“Mi chiamo Bianca, mentre studiavo ho iniziato a lavorare per andarmene da casa, ma i soldi non bastavano mai. Mi hanno beccato a spacciare e mi hanno messo agli arresti domiciliari nella casa di mia madre e del suo compagno. Lui ha ricominciato ad abusare di me – era la ragione per cui ero andata via – e quindi ho provato ad ucciderlo. Non mi pento, dentro sto meglio che fuori”³⁷⁶.

Gli studi e la letteratura in materia di detenzione femminile riportano come lo stato di salute delle donne recluse, così come il loro percorso criminale siano profondamente attraversati e influenzati da episodi di violenza di genere pregressa. Nonostante la frammentarietà dei dati e la difficoltà di reperimento degli stessi, in Italia gli studi³⁷⁷ hanno evidenziato come episodi di violenza di genere pregressa siano comuni a molte donne autrici di reato: il 24,1% dell'intero campione intervistato – si tratta in questo caso di una ricerca condotta dall'Università degli studi di Brescia che ha coinvolto le regioni di Lombardia, Lazio e Sicilia – ha subito violenza fisica da bambina (nel 40,7% dei casi da parte di soggetti non legati da parentela con l'intervistata, nel 37% dei casi di uno o entrambi i genitori, nel 22,2% dei casi di un parente, nel 7,4% di un fratello o di una sorella e nel 3,7% de casi di un patrigno o matrigna). Il 16,4% del campione ha dichiarato di esserne stato vittima di abusi sessuali durante la minore età; il 20% dell'intero campione ha dichiarato di aver subito violenza domestica da maggiorenni. Emerge, poi, come il 13,9% delle donne a cui è stata posta la domanda ha subito violenza sessuale in età adulta; a fronte di tali situazioni di violenza subita, solo il 4,3% ha dichiarato di aver usufruito dell'intervento dei servizi sociali, nella forma del supporto/controllo (3,4%) o dell'allontanamento dalla propria casa (0,9%)³⁷⁸. Rispetto alle donne della popolazione libera e agli uomini detenuti, le donne recluse riportano una prevalenza significativamente più alta di traumi infantili (ad esempio, abusi emotivi, fisici, sessuali e molteplici forme di disfunzioni familiari prima dei 18 anni) e le più diverse tipologie di trauma, così come una correlazione più forte tra i tipi di traumi, una vittimizzazione continuata nell'adolescenza/età adulta, un impatto intergenerazionale più pronunciato e una maggiore gravità

³⁷⁶ Bonassi F., De Marinis F., *La detenzione femminile raccontata attraverso gli occhi di una “detenuta comune”* in Ass. Antigone, *XVIII rapporto sulle condizioni di detenzione. Donne ristrette. Lo sguardo di chi abita la prigione*, 2021.

³⁷⁷ L. Ravagnani, C. A. Romano, *Women in prison. Indagine sulla detenzione femminile in Italia*, Lecce, Pensa Multimedia, 2013.

³⁷⁸ *Ibidem*.

degli esiti cronici sulla salute psicofisica³⁷⁹. Le evidenze emerse trovano riscontro in ulteriori esperienze ordinamentali, che, pur caratterizzati da peculiarità proprie, presentano elementi di significativa convergenza con la situazione in oggetto. Si stima, infatti, come «negli USA, tra il 43% e il 57% delle detenute negli istituti di pena statali e federali sia stato vittima di abusi sessuali e/o di violenza fisica precedentemente all'ingresso in carcere»³⁸⁰; inoltre, tra il 48 e l'88% delle detenute ha subito abusi sessuali o fisici prima di arrivare in carcere e soffre di disturbo da stress post-traumatico³⁸¹. La correlazione tra violenza sessuale subita e diagnosi di disturbi mentali è stata poi studiata da diversi autori statunitensi mettendo in luce tassi elevati di malattie mentali nelle donne recluse che si caratterizzano, dunque, per essere popolazione altamente traumatizzata con esigenze emotive e comportamentali complesse e significative³⁸². Dati simili si riscontrano anche negli studi approfonditi condotti nelle carceri spagnole che attestano l'incidenza di episodi di violenza in età infantile, adolescenziale e/o adulta per il 67,5% delle donne detenute³⁸³.

Dall'analisi di questi dati sembra emergere, dunque, un possibile nesso tra «fattori contestuali negativi che contribuiscono alla 'trasformazione' della donna da vittima di violenza a colpevole di condotte criminose che spesso ne determinano la carcerazione»³⁸⁴. Tuttavia, è necessario sottolineare come il rilievo dato alla «vittimizzazione a cui le donne sono state sottoposte, non significa costruire una scusante al reato commesso, ma attribuire il giusto valore alla possibilità di

³⁷⁹Saxena P., Messina N., *Trajectories of victimization to violence among incarcerated woman*, in *Health and Justice*, 9: 18, 2021. Il medesimo studio riporta come prima dei 18 anni, il 67% delle donne abbia riferito di essere stato vittima di abusi fisici, intimidazioni o abusi sessuali. Per quanto riguarda la violenza perpetrata, il 32% ha riferito di aver perpetrato intimidazioni nei confronti di un partner intimo e il 31% ha riferito di averlo fatto nei confronti di qualcuno che non era un partner intimo.

³⁸⁰ L. Ravagnani, C.A. Romano, N. Policek, *Percorsi di vittimizzazione e detenzione femminile*, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 2017, p. 117.

Si vedano anche i risultati sull'incidenza di abusi subiti in età infantile, adolescenza e età adulta tra la popolazione femminile americana reclusa in M. E. Karlsson, M. J. Zielinski, *Sexual Victimization and Mental Illness Prevalence Rates Among Incarcerated Women: A Literature Review*, *Trauma Violence Abuse*. 2020 Aprile, 21(2), pp. 326–349.

Si rimanda anche a studi approfonditi condotti nelle carceri spagnole che rimarcano l'incidenza di episodi di violenza in età infantile, adolescenziale e/o adulta per il 67,5% delle donne detenute, si veda *Perfil socio-demográfico de las mujeres penadas con medidas penales alternativas a la prisión: Vulnerabilidad y factores de riesgo*, Instituto de las Mujeres, Blanca Impresores, 2023.

Dati più generali sulla relazione tra episodi di violenza di genere e criminalità femminile si trovano in *Manual sobre mujeres y encarcelamiento*, 2da. edición, en línea con las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok), Naciones Unidas, 2014.

³⁸¹ *Women in Prison Fact Sheet*. Washington, DC: National Women's Law Center; 1995.

³⁸² M. E. Karlsson, M. J. Zielinski, *Sexual Victimization and Mental Illness Prevalence Rates Among Incarcerated Women: A Literature Review*, op. cit. pp. 326–349.

³⁸³ Si veda *Perfil socio-demográfico de las mujeres penadas con medidas penales alternativas a la prisión: Vulnerabilidad y factores de riesgo*, op., cit.

³⁸⁴ L. Ravagnani, C.A. Romano, N. Policek, *Percorsi di vittimizzazione e detenzione femminile*, op.cit., p. 120.

scelta che la donna aveva di porre in essere una modalità di reazione differente a quella illegale»³⁸⁵. Nonostante ciò, risulta interessante osservare i diversi presupposti che portano uomini e donne ad entrare nel sistema penale e come il sistema stesso agisca in forme diverse sui soli corpi femminili. Intervenire, dunque, specificamente per la prevenzione della violenza basata sul trauma prima del rilascio e all'interno della comunità permetterebbe di spezzare il ciclo della violenza a cui le donne sono sottoposte e aumentare il benessere psicologico delle stesse³⁸⁶.

Accanto alle diverse ricerche nazionali e internazionali anche autorevoli documenti di organismi internazionali – quali l'*Handbook on Women and Imprisonment*, ad opera dell'UNODC, o il *Factsheet on women in prison* dell'*European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (CPT) – hanno evidenziato l'impatto della violenza, nelle sue forme fisica, psicologica e sessuale, «sulla salute, sia fisica che psichica, e sull'emersione di comportamenti a rischio (quali l'assunzione/le dipendenze da alcol, droghe o psicofarmaci) da parte delle donne che ne sono vittime»³⁸⁷. Sul punto, alcuni studi³⁸⁸ hanno evidenziato come le donne che entrano nel circuito penale presentino tassi sproporzionatamente elevati di vittimizzazione infantile e di violenza sessuale associati a tassi più elevati di insorgenza di malattie mentali, mostrando una possibile correlazione tra l'esposizione al trauma e il numero di condanne. Emerge come le donne detenute si configurino quale popolazione altamente traumatizzata con bisogni specifici causati da violenze subite, disturbi mentali, dipendenze e continue rivittimizazioni³⁸⁹. Oltre a ciò, anche le condizioni di estrema precarietà e marginalità sociale, in cui si trova la vittima nel momento di allontanamento dalla situazione abusante, hanno enorme impatto sul ricorso ad attività illegali³⁹⁰. Si sottolinea, infatti, come le donne coinvolte in

³⁸⁵ L. Ravagnani, *Adamo, Eva e il furto proibito*, in Pecorella C. (a cura di), *La criminalità femminile. Un'indagine empirica e interdisciplinare*, Milano, Mimesis, 2020, p. 233.

³⁸⁶ Sul punto si riporta come diversi studi nelle carceri USA corroborano la tesi della necessità di ripensare le politiche e le procedure relative alla cultura degli ambienti di detenzione e il movimento verso un'assistenza informata sul trauma nelle organizzazioni penitenziarie come strumenti per il miglioramento dello stato di salute delle donne detenute durante e dopo l'esecuzione penale, vedi Saxena P., Messina N., *Trajectories of victimization to violence among incarcerated women*, op. cit.

³⁸⁷ C. Taccardi, *Note ai margini dei rapporti tra detenzione femminile e pregressa vittimizzazione*, in *Rivista Antigone*, Volume XVII n. 2, 2022, p. 76.

³⁸⁸ Green BL, Dass-Brailsford P, Hurtado de Mendoza A, Mete M, Lynch SM, DeHart DD, & Belknap J (2016). *Trauma experiences and mental health among incarcerated women*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(4), pp. 455–463; McClanahan SF, McClelland GM, Abram KM, & Teplin LA (1999). *Pathways into prostitution among female jail detainees and their implications for mental health service*. *Psychiatric Services*, 50, pp. 1606–1613; Nowotny KM, Belknap J, Lynch S, & DeHart D (2014). Risk profile and treatment needs of women in jail with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. *Women & Health*, 54(8), pp. 781–795.

³⁸⁹ M. E. Karlsson, M. J. Zielinski, *Sexual Victimization and Mental Illness Prevalence Rates Among Incarcerated Women: A Literature Review*, op. cit., pp. 11 ss.

³⁹⁰ L. Ravagnani, C.A. Romano, N. Policek, *Percorsi di vittimizzazione e detenzione femminile*, op.cit., p. 116.

relazioni violente siano esposte alla commissione di reati di carattere economico o siano più facilmente indotte a prostituirsi. Inoltre, le donne vittime di abusi, anche quando, e se, riescono ad allontanarsi da una situazione di violenza, si trovano in una condizione economica estremamente precaria tale da vedersi costrette a ricorrere ad attività illegali per reperire fonti economiche di sostentamento.

Tali elementi sono stati attenzionati dalle “Regole per il trattamento delle donne detenute o sottoposte a misure non detentive” (c.d. *Bangkok Rules*) in cui alla Regola 61 si incoraggiano le autorità giudiziarie a «prendere in considerazione circostanze attenuanti quali l’assenza di precedenti penali e la relativa non gravità, nonché la natura del comportamento criminale, alla luce delle responsabilità di accudimento delle donne e della loro particolare situazione»³⁹¹. Più nel dettaglio, alla Regola 6 si predispone uno screening medico all’ingresso in carcere sottolineando la necessità di verificare «le violenze sessuali e altre forme di violenza che possono essere state subite prima dell’ingresso in carcere»³⁹². Nonostante ciò, l’attuazione delle Regole di Bangkok, a quasi più di quindici anni dalla loro adozione, rimane oltremodo frammentaria.

Sul tema, si riportano due brevi riferimenti a progetti recenti messi in atto negli istituti penitenziari femminili in cui il tema della pregressa vittimizzazione costituisce il nodo di intervento³⁹³. Il primo, *Intrecci di parole*, ad opera della Cooperativa sociale il Labirinto, è finanziato da fondi ministeriali e territoriali a partire circa dal 2021 all’interno della casa circondariale di Villa Fastiggi, Pesaro. Il progetto ha avvio con una lettera di una detenuta arrivata per posta al Centro Antiviolenza della città. Questa lettera è stato lo stimolo per dare vita al laboratorio *Intrecci di parole*, curato da una psicologa e un’esperta del metodo autobiografico: dentro le mura della casa circondariale sono state accolte donne non detenute che, insieme alle detenute, hanno iniziato a raccontarsi come donne, i pregiudizi e gli stereotipi subiti, la costruzione del proprio essere donna. Anche grazie a questo laboratorio, un po’ alla volta si è delineato uno sportello del centro antiviolenza all’interno del carcere. A partire dal 2024, invece, nell’istituto di Milano- Bollate si è aperto lo *Sportello Donna*. Il progetto prevede uno sportello all’interno della sezione femminile della casa di reclusione milanese. Quest’ultimo servizio è nato in seguito alla formazione promossa dalle professioniste del settore differenza di genere pari opportunità della cooperativa. Entrambi i

³⁹¹ Regole di Bangkok - Nazioni Unite donne detenute e donne autrici di reato in misura non detentiva (luglio 2010), Ministero della Giustizia, <https://www.giustizia.it/giustizia/it/homepage.page>.

³⁹² *Ibidem*

³⁹³ Si veda <https://labirinto.coop/centro-antiviolenza/servizi-il-femminile-il-maschile-nellaccadibile/> ; <https://labirinto.coop/centro-antiviolenza/milano-bollate/>.

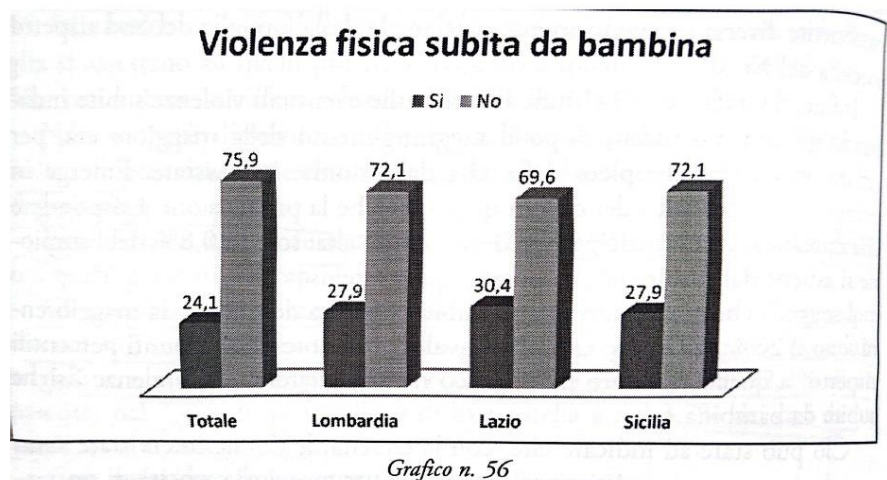
progetti pongono in rilievo la pregressa esperienza di violenza di genere quale elemento centrale nella traiettoria esistenziale della donna e, in molti casi, nelle stesse scelte criminali. Essi riconoscono come imprescindibile il sostegno e la cura degli effetti traumatici che la violenza produce nella vita delle donne detenute, promuovendo l'introduzione, anche e soprattutto all'interno dell'istituzione penitenziaria, di strumenti di protezione – come gli sportelli di ascolto – propri della società libera.

Emerge, dunque, come il diritto penale agisca sulle donne processi di criminalizzazione delle strategie femminili di sopravvivenza alla violenza subita, dimenticando quella «sorta di *entrapment* nella criminalità da parte di coloro che sono spesso i responsabili degli atti violenti subiti dalle donne»³⁹⁴. Si assiste così ad una circolarità infinita di vittimizzazione che le donne affrontano prima dell'atto criminale in sé, – vittime di inadeguate politiche di assistenza sociale, vittime di violenza di genere e abusi –, durante il processo penale a cui sono sottoposte e durante la carcerazione dove «sono spesso indirettamente vittimizzate da leggi che paiono non tenere conto di vicende migratorie e di vissuti femminili spesso traumatici»³⁹⁵ così come dello stretto legame tra carcere e marginalità sociale³⁹⁶.

³⁹⁴L. Ravagnani, C.A. Romano, N. Policek, *Percorsi di vittimizzazione e detenzione femminile*, op.cit., p. 117.

³⁹⁵ *Ibidem*.

³⁹⁶ In tal senso si osserva criticamente come esista “un rapporto di circolarità per cui la detenzione genera e al tempo stesso è prodotto di quella vulnerabilità che rende le cosiddette fasce deboli – ad esempio, chi manifesti dipendenze da stupefacenti e alcol, cittadini stranieri, persone fragili – gli ‘ospiti’ statisticamente prevalenti degli istituti penitenziari italiani”, si veda Lorenzetti A., *Genere e detenzione. Le aporie costituzionali di fronte a una ‘doppia reclusione’*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n.1, 2021, pp.143-144, <https://www.biodiritto.org/>.



Scansionato con CamScanner 397

³⁹⁷ Ravagnani L., Romano C. A., *Women in prison. Indagine sulla detenzione femminile in Italia*, op.cit., p.110.

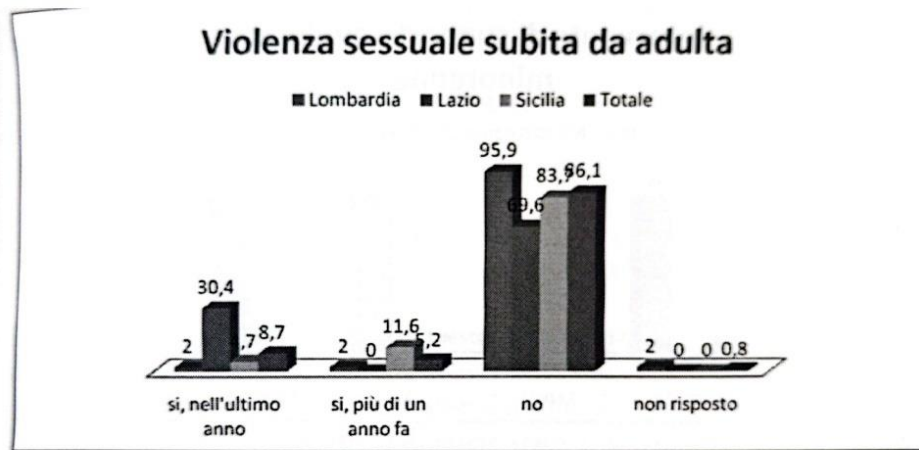
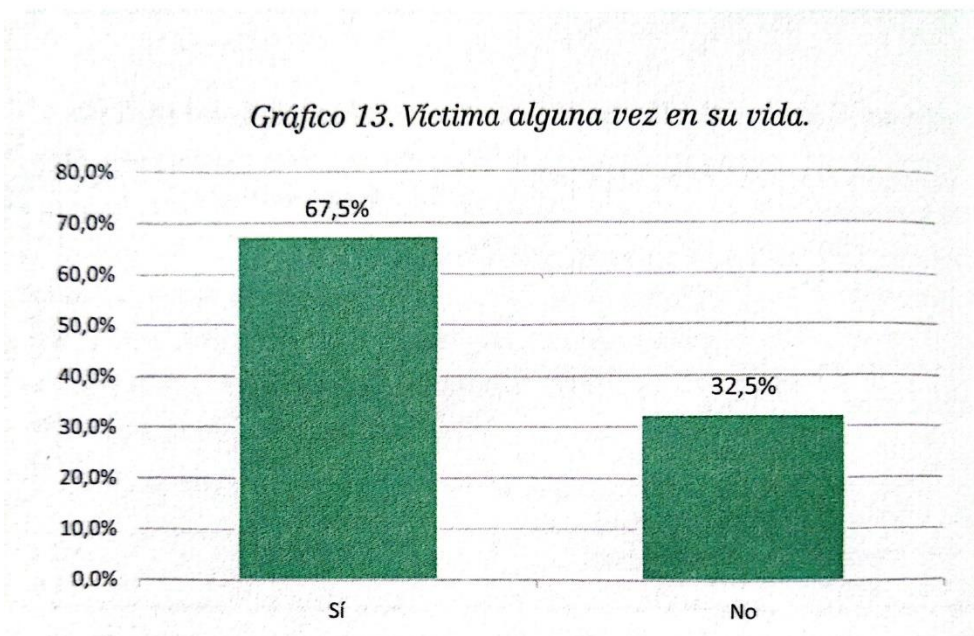


Grafico n. 63

Scansionato con CamScanner 398

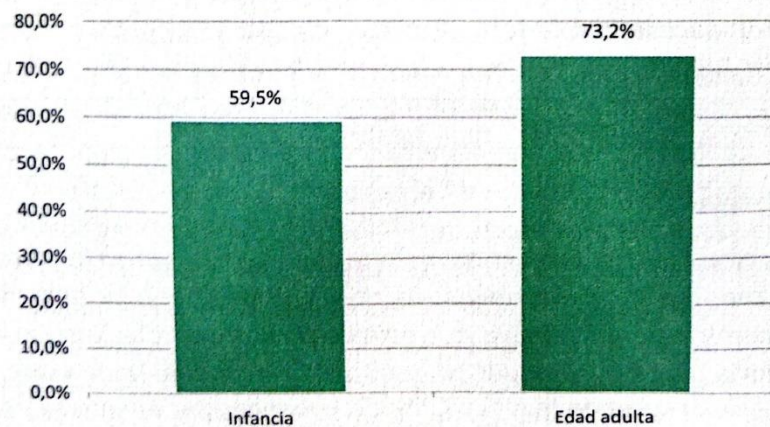


Scansionato con CamScanner 399

³⁹⁸ Ravagnani L., Romano C. A., *Women in prison. Indagine sulla detenzione femminile in Italia*, op.cit., p.117.

³⁹⁹ Dati forniti dallo studio spagnolo *Perfil socio-demográfico de las mujeres pensadas con medidas penales alternativas a la prisión: Vulnerabilidad y factores de riesgo*, Instituto de las Mujeres, Blanca Impresores, 2023, p.50.

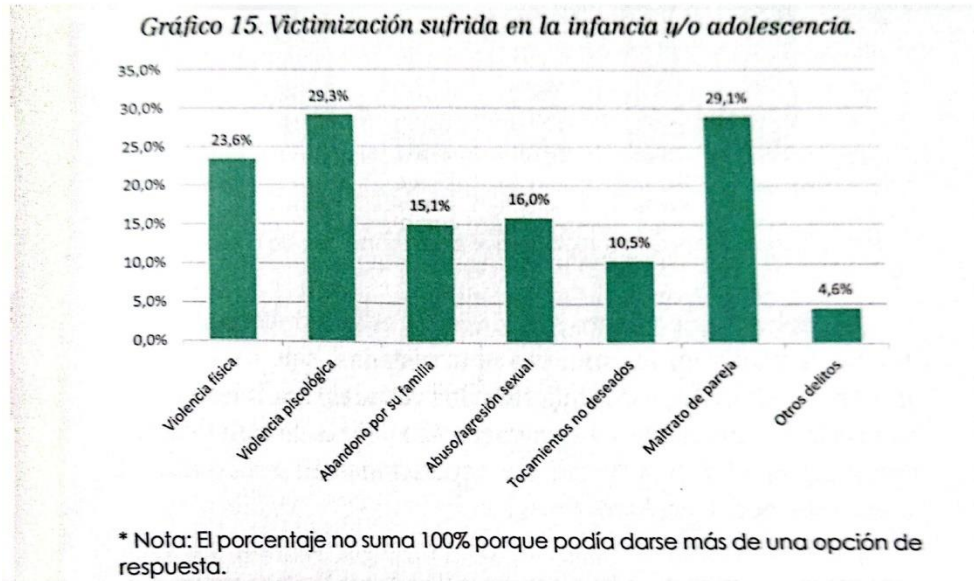
Gráfico 14. Momento en que se producen las victimizaciones.



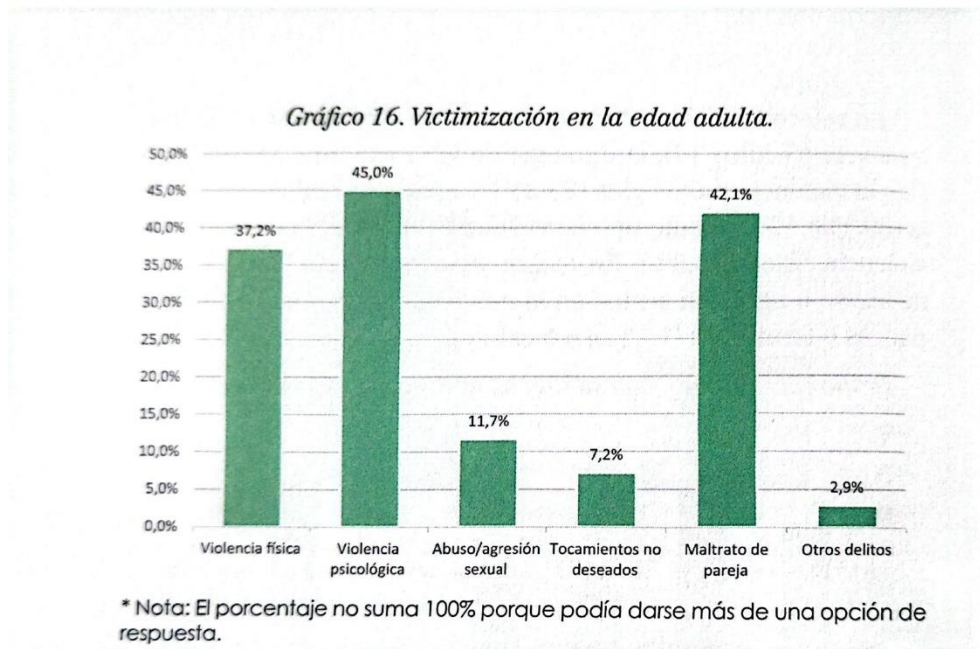
* Nota: El porcentaje no suma 100% porque podía darse más de una opción de respuesta.

Scansionato con CamScanner 400

⁴⁰⁰ *Ibidem.*



Scansionato con CamScanner 401



Scansionato con CamScanner 402

⁴⁰¹ Dati forniti dallo studio spagnolo *Perfil socio-demográfico de las mujeres pensadas con medidas penales alternativas a la prisión: Vulnerabilidad y factores de riesgo*, op.cit., p.51.

⁴⁰² Dati forniti dallo studio spagnolo *Perfil socio-demográfico de las mujeres pensadas con medidas penales alternativas a la prisión: Vulnerabilidad y factores de riesgo*, op.cit., p.52.

Critical findings from review of sexual victimization and mental health prevalence rates⁴⁰³

<i>Prevalence rates</i>	Lowest	Highest	Incarcerated vs. non- incarcerated women	Incarcerated women vs. men
<i>Sexual victimization</i>				
Lifetime sexual assault	22%	82%		>
Child sexual abuse (CSA) Varied age cutoff	10%	66%	>	>
Child sexual abuse (CSA) <18	28%	66%	>	>
Teen sexual abuse (TSA)	9%	36%	n.s.	>
Adult sexual abuse (ASA)	17%	68%	>	>
Sexual revictimization	12%	37%	>	>
<i>Mental illness (lifetime)</i>				
Manic episode	2%	3%	+	
Bipolar disorder	2%	19%		
Depressive episode	13%	17%	>	
Major depressive disorder (MDD)	21%	49%	>	
Dysthymic disorder (DD)	7%	23%	>	
Post-traumatic stress disorder (PTSD)	29%	53%	>	
Panic disorder (PD)	2%	26%	+	
Agoraphobia		6%	n.s.	
Phobia		24%		
Simple Phobia		15%	n.s.	
Generalized anxiety disorder (GAD)	3%	24%	<	
Obsessive-compulsive disorder (OCD)		6%	n.s.	
Anorexia Nervosa		1%		
Schizophrenia	2%	7%	+	
Somatization		1%	n.s.	
Substance use disorder (SUD)	70%	83%	>	
Alcohol use disorder	32%	65%	>	
Drug use disorder	26%	69%	>	
<i>Mental illness (current)</i>				

⁴⁰³ Marie E. Karlsson¹, Melissa J. Zielinski, *Sexual Victimization and Mental Illness Prevalence Rates Among Incarcerated Women: A Literature Review*, op. cit., Tabella 4, p.29.

Manic episode	2%	2%		
Bipolar disorder	8%	13%		
Depressive episode	11%	14%		
Major depressive disorder (MDD)	10%	25%		
Dysthymic disorder (DD)	7%	12%		
Post-traumatic stress disorder (PTSD)	15%	29%		
Panic disorder (PD)	1%	5%		
Phobia		20%		
Simple Phobia	0%			
Generalized anxiety disorder (GAD)	1%	2%		
Obsessive-compulsive disorder (OCD)		5%		
Anorexia Nervosa	0%			
Schizophrenia	2%	7%		
Somatization		1%		
Substance use disorder (SUD)	53%	78%		
Alcohol use disorder	10%	40%		
Drug use disorder	30%	72%		

Legenda:

> = incarcerated women reported higher rates compared to non-incarcerated women and/or incarcerated men;

+ = mixed results comparing incarcerated women to non-incarcerated women;

n.s. = non-significant differences between incarcerated women and non-incarcerated women

2.2. La specificità dei bisogni di cura

Risulta particolarmente difficile dare un quadro chiaro e univoco della situazione di salute delle donne detenute dal momento che questa dipende da diversi fattori comprese le dimensioni dell'istituto (un istituto di dimensioni ridotte ha generalmente meno servizi interni e si affida maggiormente ai servizi esterni), la sua collocazione (una grande distanza dall'ospedale rende più difficile fare affidamento sui servizi sanitari esterni), le caratteristiche della popolazione detenuta (età, nazionalità, etc.), le relazioni con l'Asl e la Regione di riferimento. In aggiunta a ciò, è da osservare come su scala nazionale i dati relativi alla popolazione detenuta femminile siano frammentati e riguardino solo alcune realtà, rendendo, così, complessa la valutazione dello stato di salute e dei bisogni sanitari della popolazione detenuta⁴⁰⁴. Storicamente, infatti, il punto di partenza per la produzione di dati ufficiali sulla condizione detentiva è stato il soggetto recluso uomo; in questi termini, dunque, non sono state prese in considerazione né le particolarità né le caratteristiche specifiche della popolazione femminile sottoposta a misure di privazione della libertà, così implicando *bias* di genere negli indicatori qualitativi e quantitativi utilizzati per valutare il percorso trattamentale, il reinserimento sociale e la stessa concettualizzazione dell'esecuzione penale femminile⁴⁰⁵.

Nonostante ciò, la generalità degli studi sottolinea come la salute delle donne recluse sia peggiore rispetto alla controparte maschile come anche alla corrispettiva componente femminile nella società libera. Difatti, le malattie mentali e le malattie infettive⁴⁰⁶ sono riconosciute a livello globale come

⁴⁰⁴ In merito alle patologie oncologiche «l'Università Luigi Vanvitelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale nel 2022 ha avviato un programma per testare il livello di conoscenza e consapevolezza del rischio di papilloma virus nelle donne detenute. Da aprile a giugno sono state intervistate donne detenute in 4 Istituti penitenziari del Paese. I risultati sono stati i 212 seguenti: quanto alla malattia il 41% delle intervistate riconosceva il virus come trasmissibile sessualmente, il 36,4% lo identificava come cancro all'utero, il 16% riteneva che si trattasse di cancro alla bocca. Il dato più rilevante è, però, che il 70% delle donne intervistate non aveva mai sentito parlare dell'esistenza del vaccino. Lo studio conferma la povertà di informazioni sia sulla patologia sia sulle forme di prevenzione e la necessità di una capillare campagna di prevenzione e di screening», Castellano L., *La tutela della salute in condizioni di detenzione. La normativa vigente*, in I numeri del cancro in Italia, Intermedia Editore, 2024, pp. 208-213.

⁴⁰⁵ Almeda Samaranch, E., *Por unas nuevas estadísticas de la ejecución penal femenina*, in Nicolás, G. e Bodelón, E. (a cura di), *Género y dominación: Críticas feministas del derecho y el poder*, Anthropos, Barcellona, 2009.

⁴⁰⁶ Ulteriori dati significativi a riguardo si ritrovano negli studi condotti nelle carceri americane e africane. In particolare, si riporta come «Despite the proportion of women prisoners in SSA prisons being lower than that of their male counterparts, they are distinctly and negatively affected by prison environmental factors, which impact severely on their specific female health needs and wellbeing [21, 22, 38, 53]. The appalling SSA prison environments and regimes all serve to exacerbate poor women's physical and mental health and the transmission of communicable diseases (such as HIV and TB). Women prisoners in SSA experience unique gender specific health challenges relating to menstruation and lack of appropriate sanitary towels, pregnancy and childbirth» Van Hout M. C., Mhlanga-Gunda R., *Contemporary women prisoners health experiences, unique prison health care needs and health care outcomes in sub Saharan Africa: a scoping review of extant literature*, BMC International Health and Human Rights, 2018, p.9. In merito al tasso di infezioni da HIV nelle carceri americane si riscontra come «Women prisoners are more likely to be infected with HIV than male prisoners for two important reasons: (a) they tend to have poorer social and family relationships, and (b) they are more likely than men to have a history of victimization and to be incarcerated for drug-related crimes», Lichtenstein B., Malow R., *A Critical Review of HIV-Related Interventions for Women Prisoners in the United States*, NIH Public Access, J Assoc Nurses AIDS Care, 2011 Van Hout, Mhlanga-Gunda R, 2018, p.3.

In generale si riporta come le patologie principali presenti in carcere siano: epatiti virali non A e infezione da HIV in diversi stadi di evoluzione; scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi, l'epatite A e la tubercolosi a cui si aggiungono diversi

maggiormente presenti nelle donne detenute, sia rispetto alla componente maschile detenuta sia rispetto alle donne in stato di libertà⁴⁰⁷. La presenza di un rischio maggiore per le donne detenute di sviluppare malattie infettive e depressione si riscontra come altamente diffusa in aree geograficamente diverse, rivelando in questo una matrice comune nel posizionamento delle donne all'interno del carcere e nell'ambito criminale: alla marginalità sociale ed economica che caratterizza la criminalità femminile si aggiunge una diffusa subordinazione delle stesse alla componente maschile in relazione ai fenomeni criminali di tipo associativo⁴⁰⁸.

Il grado di salute delle donne detenute è influenzato principalmente da due elementi: i tipi di reati, per lo più legati alla violazione della legge sulle droghe e contro il patrimonio e correlati ad un certo grado di marginalità sociale⁴⁰⁹, e i rischi di malattie (HIV, epatite, HPV, depressione), dovute a una maggiore esposizione alla violenza maschile⁴¹⁰. I dati mostrano come la prevalenza dell'infezione da HIV, di altre malattie a trasmissione ematica e delle infezioni a trasmissione sessuale sia spesso superiore rispetto a quella osservata negli uomini⁴¹¹ – il tasso di infezione tra le donne detenute, che

disturbi mentali e della personalità. Per un maggior approfondimento in merito si rimanda a Baccaro L., *Carcere e Salute*, Edizione Sapere, Bari, 2003.

⁴⁰⁷Barus D., *Carcere: le donne più esposte all'epatite C*, Fondazione Umberto Veronesi, Magazine, 2021, [Braithwaite L.R., Treadwell H.M., Arriola K.R.J., Health Disparities and Incarcerated Women: A Population Ignored](#), Vol 95, No. 10, American Journal of Public Health Editorials, 2005, pp. 1679- 1681. Fabini G., *Donne e carcere: quale genere di detenzione?* Associazione Antigone, Roma, 2017, www.associazioneanigone.it; Lichtenstein B., Malow R., *A Critical Review of HIV-Related Interventions for Women Prisoners in the United States*, op.cit.

⁴⁰⁸ Per un approfondimento in merito si rimanda a Pecorella C. (a cura di), *La criminalità femminile. Un'indagine empirica e interdisciplinare*, Milano, Mimesis, 2020.

⁴⁰⁹ I dati del 2022 riportati da Antigone rilevano come «erano complessivamente 134.132 i reati ascritti ai detenuti, per una media di 2,4 reati a persona. Di questi, i reati ascritti a donne erano 4.458, per una media di 1,9 reati ogni donna detenuta, mentre i reati ascritti a uomini erano 129.674, per una media di 2,4 ogni uomo detenuto. Il più rilevante scarto percentuale tra uomini e donne rispetto ai reati ascritti a ciascuna categoria riguarda appunto i reati contro il patrimonio, che per le donne pesano il 29,2% su tutti i reati ascritti alla popolazione detenuta femminile, mentre per gli uomini pesano il 23,7% sui reati ascritti alla popolazione detenuta maschile, con uno scarto di 5,5 punti percentuali. Gli uomini pesano maggiormente nella legge sulle armi (4,7 punti percentuali di più), a indicare probabilmente che nei reati contro il patrimonio effettuati dagli uomini le rapine rispetto ai furti semplici pesano più che per le donne. Anche l'associazione di stampo mafioso vede 2,5 punti percentuali in più tra gli uomini detenuti sulle donne, mentre i reati contro la pubblica amministrazione ne vedono 2,2» Ass. Antigone, *Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, <https://www.antigone.it/>. Si vedano i dati riportati in diversi studi sulla tipologia di reati commessi da donne, in particolare in uno studio del 2003 «il 33,70% dei reati commessi da donne è legato a violazioni della legge sulla tossicodipendenza, il 22,24% a reati contro il patrimonio, il 12,82% a reati contro la persona. Sono solo 33 le donne detenute per reati di associazione a delinquere e di stampo mafioso», Baccaro L., *Carcere e Salute*, Edizione Sapere, Bari, 2003. Si veda anche Pecorella C. (a cura di), *La criminalità femminile. Un'indagine empirica e interdisciplinare*, op. cit.; Pecorella C. (a cura di) *Donne e violenza. Stereotipi culturali e prassi giudiziarie*, Torino, Giappichelli Editore, 2021.

⁴¹⁰Si fa qui riferimento alle dinamiche gerarchiche maschili che spesso caratterizzano le realtà di marginalità sociale e il traffico di droga. Lichtenstein B., Malow R., *A Critical Review of HIV-Related Interventions for Women Prisoners in the United States*, op. cit., p. 3. Si veda anche come “for women especially, being subjected to harm and violence may begin or hasten a descent into the abyss of criminal justice networks, family disruption, certain types of infectious diseases, and poor health—a cycle that is not taken into account by the judiciary when women enter the system”, Braithwaite L.R., Treadwell H.M., Arriola K.R.J., *Health Disparities and Incarcerated Women: A Population Ignored*, op.cit.

⁴¹¹ Si riporta come le donne con partner sessuali detenuti HIV positivi hanno un rischio di acquisire l'infezione otto volte superiore rispetto alle partner di sieropositivi che non sono mai stati in carcere. In questo, si sottolinea come il carcere agisca come fattore moltiplicatore di rischio sanitario in cui anche le partner esterne diventano direttamente parte di questa catena di trasmissione.

rappresentano il 5,5% del totale, è risultato in diverse osservazioni superiore anche del 50% rispetto alla popolazione maschile⁴¹². Per quanto riguarda l'infezione da papillomavirus (HPV), le donne detenute presentano maggiori fattori di rischio rispetto alla popolazione generale e il riscontro di cancro della cervice uterina è stato osservato da quattro a cinque volte superiore rispetto a quello riscontrato nelle donne non detenute⁴¹³. In aggiunta, i dati del network ROSE - Rete d'Onne SimspE riportano la siero prevalenza di HCV per il 20,5% delle donne rispetto al 10,4% del genere maschile; un rischio doppio per le donne detenute rispetto agli uomini e di 14 volte superiore rispetto alla popolazione generale di contrarre l'epatite⁴¹⁴.

In generale, gli studi di Medicina di Genere hanno mostrato come il genere condizioni sia l'insorgenza che il decorso delle malattie, comportando spesso sintomi e risposte diverse ai farmaci. Inoltre, «i comportamenti e gli atteggiamenti verso la salute e la cura di sé rappresentano una delle tante dimensioni attraverso le quali il genere viene performato»⁴¹⁵, riconoscendo dunque nei costrutti socio-culturali elementi che impattano sull'accesso alle cure, sulla valutazione delle diagnosi e sulle risposte mediche. E in particolare, si è messo in luce come la precarietà, l'accesso limitato all'istruzione e l'esposizione ad ambienti inquinati o insalubri, i c.d. “determinanti della salute”, si configurino come alcuni dei fattori che influenzano il grado di salute individuale. Questi elementi permettono di configurare il benessere psicofisico come risultato dell'interrelazione tra salute individuale condizioni socioeconomiche, configurando la povertà come un ulteriore fattore determinante. In questo il genere si attesta come elemento «cruciale nell'influenzare la distribuzione della povertà, mettendo in luce una vulnerabilità femminile significativamente maggiore rispetto a quella maschile»⁴¹⁶.

Sono altresì rilevanti i dati relativi alla presenza di servizi sanitari specifici per la popolazione femminile, quali gli specialisti ginecologici, presenti nel 66,7% degli istituti che ospitano donne; tuttavia, permane un numero significativo di strutture che devono affidarsi ai servizi esterni come la Casa Circondariale di San Vittore, con 79 donne presenti, e la Casa Circondariale di Palermo “Pagliarelli”, con 66 donne presenti; è, invece, presente solo nel 31,8% degli istituti un servizio di ostetricia⁴¹⁷. Rispetto a ciò, è necessario riflettere sul rapporto tra detenzione e desiderio di

⁴¹² Rastrelli E., *La salute genere-specifica in ambito penitenziario*, *Gender-Specific Med*, 2(4), 2016, pp.169-175, <https://www.gendermedjournal.it/>. Si vedano anche le *Raccomandazioni per un approccio di genere al tema donne, salute, hiv*, in Baccaro L., *Carcere e Salute*, op. cit.

⁴¹³ Rastrelli E., *La salute genere-specifica in ambito penitenziario*, op. cit.

⁴¹⁴ Barus D., *Carceri: le donne più esposte all'epatite C*, Fondazione Umberto Veronesi, Magazine, 2021, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine>.

⁴¹⁵ Di Carlo, C., *Ripensare la maschilità nella salute pubblica: una riflessione sociologica su salute e dipendenze*, in *Genius*, 2025, <https://www.geniusreview.eu/>, p.2. Lo studio risulta particolarmente interessante poiché osserva come «gli ideali di maschilità egemone – associati a forza, successo e invulnerabilità – [abbiano] un impatto decisivo sulla messa in atto di comportamenti a rischio nei confronti della propria salute e [ostacolano] il ricorso ai servizi sanitari».

⁴¹⁶ Signani F., *Potenziare la gender medicine. I saperi necessari*, op.cit., p.114.

⁴¹⁷ Scandurra A., *L'Osservatorio di Antigone nelle sezioni femminili d'Italia*, op.cit.

genitorialità, «in particolare si pensi alle maggiori difficoltà nell'accesso a tecniche di procreazione medicalmente assistita che – per quante stanno scontando una pena lunga e sono destinate a lasciare l'istituto in età non più fertile – può rappresentare la sola modalità di sperimentare la gravidanza»⁴¹⁸. E d'altra parte, la detenzione pone maggiori ostacoli anche sotto il profilo della libertà di non procreare, rendendo «assai più difficoltoso l'accesso ad alcune prestazioni sociali, quali l'interruzione di gravidanza»⁴¹⁹. In generale, si riscontra una scarsa attenzione da parte delle istituzioni alla salute delle donne recluse che si traducono in mancanza di regolari esami medici specifici e di azioni di prevenzione e screening⁴²⁰.

Ulteriore approfondimento necessita, poi, il tema della salute psichica e delle dipendenze della popolazione femminile reclusa. Ciò che si rileva nella detenzione è «la compresenza di molti fattori determinanti uno stato di sofferenza psichica: angoscia, ansia, impotenza, promiscuità, rapporti sociali imposti, espropriazione di ogni riservatezza e di intimità» che comportano «una patologia fatta di solitudine, di emarginazione, di sradicamento, di perdita d'identità»⁴²¹. Il carcere risulta essere un luogo capace di incidere negativamente sulla stabilità emotiva e psichica provocando e generando disturbi mentali in quantità maggiore rispetto alla società esterna; è la stessa *Relazione sulla particolare situazione delle donne detenute e l'impatto dell'incarcerazione dei genitori sulla vita sociale e familiare* del Parlamento Europeo a riconoscere come «la natura isolante e privativa della carcerazione può contribuire allo sviluppo di malattie mentali»⁴²². Sul punto, in una recente condanna da parte della CEDU all'Italia per violazione degli artt. 3 e 6 della Convenzione⁴²³, la Corte ha

Si riporta, sul punto, la particolare attenzione che le c.d. Bangkok Rules pongono agli spazi di igiene personali dedicati alle donne detenute: «Rule 5. The accommodation of women prisoners shall have facilities and materials required to meet women's specific hygiene needs, including sanitary towels provided free of charge and a regular supply of water to be made available for the personal care of children and women, in particular women involved in cooking and those who are pregnant, breastfeeding or menstruating», United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders, 21 dicembre 2010, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-rules-treatment-women-prisoners-and-non-custodial>.

⁴¹⁸ Lorenzetti A., *Genere e detenzione. Le aporie costituzionali di fronte a una "doppia reclusione"*, op. cit., p.151.

⁴¹⁹ *Ibidem*.

⁴²⁰ Si pensi all'accesso al Pap Test, alla mammografia, alle diverse forme di interruzione volontaria di gravidanza e ai programmi di screening per il cancro al seno o al collo dell'utero, tutte prestazioni fornite dal Servizio Sanitario Nazionale alla popolazione femminile libera e che non trovano, invece, effettività per le donne recluse.

⁴²¹ Baccaro L, *Carcere e salute*, op. cit., p.43.

⁴²² Relazione - A6-0033/2008 del Parlamento Europeo, *Relazione sulla particolare situazione delle donne detenute e l'impatto dell'incarcerazione dei genitori sulla vita sociale e familiare*, Commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere, <https://www.europarl.europa.eu/portal/it>.

⁴²³ Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 27 marzo 2025 - Ricorso n. 4217/23 - Causa Niort c. Italia.

Il caso riguarda il trattamento medico e il mantenimento in carcere del ricorrente, il Sig. S. Niort, condannato per gravi reati e considerato socialmente pericoloso, nonostante i suoi disturbi psichiatrici. Il ricorrente è affetto da disturbi della personalità, in particolare da un disturbo borderline e antisociale, per il quale è stato seguito fin dall'infanzia dai servizi di salute mentale del territorio; è stato riconosciuto invalido al 100% e percepisce una pensione di invalidità. Fin dall'adolescenza, è anche tossicodipendente.

Il ricorrente è stato condannato a una pena complessiva di 10 anni e 20 giorni di reclusione per, tra l'altro, omicidio colposo, tentato omicidio, sequestro di persona, atti persecutori, e resistenza a pubblico ufficiale. Perseguito anche per

affermato che «le condizioni di detenzione non devono in nessun caso sottoporre la persona privata della libertà a sentimenti di paura, angoscia e inferiorità che possano umiliare, svilire e minare eventualmente la sua resistenza fisica e morale. Essa ha riconosciuto a tale proposito che i detenuti affetti da disturbi mentali sono più vulnerabili dei detenuti comuni, e che alcune esigenze della vita carceraria li espongono maggiormente a un pericolo per la loro salute, aumentano il rischio che si sentano in situazione di inferiorità, e sono indubbiamente fonte di stress e di angoscia»⁴²⁴. A ciò, aggiunge che «le cure dispensate in ambiente carcerario devono essere appropriate, ossia di un livello equiparabile a quello che le autorità dello Stato si sono impegnate a fornire a tutti i cittadini»⁴²⁵. Rileva, pertanto, la centralità del principio di umanità delle pene e il correlato riconoscimento della titolarità, in capo al detenuto, di quei diritti fondamentali dell'individuo che la detenzione non può comprimere né sospendere: «la dignità della persona [...] anche in questo caso – anzi: soprattutto in questo caso, il cui dato distintivo è la precarietà degli individui, derivante dalla mancanza di libertà, in condizioni di ambiente per loro natura destinate a separare dalla società civile – è dalla Costituzione protetta attraverso il bagaglio degli inviolabili diritti dell'uomo che anche il detenuto porta con sé lungo tutto il corso dell'esecuzione penale»⁴²⁶.

Secondo le ricerche, le donne recluse vivono «più duramente e direttamente i “tempi della vita” sul loro corpo (le mestruazioni, la maternità, l'invecchiamento e la menopausa) rispetto agli uomini»⁴²⁷, che i tempi del carcere stravolgono. Le donne recluse denunciano, infatti, come i disturbi del ciclo mestruale siano i primi sintomi che sorgono durante l'espiazione della pena, incidendo poi su tutto il benessere psicofisico. A questo si aggiunge la preoccupazione, e il conseguente senso di colpa, per il mantenimento dei rapporti con la famiglia e con i figli che incide maggiormente sulle donne, per il ruolo di *caregiver* che le stesse assumono nella società libera e così anche nella detenzione⁴²⁸. I dati

altri reati, è stato assolto da una parte delle accuse per incapacità di intendere e volere, mentre altri procedimenti sono ancora pendenti.

Sulla base di questa condanna, il ricorrente è stato incarcerato per la prima volta l'11 giugno 2016. Il 21 gennaio 2017 gli furono concessi gli arresti domiciliari, per motivi non precisati; tuttavia, egli tornò in carcere il 17 marzo 2017. Successivamente, fu trasferito più volte tra gli istituti penitenziari di Cagliari, Nuoro, Sassari e Torino.

⁴²⁴ Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 27 marzo 2025 - Ricorso n. 4217/23 - Causa Niort c. Italia.

⁴²⁵ *Ibidem*.

⁴²⁶ Corte cost., Sent., (data ud. 17/06/1998) 11/02/1999, n. 26.

⁴²⁷ Baccaro L., *Carcere e Salute*, op. cit., p. 82.

⁴²⁸ Ravagnani L., Romano C. A., *Women in prison. Indagine sulla detenzione femminile in Italia*, op.cit., pp. 139 ss.

Si riportano i dati dell'indagine condotta dall'ONS nel 1997 in Inghilterra e Galles che ha rivelato livelli ancora più elevati di gravi malattie mentali tra le donne rispetto ai detenuti di sesso maschile, con comorbidità altamente significative e preoccupanti. In particolare, «schizophrenic or delusional disorders were more common than severe depressive disorder. 13% of the sample had schizophrenic or delusional disorders; this is at least 20 times the rate in the general population. Women with this disorder have a severe mental illness Among the women in the ONS study 50% had a personality disorder. Antisocial personality disorder had the highest prevalence of any category of personality disorder. 31% were assessed as having antisocial personality disorder; borderline personality disorder was found in 20%; and the next most common type was paranoid personality disorder (16%)», *The Corston Report, A review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system*, op. cit., p.71.

sulla presenza di diagnosi psichiatriche in ottica di genere riportano come al 12,4% delle detenute contro il 9,2% dei detenuti siano diagnostiche malattie psichiatriche a cui si aggiunge il 63,8% di utilizzo di psicofarmaci tra le donne presenti contro il 41,6% tra gli uomini. Sono, inoltre, in trattamento per tossicodipendenze il 14,9% delle donne detenute, contro il 18,7% degli uomini⁴²⁹. Esiste una generale tendenza alla psichiatrizzazione dei disturbi e delle sofferenze femminili costruite sullo stereotipo di una maggiore vulnerabilità psicopatologica delle donne, le cui diagnosi più frequenti si articolano attorno al criterio dell'instabilità dell'umore legate al ciclo riproduttivo e alle fasi pre e post gravidanza⁴³⁰. Accanto a ciò, anche le modalità di resistenza che le donne stesse mettono in campo in relazione alle condizioni oppressive sono spesso state etichettate come disturbi mentali femminili. Un'interessante ricerca, condotta da J. Popay⁴³¹, sulla domanda delle donne nei centri di salute mentale e sulla relazione con i ruoli sociali ha evidenziato due modalità esplicative: a) *il modello sociale indotto*, inteso come la maggiore disponibilità delle donne a considerarsi malate di mente, socialmente collocate in ruoli subordinati, inferiorizzati e definite come fragili e deboli; b) *il modello di causalità sociale*, inteso come una maggiore propensione delle donne a ammalarsi mentalmente a causa di stili di vita più bassi, più poveri, con maggiori condizioni di stress e problematiche associate ai loro ruoli sociali all'interno della famiglia⁴³². Sul punto, la riflessione deve porsi in termini di legittimità della prescrizione di una tale quantità di farmaci alle donne, provando a leggere questa risposta medica anche in termini di modalità patriarcale e come forma di controllo sociale nel diagnosticare e trattare i conflitti tra donne. Calata nell'ambiente carcerario tale riflessione assume risvolti ancor più rilevanti a partire dalla costruzione storica dei luoghi di detenzione femminile e della storica rappresentazione della donna delinquente come *mad woman*.

E così infatti i dati sulla maggiore assunzione di psicofarmaci da parte delle detenute rimarcano la costruzione storica del carcere femminile come luogo di disciplinamento e dell'essenza del femminile come infantile e patologico, caratterizzato da quelle oscillazioni ormonali e umorali che fanno della

⁴²⁹ Scandurra A., *L'Osservatorio di Antigone nelle sezioni femminili d'Italia*, op.cit.

Sul punto si veda anche Miravalle M., *Dagli ospedali psichiatrici giudiziari alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza: un approccio socio-giuridico*, in G. Mantovani, *Donne ristrette*, Ledizioni, Milano, 2018, pp. 367-390.

Si cita anche uno studio sulle carceri statunitensi che riporta come «Inmates were found to have high rates of substance abuse and dependence and antisocial and borderline personality disorders compared with women in community epidemiologic studies. Rates among inmates were also somewhat elevated for mood disorders but not for anxiety disorders. The rate of reports of lifetime exposure to traumatic events was also high.», Jordan BK, Schlenger WE, Fairbank JA, Caddell JM. *Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women, II: convicted felons entering prison*, in *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53:513–519.

⁴³⁰ Roselló Peñaloza M., Cabruja Ubach T., Gómez Fuentealba P.S., *¿Feminización de la psicopatología o psicopatologización de lo femenino? Construcciones discursivas de cuerpos vulnerables*, in *Athenea Digital* - 19(2), 2019.

⁴³¹ Popay, J., *Women's Experience of Health Illness and their Social Roles*. Atti del I° Seminario Internazionale sul "Disagio Psicologico della donna", Unita Operativa USL 39 Napoli, 1988.

⁴³² Burin, M. *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*, 2012, Questo testo è stato redatto sulla base di una lezione su Genere e Salute mentale, tenuta nel maggio 2010 presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Buenos Aires, consultabile <https://dspace.uces.edu.ar/jspui/handle/123456789/1529>.

donna un'eterna fanciulla da accudire⁴³³. Rispetto a ciò, si è rilevato come spesso queste terapie «non vengano percepiti in una loro laica funzionalità, ma caricati di significanti altri, relativi a stigma, controllo, passivizzazione»; l'affermazione di non assumere psicofarmaci è «un'affermazione di autodeterminazione e resilienza, [...] una scelta di lucidità e presenza a sé stesse, finalizzata a meglio governare e mantenere il controllo sulla propria esistenza»⁴³⁴. Anche la stessa assunzione di droghe permette di osservare le dinamiche di genere in termini di “performance”, ovvero quale cartina di tornasole dell'interiorizzazione di ruoli e costruzioni sociali della mascolinità e femminilità. Le culture della droga non si pongono, infatti, come neutrali e insensibili al genere, quanto piuttosto rispecchiano e alimentano le gerarchie e le norme di genere esistenti. Alcune droghe così come lo stessa partecipazione a comportamenti rischiosi si configurano come “maschili” poiché incoraggiano o alimentano immaginari e stereotipi di forza, aggressività e mascolinità egemonica – si pensi all'alcol e alla cocaina – le donne, d'altra parte, «possono affrontare una maggiore stigmatizzazione, che può portare a un consumo più nascosto o a un'esperienza più isolata e carica di senso di colpa»⁴³⁵.

Per ultimo, si accenna brevemente alla recente emergenza da Covid-19 i cui divieti e le prescrizioni imposte hanno avuto un impatto profondamente differenziato a seconda delle specifiche condizioni individuali: l'emergenza, infatti, ha accentuato le disuguaglianze preesistenti e, al contempo, ne ha generate di nuove, a causa dei “risvolti asimmetrici” che hanno contraddistinto la crisi sanitaria⁴³⁶. Le restrizioni imposte hanno avuto impatto rilevante su chi sperimentava una doppia marginalità, come le donne recluse, «considerata la totale assenza di consapevolezza della prospettiva di genere circa i provvedimenti assunti per limitare il contagio negli istituti penitenziari»⁴³⁷. In particolare alcune misure adottate per garantire la limitazione dei contagi, come la sospensione dei colloqui, hanno avuto effetti assai più gravosi sulle madri recluse i cui figli si trovino all'esterno⁴³⁸.

⁴³³ Burin, M. *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*, op. cit.

⁴³⁴ Ronconi S., Zuffa G., *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, op.cit., pp. 130-131.

⁴³⁵ Sul punto si rimanda a Di Carlo, C., *Ripensare la maschilità nella salute pubblica: una riflessione sociologica su salute e dipendenze*, p.13.

La presenza delle norme di genere all'interno dell'economia del traffico di droga è argomento interessante, su cui non si può soffermarsi. Si rimanda, dunque, al testo di Grundetjern H., *Women's gender performances and cultural heterogeneity in the illegal drug economy*, in *Criminology*, 2015, 53, pp. 253 ss. in cui si riportano studi su come le donne utilizzino le caratteristiche associate alla femminilità nei loro business, come le risorse relazionali e familiari, così come la compassione e l'etica; altri studi hanno riconosciuto la natura di genere dell'economia della droga che svantaggia le donne.

⁴³⁶ Lorenzetti A., *Genere e condizioni di vulnerabilità nell'emergenza: l'inesorabile emersione di una doppia marginalità*, in Catelani E, D'Amico M., *Effetto Covid. Donne: la doppia discriminazione*, Il Mulino, Bologna, 2021, p.57.

Per un ulteriori riflessioni sugli effetti del Covid sulla sanità penitenziaria si rimanda a Buffa P., *Carcere e covid-19. Diario di una pandemia*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2022, pp.295-310; Ruotolo M., Talini S., *Il carcere alla prova dell'emergenza sanitaria (a cura di)*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2020.

⁴³⁷ Lorenzetti A., *Genere e condizioni di vulnerabilità nell'emergenza: l'inesorabile emersione di una doppia marginalità*, op.cit., p. 64.

⁴³⁸ *Ibidem*.

2.3. Rischio suicidario e atti di autolesionismo

“Sono Ines, da anni soffro di depressione e ho tentato il suicidio due volte. Dopo vent’anni dalla commissione del reato, il processo si è concluso e la condanna è divenuta esecutiva. Quando la polizia è venuta a prendermi mi trovavo in ospedale al termine dell’ennesimo ricovero. Il medico del carcere mi ha detto che la mia situazione migliorerà, ma come posso stare meglio qui dentro se per anni non sono riuscita a stare bene neanche là fuori, dove avevo vicino i miei cari e i miei figli?”⁴³⁹.

Pare necessario osservare i dati sugli eventi critici e gli eventi suicidari all’interno delle carceri in quanto chiara fotografia della difficoltà e disagio vissuto dalle detenute all’interno degli istituti. Nel corso dell’anno 2021 si sono registrati in media 7,2 isolamenti disciplinari ogni 100 donne detenute contro i 15 degli istituti che ospitano solo uomini, mentre si sono riscontrati 31 atti di autolesionismo ogni 100 donne presenti, più del doppio dei 15 ogni 100 presenti registrati negli istituti unicamente maschili. Altrettanto allarmanti sono i dati dei tentati suicidi: 3,7 ogni 100 detenuti negli istituti e nelle sezioni femminili, più del doppio degli 1,6 degli istituti maschili; anche negli istituti femminili rimane alto il tasso di violenza in cui si riscontrano 2,6 aggressioni al personale ogni 100 detenute rispetto ai 2,7 degli istituti che ospitano solo uomini, e 7,7 aggressioni a danno di altri detenuti ogni 100 presenze negli istituti e reparti femminili contro le 5,5 degli istituti unicamente maschili⁴⁴⁰. Se si guarda il tasso di suicidi, ossia la relazione tra il numero dei casi e la popolazione detenuta media, nel 2022 si riscontra un valore molto più alto per le donne che per gli uomini: il primo corrisponde a 2,2 suicidi ogni 1000 persone, il secondo a 1,4. Considerando che nella popolazione libera il tasso è pari a 0,07 suicidi ogni 1000 abitanti, i dati risultano particolarmente allarmanti⁴⁴¹. Dall’inizio dell’anno 2025 si sono verificati 45 suicidi di cui due commessi da donne; nel 2024 delle 100 persone che si sono tolte la vita in carcere 5 erano donne; nell’estate del 2023 tre donne si sono tolte la vita all’interno della sezione femminile della Casa Circondariale di Torino. A dicembre la quarta donna nella Casa Circondariale di Trento ⁴⁴².

Si intende qui riflettere sulla classica rappresentazione dell’autolesionismo come fenomeno prevalentemente maschile, all’opposto del suicidio portatore di un’impronta femminile. L’autolesionismo avrebbe, infatti, «una faccia “maschile” rispetto ai suoi significati di protesta/riciesta di aiuto/sfida (nei confronti dell’istituzione a cui è affidata la custodia del corpo detenuto); la faccia “femminile” sarebbe invece legata alla “fragilità” e alla patologia (della

⁴³⁹ Testimonianza riportata in Bonassi F., De Marinis F., *La detenzione femminile raccontata attraverso gli occhi di una “detenuta comune”*, op. cit.

⁴⁴⁰ Scandurra A., *L’Osservatorio di Antigone nelle sezioni femminili d’Italia*, op.cit.

⁴⁴¹ Antonelli S., *Suicidi e autolesionismo: 5 donne si sono uccise in carcere nel 2022*, in Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia, 2023*, <https://www.antigone.it/>.

⁴⁴² Si rimanda ai dati in Scandurra A., *L’Osservatorio di Antigone nelle sezioni femminili d’Italia*, op.cit.

dipendenza, del disturbo psichiatrico): in altri termini, per le donne più che le “ragioni” del gesto conterebbero le caratteristiche patologiche della persona»⁴⁴³. Stante la necessaria valutazione appropriata di eventuali problematiche psicologiche e psichiatriche individuali, si osserva come verrebbe nuovamente meno il riconoscimento di una capacità razionale e decisionale autonoma, finanche politica, del soggetto femminile in grado, al contrario, non solo di riconoscere e rifiutare un modello di infantilizzazione e deresponsabilizzazione messo in atto dall’istituzione totale ma anche di adottare strategie politiche di rifiuto e di protesta⁴⁴⁴.

Anche in merito ai dati sulle infrazioni disciplinari compiuti da donne pare necessaria una riflessione in ottica di genere. Secondo l’Osservatorio di Antigone gli uomini accumulano il 94,7% delle infrazioni totali mentre le donne il 5,3%, tuttavia, se si tiene conto che le donne rappresentano circa il 4,2% del totale della popolazione carceraria, i dati indicano che vi sarebbe una lieve sovra-rappresentazione delle infrazioni disciplinari compiute da donne (ma non delle sanzioni disciplinari a loro destinate). Questi dati possono dare l’idea che il grado di conflittualità tra le donne sia più alto di quello degli uomini, il che contrasta con il loro profilo criminale. Si osserva, invece, come vi siano alcuni tipi di infrazioni che coinvolgono le detenute proporzionalmente meno rispetto agli uomini, tra queste la partecipazione a disordini o sommosse (1,2% del totale), la promozione di disordini o sommosse (0,2%), il traffico o possesso di beni non consentiti (1,4%), il ritardo nel rientro (2,7%), le comunicazioni fraudolente con l’esterno (1,4%). Altri tipi di infrazioni, invece, coinvolgono le donne proporzionalmente di più, come la negligenza nella pulizia ordinaria personale o camera (13,6%), l’atteggiamento molesto verso i compagni (11,4%), il volontario inadempimento obblighi lavorativi (10,5%), la simulazione di malattia (8,8%) l’intimidazione o sopraffazione dei compagni (8,5%)⁴⁴⁵. A ciò si aggiunga come vi sia negli istituti o sezioni femminili una maggiore presenza del personale di polizia, che copre l’86% della pianta organica, con in media un agente ogni 1,6 detenuti, contro l’82,5% di copertura della pianta organica degli istituti che ospitano solo uomini, con in media un agente ogni 1,8 detenuti⁴⁴⁶. Tale situazione trova riscontro nelle ricerche e studi sulla detenzione in diverse aree geografiche: il Rapporto *All Too Familiar: Sexual Abuse of Women in U.S. State Prisons* riporta come «in comparison to prisons for men, rules within women's prisons tend to be greater in number and pettier in nature. Women prisoners are commonly cited for disciplinary offenses that are

⁴⁴³ Ronconi S., Zuffa G., *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, Ediesse, Roma, 2014, p.232.

⁴⁴⁴ R. descrive il suo comportamento autolesionista come «for me to understand me. Emotional distress is difficult to understand, and converting it into physical distress makes it easier to understand», *The Corston Rreport: a report by Bariness Jean Corston of a review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system*, p.77.

Si veda anche la ricerca Manonelles A.B., *Régimen disciplinario y mujeres presas. Un análisis criminológico con perspectiva de género*, Instituto de las Mujeres., Madrid, 2020.

⁴⁴⁵ Merino A.A., *Infrazioni disciplinari e punizioni*, in Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, 2023, <https://www.antigone.it/>.

⁴⁴⁶ Scandurra A., *L’Osservatorio di Antigone nelle sezioni femminili d’Italia*, op.cit.

typically ignored within male institutions, and, while they are less violent than their male counterparts, they appear to receive a greater number of disciplinary citations for less serious infractions»⁴⁴⁷. E ancora, uno studio sulle carceri del Texas condotto da Dorothy McClellan, ha rilevato che le detenute, nel corso di un anno hanno ricevuto un numero di citazioni quasi cinque volte superiore a quello dei detenuti maschi; in particolare le donne sono state citate più spesso per reati quali la disobbedienza a un ordine diretto o la violazione di una regola scritta o affissa⁴⁴⁸.

Sul punto, si cita brevemente la nuova normativa introdotta dal D.L. 11 aprile 2025, n. 48 (c.d. decreto Sicurezza), convertito in L. 9 giugno 2025, n. 80. Il Decreto prevede una nuova figura di reato nel codice penale, introdotta con l'art. 26, comma 1, alla lett. b), ovvero l'art. 415-bisrubricato «Rivolta all'interno di un istituto penitenziario», che punisce con la reclusione da uno a cinque anni chiunque, «all'interno di un istituto penitenziario, partecipa ad una rivolta mediante atti di violenza o minaccia o di resistenza all'esecuzione degli ordini impartiti per il mantenimento dell'ordine e della sicurezza, commessi da tre o più persone riunite [...] Ai fini del periodo precedente, costituiscono atti di resistenza anche le condotte di resistenza passiva che, avuto riguardo al numero delle persone coinvolte e al contesto in cui operano i pubblici ufficiali o gli incaricati di un pubblico servizio, impediscono il compimento degli atti dell'ufficio o del servizio necessari alla gestione dell'ordine e della sicurezza»; la pena sale da due a otto anni per «Coloro che promuovono, organizzano o dirigono la rivolta». Inoltre, l'art. 34 del D.L. n. 48/2025 estende il catalogo dei delitti ostativi ex art. 4-bis o.p. ricomprendendovi anche: a) la nuova aggravante speciale ad efficacia comune per il delitto di istigazione a disobbedire alle leggi (art. 415 c.p.), qualora sia «commesso all'interno di un istituto penitenziario ovvero a mezzo di scritti o comunicazioni diretti a persone detenute»; b) il nuovo reato di rivolta all'interno di un istituto penitenziario⁴⁴⁹. Pare evidente che la visione emergente da tale normativa sia «l'inasprimento delle pene come strumento di disciplinamento nei luoghi di privazione della libertà personale: ulteriori mezzi da adoperare, in una sorta di gioco a somma zero, a danno delle vulnerabilità sociali [...], [comportando] un inquietante restringimento degli spazi di dissenso»⁴⁵⁰. Particolarmente rilevante appare la sanzionabilità anche delle condotte di rivolta pacifica, «e quindi

⁴⁴⁷ Human Rights Watch, *All too familiar, Sexual Abuse of Women in U.S. State Prisons*, Library of Congress Catalogue Card Number: 96-79706, USA, 1996.

⁴⁴⁸ Human Rights Watch, *All too familiar, Sexual Abuse of Women in U.S. State Prisons*, op. cit.

⁴⁴⁹ Minnella C., *Il decreto sicurezza e il nuovo reato di rivolta in carcere*, Altalex, 2025.

⁴⁵⁰ Azzarà A., *Vittime in divisa: ordine pubblico, armi e criminalizzazione del dissenso nel d.l. sicurezza*, in Rivista Antigone, *Sostenibilità e trasformazioni della pena negli spazi del penitenziario*, n.2/2024, pp.189-190, <https://www.antigone.it/>.

non violenta, ovvero mediante una modalità che nemmeno in astratto possa mirare al sovvertimento dell'ordine costituito»⁴⁵¹.

È, altresì, interessante osservare come emerga, tanto nell'analisi dottrinale quanto nella prassi penitenziaria, una lettura dei comportamenti attesi dalle donne detenute come specchio di un femminile addomesticato e disciplinato secondo stereotipi di genere radicati. Da un lato infatti a queste è richiesto uno standard di pulizia e decoro, che si esprimono anche nell'imposizione di standard nel vestiario e nell'estetica, in particolare per le detenute transgender, più elevato rispetto agli uomini; dall'altra si riscontra un immaginario della donna come maggiormente conflittuale. E, tuttavia, il conflitto femminile è «spesso rappresentato nella veste di 'litigio' (per motivi banali), in opposizione alla serietà/gravità/pericolosità dei conflitti maschili»⁴⁵²; nonostante ciò la risposta penitenziaria è di maggiore intolleranza rispetto alle detenute, come mostrato dalla sproporzione nelle infrazioni relative ad atteggiamenti molesti verso le compagne e intimidazione o sopraffazione delle stesse⁴⁵³. Rispetto a ciò, alcuni studi, ancora molto limitati, hanno mostrato come il personale di vigilanza risponda in maniera diversa ai comportamenti di donne e uomini, riproducendo marcati stereotipi di genere che si rafforzano all'interno dell'istituzione penitenziaria (ad esempio le donne sono descritte come maggiormente emotive, isteriche, manipolatrici, subdole, impulsive e resistenti a ricevere ordini; sono considerate meno pericolose degli uomini ma più problematiche)⁴⁵⁴. Gli studi mostrano, inoltre, la presenza di un'attitudine paternalistica dei professionisti, che lavorano nelle carceri femminili, che potrebbe avere influenza sulla creazione di tensioni, frustrazioni e sentimento di impotenza delle recluse, producendo atteggiamenti di ribellione delle stesse; d'altro canto anche l'assenza di infrazioni, che è spesso utilizzata come indicatore di una buona situazione carceraria, può essere sintomo di dipendenza e passività delle donne, legata allo storico processo di infantilizzazione e vittimizzazione delle stesse. Anche l'organizzazione interna all'istituto carcerario sembra influenzare le condotte violente, ovvero l'assenza di classificazione e divisione – per età, tipo di condanna, tipologia di reato, dipendenza e disturbi di salute mentale – all'interno delle sezioni così come gli spazi limitati influiscono sull'insorgenza di condotte illecite e, allo stesso tempo, le

⁴⁵¹ Azzarà A., *Vittime in divisa: ordine pubblico, armi e criminalizzazione del dissenso nel d.l. sicurezza*, op.cit., p. 199.

⁴⁵² Ronconi S., Zuffa G., *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, op.cit., p.184.

⁴⁵³ Merino A.A., *Infrazioni disciplinari e punizioni*, op.cit.

⁴⁵⁴ Manonelles A.B., *Régimen disciplinario y mujeres presas. Un análisis criminológico con perspectiva de género*, op. cit., p. 62 ss. L'Autrice fa riferimento alla teoria *gendered rule-enforcement* che sostiene che le donne detenute siano soggette ad un regime disciplinare più restrittivo e che per questo ricevono più sanzioni e richiami, in nome di quei costrutti di genere stereotipati.

dimensioni ridotte delle sezioni e il minore numero di detenute comporta una maggiore capacità di controllo degli agenti penitenziari su ciò che avviene all'interno⁴⁵⁵.

Si produce, pertanto, un paradosso rispetto al principio di responsabilizzazione della condotta, elemento centrale nella maggior parte dei trattamenti penitenziari: si chiede alle donne detenute che si assumano la responsabilità della propria vita e del loro comportamento criminale ma, allo stesso tempo, si annulla la loro capacità di *agency*, imponendo una *femminilità* tradizionale. In questo senso, i problemi di ordine e disciplina costituiscono elementi centrali nella vita carceraria, tuttavia, è da chiedersi come il genere si relazioni con questi, ovvero come il genere influisca nella costruzione dell'ordine (come agiscono le norme di genere nel costruire e dare forma all'ordine e alla disciplina nelle carceri femminili? La costruzione della donna come sottomessa e fragile influisce nella forma in cui si mantiene l'ordine all'interno delle sezioni?) e, d'altro canto, come l'imposizione di un certo ordine e disciplina penitenziaria costruiscano il genere (si utilizzano ordine e disciplina come meccanismi, invisibili e indiretti, per imporre norme e ruoli di genere?)⁴⁵⁶. Anche la relazione tra esperienze di violenza pregresse e condotta all'interno delle carceri è un elemento ancora poco studiato e che, tuttavia, può alimentare atteggiamenti distruttivi, comportamenti illeciti e aggressivi. Altresì, le relazioni e i legami affettivi con la famiglia svolgono un ruolo centrale nel ridurre le condotte violente delle detenute in carcere e nel rafforzare i sentimenti di autostima e di riconoscimento del sé. Allo stesso tempo, la prospettiva di deprivazione di quei legami si costituisce come elemento centrale delle rivendicazioni e delle azioni violente delle donne all'interno dell'istituzione carceraria.

Per ultimo, i dati sulla maggiore presenza di personale di polizia nelle sezioni femminili possono essere letti come specchio di una migliore gestione delle sezioni e istituti femminili ma, d'altra parte, anche di un maggiore controllo sulle detenute viste come meno pericolose degli uomini e, tuttavia, maggiormente problematiche poiché emotive ed isteriche, dunque, bisognose di maggiore supervisione— tale controllo si esplica non solo nella superiore presenza fisica di personale penitenziario ma anche per un massiccio utilizzo di farmaci sedanti e antidepressivi⁴⁵⁷. Permangono,

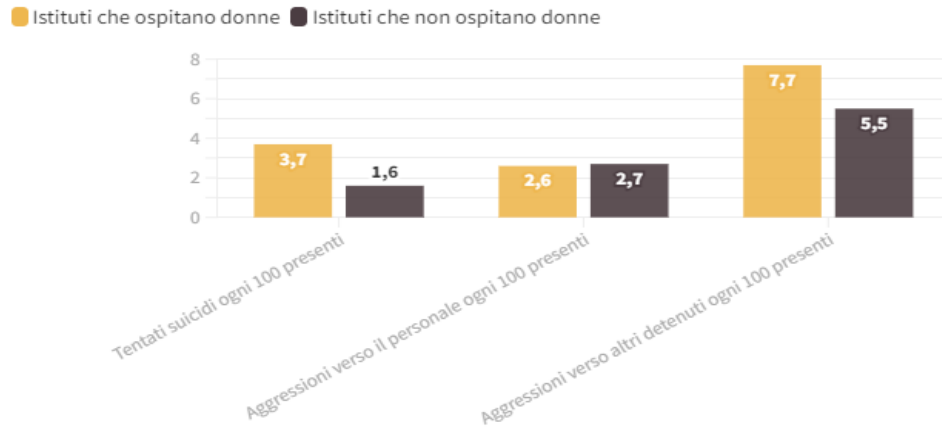
⁴⁵⁵ Manonelles A.B., *Régimen disciplinario y mujeres presas. Un análisis criminológico con perspectiva de género*, op. cit., p.172.

⁴⁵⁶ Manonelles A.B., *Régimen disciplinario y mujeres presas. Un análisis criminológico con perspectiva de género*, op. cit.

⁴⁵⁷ Su questo aspetto di riflessione si vedano le ricerche di Ronconi S., Zuffa G., *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, op.cit., e Manonelles A.B., *Régimen disciplinario y mujeres presas. Un análisis criminológico con perspectiva de género*, op.cit.

dunque, quegli elementi che storicamente hanno caratterizzato e caratterizzano ancora ad oggi la detenzione al femminile: addomesticamento, disciplinamento e medicalizzazione.

Tentati suicidi e aggressioni ogni 100 presenti Anno 2022

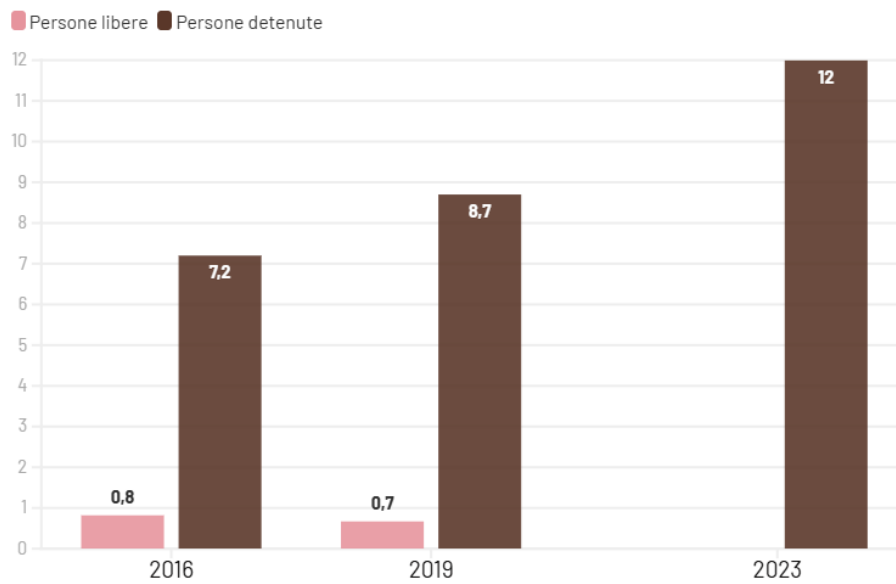


Fonte: Osservatorio Antigone

✳️ A Flourish chart 458

Tasso di suicidi in Italia dentro e fuori il carcere

N. suicidi ogni 10.000 persone
Anni 2016, 2019 e 2023 (solo carcere)



Fonte: nostra elaborazione su dati OMS, DAP e Ristretti Orizzonti

*A Flourish chart 459

⁴⁵⁸ Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, op.cit., <https://www.antigone.it/>.

⁴⁵⁹ Ass. Antigone, *Dossier sui suicidi in carcere nel 2023 e nei primi mesi del 2024*, <https://www.antigone.it/>.

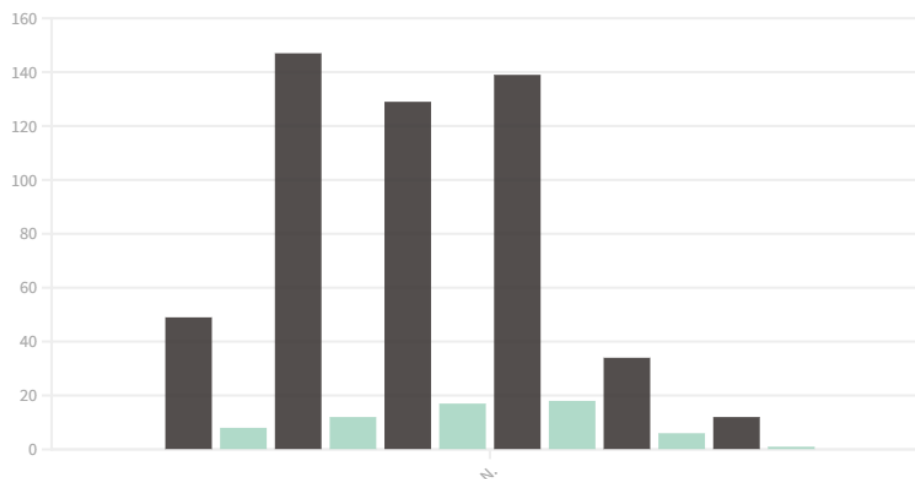
Presenti in REMS per classi di età e genere

31 dicembre 2021



ANTIGONE

■ Uomini 18-25 ■ Donne 18-25 ■ Uomini 26-35 ■ Donne 26-35 ■ Uomini 36-45 ■ Donne 36-45 ■ Uomini 46-55
■ Donne 46-55 ■ Uomini 56-65 ■ Donne 56-65 ■ Uomini oltre 65 ■ Donne oltre 65



Fonte: nostra elaborazione su dati Piattaforma SMOP - Regione Campania

* A Flourish chart

460

⁴⁶⁰ Ass. Antigone, *Il carcere visto da dentro, XVIII rapporto sulle condizioni di detenzione*, Salute mentale, <https://www.rapportoantigone.it/diciottesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>.

2.4 Dimensioni dell'affettività e della sessualità

“Mi chiamo Angela, sono sposata e ho due figli. In carcere, però, ho conosciuto Maria. Fare l'amore non era mai stato così bello, anche se dobbiamo accontentarci dei pochi minuti in cui le nostre concelline sono impegnate al lavoro o in altre attività.”⁴⁶¹

L'OMS definisce la salute sessuale come «a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled»⁴⁶². E così, la Corte costituzionale nell'ordinanza di rimessione del 27 aprile 2022, sulla questione di legittimità costituzionale dell'art. 18 o.p., secondo comma sollevata dal giudice *a quo*, riconosce come «la negazione di affettività e sessualità in carcere viola un diritto fondamentale connesso alla dignità e alla salute della persona ed è in contrasto con la funzione rieducativa della pena e con il principio di uguaglianza»⁴⁶³. Il diritto alla libertà sessuale e al libero sviluppo della personalità nella sfera sessuale è infatti stato riconosciuto dalla giurisprudenza italiana come un diritto fondamentale collegato al diritto alla salute. La negazione di tale diritto è inoltre connessa alla violazione dei diritti costituzionali in tema di famiglia e genitorialità»⁴⁶⁴. La negazione della dimensione sessuale e affettiva, che i divieti più o meno regolamentati producono all'interno dello spazio carcerario, si configura, dunque, come «quell'insieme di sofferenze aggiuntive maggiormente invalidanti anche sul lungo termine»⁴⁶⁵. La repressione sessuale imposta nelle carceri si costituisce come strumento principale di garanzia di governo dei e delle reclusi, consentendo alla pena di «fare presa sul corpo»⁴⁶⁶; la privazione della sessualità in carcere «non è un effetto secondario

⁴⁶¹ Testimonianza riportata in Bonassi F., De Marinis F., *La detenzione femminile raccontata attraverso gli occhi di una "detenuta comune"*, op. cit.

⁴⁶² OMS, *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*, Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva, p.4.

Per un'analisi esaustiva dell'evoluzione del tema a partire dalla riforma penitenziaria del 1975, si veda Talini S., *Dignità, libertà personale e forme di tutela: dalla riforma del '75 alla normativa sull'emergenza sanitaria*, Rivista Antigone, Fascicolo 1, 2001, <https://www.antigone.it/>.

⁴⁶³ Per un inquadramento approfondito della questione si rimanda a Talini S., *Un passo decisivo verso la garanzia della sessualità intramuraria?*, in Sistema Penale, fascicolo 3, 2023.

⁴⁶⁴ I parametri di riferimento sono infatti gli artt. 2, 3, primo e secondo comma, l'art. 27, terzo comma, gli artt. 29, 31, 32, primo e secondo comma. Re L., Ciuffoletti S., *La pena rimossa. Detenzione e diniego della sessualità nelle carceri italiane*, in C. Botrugno, G. Caputo (a cura di), *Vulnerabilità, carcere e nuove tecnologie. Prospettive di ricerca sul diritto alla salute*, Phasar Edizioni, Firenze, 2020, p.55.

⁴⁶⁵ Sonnini E., *Sessualità e affettività femminile nello spazio detentivo. Un etnografia comparata*, in Rivista Antigone, Volume XVII n. 2, 2022, p.46, <https://www.antigone.it/>.

Sul punto il Magistrato di Firenze, nell'ordinanza n.132 del 27 aprile 2012, si esprime affermando come «le due scelte sopra indicate - masturbazione o omosessualità, indotte dalla situazione - che hanno una evidente caratteristica di innaturalità oltreché di degrado e avvilitamento personale, pesantemente avvertito da chi vi è costretto. Una dinamica, contraria, all'evidenza, a percorsi di riabilitazione».

⁴⁶⁶ Foucault M. (1976) *Sorvegliare e punire. Genealogia della prigione*, Torino, Einaudi, p. 18.

della disciplina; esso appare piuttosto come il suo sostrato, come la struttura inconscia dell'apparato repressivo»⁴⁶⁷. Tale «“distorsione” porta con sé dolore e malattia. Nella castità forzata vi è una violenza istituzionale che nessuna legge ha formalmente autorizzato»⁴⁶⁸. Gli effetti negativi di questa castità forzata sono messi in luce da alcuni studi di specialisti in medicina penitenziaria che sottolineano come il processo di adattamento alla vita carceraria possa determinare alterazioni nei meccanismi biologici che modulano le emozioni, dando origine a quadri patologici noti come sindromi da prigionizzazione⁴⁶⁹. Sul punto, la stessa Corte costituzionale nella sentenza n. 301 del 2012 riconduce l'assenza di una garanzia del diritto all'affettività e alla sessualità come violazione dell'art. 32, tanto in rapporto alla previsione del primo comma, in base alla quale «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività», quanto in relazione al disposto della seconda parte del secondo comma, per cui «la legge non può in alcun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». «Il ricorso alla masturbazione o a pratiche omosessuali, conseguente alla forzata “astinenza sessuale” con il “partner”, comporterebbe, infatti, una “intensificazione dei rapporti a rischio e la contestuale riduzione delle difese sul piano della salute”. La stessa astinenza, in sé considerata, non aiuterebbe, inoltre, “in persone che hanno ormai superato l'età puberale, uno sviluppo normale della sessualità con nocive ricadute stressanti sia di ordine fisico che psicologico”»⁴⁷⁰.

A ciò si aggiunge un ulteriore profilo di rilievo, la perdita di una significativa parte di libertà di azione autonoma e di potere decisionale sulle proprie relazioni da parte delle e dei detenuti, «è la legge a determinare quali legami siano meritevoli di tutela e, in relazione a tale scelta, a definirne tempi e modalità di godimento»⁴⁷¹, rafforzando così quel processo di infantilizzazione del soggetto *in*

⁴⁶⁷ Re L., Ciuffoletti S., *La pena rimossa. Detenzione e diniego della sessualità nelle carceri italiane*, op. cit., p.53.

⁴⁶⁸ Re L., Ciuffoletti S., *La pena rimossa. Detenzione e diniego della sessualità nelle carceri italiane*, op.cit., p. 80. Sul punto si veda anche Meola F., *Detenzione e questioni di genere: a proposito della condizione carceraria femminile*, Bio Law, Rivista di Biodiritto, n. 4, 2022, <https://www.biodiritto.org/>.

Sul punto si vedano le dichiarazioni del Rapporto OMS che affermano come: «Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled». OMS, (2002) *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf>

⁴⁶⁹ Ceraudo, F., *Principi fondamentali di medicina penitenziaria*, Servizio editoriale universitario di Pisa, 1988, pp. 140-149.

⁴⁷⁰ Corte costituzionale, 19 dicembre 2012, sentenza n.301.

⁴⁷¹ Talini S., *L'affettività ristretta*, in *Costituzionalismo.it, I diritti dei detenuti*, Fascicolo 2, 2015, p.6, <https://www.costituzionalismo.it/>.

Per meglio approfondire il tema nella sua complessità si rimanda all'esaustivo e ampio lavoro di Silvia Talini, *ex multis, L'affettività ristretta e Il “diritto all'effettività dei diritti”*: quali forme di tutela per le persone private della libertà? in Ruotolo M., Talini S. (a cura di), *Dopo la riforma. I diritti dei detenuti nel sistema costituzionale*, Volume II, Editoriale Scientifica, Napoli, 2019; *L'uso delle tecnologie per il mantenimento dei rapporti affettivi*, in Fiorelli G., Gonnella P., Massaro A., Riccardi A., Ruotolo M., Talini S., (a cura di) *Pena e nuove tecnologie tra “trattamento” e*

vinculis. E tuttavia la giurisprudenza italiana ed europea ha riconosciuto come questa privazione violi un «diritto fondamentale connesso alla dignità e alla salute della persona»⁴⁷² poiché «in un universo di per sé psicopatogeno come il carcere, la deprivatione gratuita di una sfera essenziale della personalità aumenta in maniera essenziale il pericolo di patologie psichiche»⁴⁷³, collocandosi chiaramente in contrasto con la finalità rieducativa della pena *ex art. 27 cost.* Sul punto, la Corte ravvisa il contrasto con l'art. 27, terzo comma, Cost. «in quanto una pena che impedisce al condannato di esercitare l'affettività nei colloqui con i familiari rischia di rivelarsi inidonea alla finalità rieducativa [...] venendo altrimenti percepita la sanzione come esageratamente afflittiva, sì da non poter tendere all'obiettivo della risocializzazione»; richiama il «“volto costituzionale” della pena, che è una sofferenza in tanto legittima in quanto inflitta “nella misura minima necessaria” (sentenza n. 179 del 2017; nello stesso senso, sentenze n. 28 del 2022 e n. 40 del 2019)»⁴⁷⁴. Nel porre in relazione diretta l'esercizio dell'affettività con la finalità rieducativa della pena, la sentenza valorizza il carattere «indiscutibilmente relazionale della risocializzazione»⁴⁷⁵.

Chiara espressione di tale indirizzo normativo emerge nell'articolo 15 o.p. a norma del quale «il trattamento del condannato e dell'internato è svolto [...] agevolando opportuni contatti con il mondo esterno ed i rapporti con la famiglia» e nell'art. 28 o.p., secondo cui «particolare cura è dedicata a mantenere, migliorare o ristabilire le relazioni dei detenuti e degli internati con le famiglie». Parimenti rilevante è l'art. 14 quater, comma 4, secondo cui «in ogni caso le restrizioni [previste dal regime di sorveglianza particolare] non possono riguardare: [...] i colloqui con i difensori, nonché quelli con il coniuge, il convivente, i figli, i genitori, i fratelli». In ambito sovranazionale il riferimento è agli articoli 8, “Diritto al rispetto della vita privata e familiare” e 12, “Diritto al matrimonio” della Convenzione per la salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle Libertà fondamentali (CEDU) e, con particolare riguardo alla condizione detentiva, alla Raccomandazione n. 1340 del 1997 del Consiglio d'Europa e Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee, adottate dal Consiglio dei Ministri l'11 gennaio 2006⁴⁷⁶. La centralità delle

“sicurezza”, Atti della I Spring School del Centro di ricerca “Diritto penitenziario e Costituzione – European Penological Center”, Ventotene 20-23 aprile 2022, pp. 85-104.

Si rimanda, inoltre, a Grieco S., *Il diritto all'affettività delle persone reclusi. Un progetto di riforma tra esigenze di tutela contrapposte*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2022.

⁴⁷² Re L., Ciuffoletti S., *La pena rimossa. Detenzione e diniego della sessualità nelle carceri italiane*, op.cit., p.55.

⁴⁷³ De Vito R., *Frammenti di un nuovo discorso amoroso: la Corte costituzionale n. 10 del 2024 e l'affettività in carcere*, in *Questione Giustizia*, 5/02/2024, <https://www.questionegiustizia.it/>.

⁴⁷⁴ Corte cost., 26/01/2024, n. 10.

⁴⁷⁵ De Vito R., *Frammenti di un nuovo discorso amoroso: la Corte costituzionale n. 10 del 2024 e l'affettività in carcere*, op. cit.

⁴⁷⁶ Ulteriori approfondimenti in materia in Talini S., *L'affettività ristretta*, op.cit.; Ramirez S., *La reclusione dei corpi e degli affetti*, in *Rivista Antigone*, Cancellaro F., Sbraccia A., (a cura di), *Sostenibilità e trasformazioni della pena negli spazi del penitenziario*, Fascicolo n. 2, 2024, pp. 145-184, <https://www.antigone.it/>.

relazioni affettive nella costruzione di un percorso individuale per le donne recluse è, poi, ben espresso dalle c.d. “Regole di Bangkok”, adottate dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 21 dicembre 2010⁴⁷⁷. Nonostante ciò, la normativa in materia pare ancora trovare difficoltà nel far emergere il diritto alla sessualità intramuraria come dimensione a sé. In tal senso, pare importante ridiscutere il rapporto tra affettività e sessualità, riconoscendo il legame tra le due dimensioni ma, allo stesso tempo, non necessariamente correlarle una all’altra. «Se infatti da una parte si cerca di celare il diritto alla sessualità, in quanto attinente alla sfera della dignità personale, sotto le spoglie di una relazione affettiva - indubbiamente più accettabile dal senso comune nell’ottica di un rapporto amoroso, familiare o amicale, dall’altra continua a farsi spazio l’urgenza di riconoscere la sessualità come diritto per sé, che attenga cioè al libero arbitrio dell’individuo e non si esaurisca unicamente nella relazione affettiva»⁴⁷⁸.

In merito si citano *Le dimensioni dell’affettività*- Dispense ISSP n.3 (settembre 2013), del Ministero della giustizia Dipartimento dell’amministrazione penitenziaria che approfondiscono il dibattito in materia sin dagli anni ’30, restituendo la complessità della questione sia dal punto di vista di interventi normativi *de iure condito* e *de iure condendo* sia nella sua dimensione individuale per come impatta sul benessere delle donne *in vinculis*. Sul punto si riporta come, a seguito della sentenza del 6 dicembre 2023- 26 gennaio 2024, n. 10 (in G.U. P s.s. 31/01/2024, n. 5)⁴⁷⁹ in cui la Corte Costituzionale ha dichiarato «l’illegittimità costituzionale dell’art. 18 della legge 26 luglio 1975, n. 354 (*Norme sull’ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*), nella parte in cui non prevede che la persona detenuta possa essere ammessa, nei termini di cui in motivazione, a svolgere i colloqui con il coniuge, la parte dell’unione civile o la persona con lei stabilmente convivente, senza il controllo a vista del personale di custodia, quando, tenuto conto del comportamento della persona detenuta in carcere, non ostino ragioni di sicurezza o esigenze di mantenimento dell’ordine e della disciplina, né, riguardo all’imputato, ragioni giudiziarie», il DAP abbia elaborato delle linee guida per garantire tale diritto, individuando «una disciplina volta a stabilire termini e modalità di esplicazione del diritto all’affettività. In primo luogo, individuare i destinatari, interni ed esterni, per la concessione di colloqui intimi, fissare il loro numero, la loro durata, la loro frequenza, con la conseguente determinazione delle misure organizzative interne»⁴⁸⁰.

⁴⁷⁷ In particolare si veda la Regola 23 sul rapporto con famigliari e figli e le Regole 26 e 28 che dettano la disciplina dei colloqui visivi.

⁴⁷⁸ Ciuffoletti S., Franchi S., *Donne e carcere*, in Corleone F. (a cura di), *Carcere e giustizia ripartire dalla Costituzione*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole, 2019, p.209.

⁴⁷⁹ Per un approfondimento in materia si rimanda a Talini S., *L’intimità quale diritto inviolabile anche negli istituti penitenziari. Considerazioni a margine della sent. n. 10/2024*, Quaderni costituzionali, Fascicolo 1, 2024.

⁴⁸⁰ Ministero della Giustizia, Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria, <https://www.polpenuil.it/images/0164605.pdf>.

Tuttavia, al momento sono ancora incerte e in via di sviluppo le modalità e le tempistiche di attuazione da parte dell'Amministrazione penitenziaria, si stima, infatti, che solo 32 Istituti di pena siano ad oggi in grado di allestire stanze dell'affettività idonee⁴⁸¹.

Se affrontata nell'ottica di genere, il tema dell'affettività e della sessualità intramuraria deve declinarsi anche in termini di omosessualità femminile, realtà storicamente intesa come un carattere tipico della criminale "nata", per come già affermato da Lombroso e Ferrero, trattato come elemento di minaccia dell'ordine sociale o ignorato e invisibilizzato. Se poi si pensa a quanto a lungo il piacere femminile sia stato ignorato dalle scienze mediche, psicologiche e criminologiche occidentali, si comprende ancor meglio come il tema sia di difficile trattazione, anche e soprattutto, all'interno dell'istituzione penitenziaria. Nonostante, dunque, i rapporti intimi tra detenute siano maggiormente tollerati poiché considerati non problematici per la sicurezza e l'ordine interno⁴⁸², – il tema è infatti stato sempre considerato come una "questione maschile" dal momento che «sebbene vi siano rapporti lesbici, essi sono meno appariscenti di quelli messi in atto dagli uomini, sono meno violenti e soprattutto tesi a formare delle relazioni pseudo familiari, che non creano motivi di disordine»⁴⁸³ – si riscontra una diffusa infantilizzazione e deresponsabilizzazione degli stessi, dal momento che l'omosessualità «è spesso pensata come forma di "adattamento sessuale del recluso alla vita carceraria", non una scelta dunque, ma una compensazione vissuta con vergogna»⁴⁸⁴. Storicamente pare, poi, che i comportamenti omosessuali femminili abbiano svolto una funzione di «protezione

Si citano alcuni esempi di gestione dell'affettività e sessualità proposte dalle linee guida del DAP. «In particolare, in Canton Ticino, l'affettività può esprimersi attraverso una serie articolata di colloqui ed incontri intimi per i detenuti. Si va, dal colloquio gastronomico che, al fine di recuperare sensazioni di quotidianità rigeneranti, consente alla persona detenuta di consumare il pasto di mezzogiorno con le sue visite (ossia in compagnia di familiari o amici), al colloquio Pollicino, con cui ci si propone di mantenere i rapporti tra la persona privata della libertà personale ed i propri figli. Si ha, poi, il congedo interno con cui il detenuto ha la possibilità di trascorrere momenti d'intimità con i propri familiari o amici per sei ore consecutive in una casetta situata nella zona agricola del carcere: una zona immersa nel verde, non lontana dall'Istituto e protetta da una recinzione, al di fuori del perimetro di alta sicurezza. "La Silva", così è chiamata questa casa degli affetti, veniva prima utilizzata dal corpo di Polizia Penitenziaria per le proprie riunioni, ora, è diventata una prospettiva per tutti i detenuti. Si tratta di un piccolo appartamento dotato di cucina con camino, camera da letto, due bagni con doccia: un ambiente assolutamente familiare. Uno spazio che consente non solo incontri intimi, ma anche la possibilità di cucinare e consumare insieme un pasto.», *Le dimensioni dell'affettività*- Dispense ISSP n.3 (settembre 2013), <https://www.giustizia.it/giustizia/it/homepage.page>.

Per un'analisi di diritto comparato con le altre esperienze europee si rimanda a Ramirez S., *La reclusione dei corpi e degli affetti*, op.cit.

⁴⁸¹ Ramirez S., *La reclusione dei corpi e degli affetti*, op.cit., p.179.

⁴⁸² In questo si veda come nel caso di detenuti omosessuali l'ordinamento penitenziario prevede una protezione specifica e la creazione di apposite sezioni protette, cosa che non avviene nelle sezioni e carceri femminili; il discrimine è dato dall'alto rischio di violenza e soprusi che un detenuto può subire all'interno delle sezioni maschili cosa che non si rileva per quelle femminili.

Secondo uno studio risalente sulle carceri italiane «il personale di custodia e le donne recluse sono concordi nel valutare che circa l'80% delle detenute ha rapporti omosessuali. Gli operatori carcerari – educatori, psicologi, volontari, amministratori – tendono invece a negare questo fenomeno, sostenendo che i rapporti omosessuali coinvolgono solo il 10% delle detenute», Re L., Ciuffoletti S., *La pena rimossa. Detenzione e diniego della sessualità nelle carceri italiane*, op.cit. p.109.

⁴⁸³ *Le dimensioni dell'affettività*, cfr. Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, *Le dispense dell'ISSP*, 3), 2013.

⁴⁸⁴ Sonnini E., *Sessualità e affettività femminile nello spazio detenuto. Un'etnografia comparata*, op.cit., p.39.

dalle esigenze dell'ambiente penitenziario e i contatti omosessuali erano “ricercati non tanto per il sollievo fisico che possono offrire, quanto per il consolidamento di legami emotivi e di relazioni significative”⁴⁸⁵; inoltre, le relazioni omosessuali risultano solo raramente imposte con violenza mentre più spesso seguono modelli di schema familiare.

Pare interessante la lettura del D.A.P. in merito alle funzioni e motivazioni dell'omosessualità femminile: «volt[a] a sostituire il desiderio eterosessuale, si manifesta con aspetti più provocatori ed esibizionistici perché diretta simbolicamente anche contro l'istituzione, non creando, tuttavia, in genere motivi di disordine ma, piuttosto, con azioni subdole»⁴⁸⁶; così come anche la caratterizzazione biologica delle donne come soggetti “meno sessuati” per natura: «le donne, per loro natura e per condizionamenti culturali, non hanno la stessa ansia o tensione degli uomini per la privazione del sesso, essendo per lo più orientate a percepire il sesso in funzione dell'amore, e non viceversa»⁴⁸⁷. Tale visione, tuttavia, non appare adeguata a illustrare la condizione delle donne recluse né la sessualità femminile nel suo complesso. La repressione sessuale nelle carceri femminili assume caratteri molteplici, sostanziandosi anche sotto il profilo della definizione e della gestione della sessualità stessa, del rapporto tra identità di genere e sessualità, del controllo sulla riproduzione e sull'interruzione volontaria di gravidanza, elementi da considerarsi come “le matrici dell'assoggettamento di sé all'altro”⁴⁸⁸, «non è tanto di repressione sessuale che si parla qui (come sembra dire Foucault), quanto di un discorso sulla sessualità fatto da altri per altri»⁴⁸⁹, in cui le donne, considerate come ontologicamente vulnerabili e deboli necessitano di un controllo maggiore da parte dell'istituzione.

Infine, le scelte di relazioni omosessuali e pansessuale tra le detenute assumono forza politiche sfidando «l'istituzione sia nel suo carattere violento, sessuofobico e punitivo, sia in quello maschilista, omofobo e binario»⁴⁹⁰. L'affermazione delle proprie scelte sessuali e affettive si scontra con l'infantilizzazione e deresponsabilizzazione dell'istituzione carceraria, concretizzandosi in una riappropriazione di un sé adulto e autonomo.

⁴⁸⁵ Re L., Ciuffoletti S., *La pena rimossa. Detenzione e diniego della sessualità nelle carceri italiane*, op.cit., p.109.

⁴⁸⁶ *Le dimensioni dell'affettività*, cfr. Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, *Le dispense dell'ISSP*, 3), 2013.

⁴⁸⁷ Gadaleta A., Lupo S., Irianni S., *Le dimensioni dell'affettività - Dispense ISSP n.3 (settembre 2013), Il diritto alla sessualità e affettività quale diritto inviolabile del detenuto; analisi e prospettive applicative de iure condito e de iure condendo. Le affettività ristrette. Aspetti psicologici e profili operativi “Identità di genere: omosessualità e transessualità nella detenzione”*, Ministero della giustizia Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria.

⁴⁸⁸ Espressione questa usata da Tamar Pitch in *Diritto e rovescio: Studi sulle donne e il controllo sociale*, Napoli, Esi, 1987.

⁴⁸⁹ Anche questa è Pitch nel testo *Diritto e rovescio: Studi sulle donne e il controllo sociale*, riportata da L. Re, S. Ciuffoletti, *La pena rimossa. Detenzione e diniego della sessualità nelle carceri italiane*, op.cit., p.102.

⁴⁹⁰ Sonnini, E., *Sessualità e affettività femminile nello spazio detentivo. Un'etnografia comparata*, op.cit., p.47.

Passa l'agente e ti dice: "mi raccomando quando vi addormentate ognuno nel letto proprio, eh!" Questa cosa ti fa incazzare, incazzare tanto! Prima cosa non serve che ti fai sentire da tutta la sezione che non sapeva che cacchio stavo facendo, nulla, tra parentesi, poi non mi prendere per una bambina dell'asilo. Un conto è se vedi che mi sono addormentata nel suo letto, allora è un discorso, ma se vedi una scena così, non c'ha un senso dirlo o urlarlo⁴⁹¹.

Nulla...vai avanti così, a meno che non trovi persone dello stesso sesso, come me, per dirti che dopo dieci anni dalla carcerazione ho trovato la compagna. È diverso, non solo sul piano sessuale, ma sul piano affettivo...con le compagne si parla, ma certe cose te le tieni per te, per dire...invece con una compagna in una relazione ci si dice tutto. Almeno così è stato per me⁴⁹².

Poi non mi interessa, sulla mia vita comando io. Alla fine sono qui a pagare il mio debito con la legge...devo stare sotto di loro perché sono le regole, ma fino a un certo punto, fino a quando non prendono più di quello che devono. E qui prendono tanto⁴⁹³.

⁴⁹¹ Testimonianza di Alexia, int. 11, Capanne, in in E., Sonnini, *Sessualità e affettività femminile nello spazio detentivo. Un etnografia comparata*, op.cit., p.40.

⁴⁹² Testimonianza di Sara, int. 10, Capanne, in E., Sonnini, *Sessualità e affettività femminile nello spazio detentivo. Un etnografia comparata*, op.cit., p.39.

⁴⁹³ Testimonianza di Sara, int. 10, Capanne, in E., Sonnini, *Sessualità e affettività femminile nello spazio detentivo. Un etnografia comparata*, op.cit., p.40.

2.4.1 Maternità

Sono Anna e sono in carcere da otto mesi. Non è la mia prima esperienza detentiva, ma questa volta sono entrata nonostante fossi incinta. Una volta entrata in carcere ho iniziato ad avere complicanze con la gravidanza: ho avuto un distacco della placenta e ho perso mio figlio, poche ore dopo il raschiamento ero di nuovo sul letto della mia cella con tutto il mio dolore⁴⁹⁴.

I dati in merito al fenomeno della maternità in carcere mostrano come complessivamente, tra ICAM e sezioni nido di carceri ordinarie, al 31 gennaio 2023 erano 17 i bambini di età inferiore a un anno che vivevano in carcere con le loro 15 madri detenute così composti: un nucleo più ampio di otto donne con nove bambini, si trovava all'interno dell'ICAM di Lauro, seguito da tre donne e tre figli nell'ICAM di Milano San Vittore e da una donna con due bambini nell'ICAM della Casa di Reclusione femminile di Venezia. Vi sono poi tre nuclei composti solo da una madre e un bambino all'interno dell'ICAM della Casa Circondariale di Torino, nella sezione nido di Rebibbia femminile e nella sezione femminile della Casa Circondariale di Lecce⁴⁹⁵.

Il tema della maternità in carcere si configura come nodo nevralgico e fondante le riflessioni sul femminile recluso e sul riconoscimento dei diritti delle detenute. Difatti, se la norma e il diritto penitenziario rimangono sostanzialmente neutri rispetto al genere in tutte le declinazioni dei diritti e delle tutele di detenuti e detenute questo non avviene per la maternità e la tutela del rapporto di genitorialità (esplicitamente declinato al femminile) all'interno delle norme dell'Ordinamento Penitenziario. In questa, infatti, «non vi è alcuna disposizione dedicata in modo puntuale e compiuto ai bisogni e ai diritti delle donne detenute, [...] “tutto è declinato al maschile, a partire dal linguaggio”»⁴⁹⁶. L'unico riferimento esplicitamente al femminile è, appunto, l'art. 11 comma 9 che stabilisce la possibilità per le donne detenute madri di tenere con sé i figli di età inferiore ai tre anni; in generale la norma penitenziaria del 1975 si occupa di donne che siano in stato di gravidanza o già madri. La normativa in materia di maternità reclusa vede una serie di garanzie per gestanti e puerpere che sono assistite da specialisti di ostetricia e ginecologia, il parto deve preferibilmente essere effettuato presso un luogo esterno di cura in ossequi all'art. 19 Reg. es.⁴⁹⁷ La norma va letta in combinato disposto con le seguenti disposizioni:

⁴⁹⁴ Testimonianza riportata in Bonassi F., De Marinis F., *La detenzione femminile raccontata attraverso gli occhi di una “detenuta comune”*, op. cit.

⁴⁹⁵ Antonelli S., *Bambini in carcere*, in Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, 2023, <https://www.antigone.it/>.

⁴⁹⁶ Meola F. *Detenzione e questioni di genere: a proposito della condizione carceraria femminile*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 4, 2022, pp. 130-131, <https://www.biodiritto.org/>.

Si veda anche Menghini A., *Donne e carcere: la detenzione in un mondo declinato al maschile*, in Anastasia S., Effer T., (a cura di), *Madri e non solo. Ricerche interdisciplinari sul carcere delle donne e le sue alternative*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2025, pp. 179-186.

⁴⁹⁷ Art. 19, Assistenza particolare alle gestanti e alle madri con bambini. Asili nido:

- L'art.275 comma 4 c.p.p. che vieta – salvo casi eccezionali – l'adozione di provvedimenti di custodia cautelare nei confronti di donna incinta o madre di prole di età non superiore a sei anni;
- Gli artt. 146 e 147 c.p. che, rispettivamente, prevedono il differimento obbligatorio della pena nei confronti di donna incinta o di madre di prole di età inferiore ad un anno e il differimento facoltativo della pena nei confronti di madre di prole di età inferiore a tre anni;
- L'art. 47 Ord. pen., che consente l'applicazione della misura alternativa della detenzione domiciliare nei confronti di donna incinta o di madre di prole di età inferiore ai dieci anni con lei convivente, che debba espiare la pena della reclusione non superiore a quattro anni, anche se costituente parte residua di maggior pena⁴⁹⁸;
- L'art. 21 *bis* Ord. pen. in tema di assistenza all'esterno di figli minori.

Queste norme finiscono per mettere al centro «non la donna in quanto tale ma la donna nel suo rapporto con il figlio che verrà o che è appena nato», veicolando un immaginario di donna come «incubatrice e produttrice di figli per la Patria»⁴⁹⁹. Tale immaginario del femminile è confermato dalle

-
1. Le gestanti e le madri con bambini sono assistite da specialisti in ostetricia e ginecologia, incaricati o professionisti esterni. Il parto deve essere preferibilmente effettuato in luogo esterno di cura.
 2. E' prestata, altresì, l'assistenza da parte di personale paramedico ostetrico.
 3. L'assistenza sanitaria ai bambini che le madri detenute o internate tengono presso di sé è curata da professionisti specialisti in pediatria.
 4. Gli specialisti in ostetricia e ginecologia e i pediatri, il personale paramedico, nonché gli operatori in puericultura degli asili nido sono compensati con onorari proporzionati alle singole prestazioni effettuate.
 5. Presso gli istituti o sezioni dove sono ospitati gestanti e madri con bambini sono organizzati, di norma, appositi reparti ostetrici e asili nido. Le camere dove sono ospitati le gestanti e madri con i bambini non devono essere chiuse, affinché gli stessi possano spostarsi all'interno del reparto o della sezione, con il limite di non turbare l'ordinato svolgimento della vita nei medesimi.
 6. Sono assicurati ai bambini all'interno degli istituti attività ricreative e formative proprie della loro età. I bambini, inoltre, con l'intervento dei servizi pubblici territoriali o del volontariato, sono accompagnati all'esterno con il consenso della madre, per lo svolgimento delle attività predette, anche presso gli asili nido esistenti sul territorio.
 7. Quando i bambini debbono essere separati dalle madri detenute o internate, per avere superato il limite di età stabilito dalla legge o per altre ragioni, sentita in questo ultimo caso la madre, e non esistono persone a cui la madre possa affidare il figlio, la direzione dell'istituto, in tempo utile per le necessarie iniziative, segnala il caso agli enti per l'assistenza all'infanzia e al centro di servizio sociale, che assicura comunque il mantenimento di costanti rapporti tra la madre e il bambino.

Tale disposizione ha il merito di colmare la lacuna lasciata dall'art. 80 ord. penit. che, con riguardo agli esperti del cui operato l'amministrazione penitenziaria può avvalersi nell'ambito dell'assistenza sanitaria ai detenuti, non contempla specialisti in ostetricia e ginecologia né in pediatria. Camera G., *Liberi, detenuti in carcere e ristretti in strutture dedicate: diverse prospettive del diritto alla salute*, in Massaro A., (a cura di), *La tutela della salute nei luoghi di detenzione. Un'indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR*, op.cit., pp. 125 ss.

Nella normativa manca tuttavia un riferimento specifico alle esigenze alimentari delle donne incinte cosa che invece si ritrova nel Report Woman in prison: «Breastfeeding mothers should be provided with supplementary food according to existing guidelines for this category of women». *European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) nel Report Women in prison*, op.cit.

⁴⁹⁸ Sul punto si rimanda alle riflessioni di A. Lorenzetti sulla sentenza della Corte costituzionale n. 18 del 2020 in materia di maternità reclusa, in particolare sulla dichiarazione di illegittimità costituzionale della preclusione nell'accesso alla detenzione domiciliare speciale in caso di un figlio totalmente disabile di età superiore ai sei anni. A. Lorenzetti, *La Corte costituzionale e il percorso di progressiva tutela alla madre detenuta nel suo rapporto con la prole Note a margine della sentenza n. 18 del 2020*, Associazione Italiana dei Costituzionalisti, fascicolo n.3, 2020, pp. 632-649.

⁴⁹⁹ Meola F. *Detenzione e questioni di genere: a proposito della condizione carceraria femminile*, op. cit., p.130.

leggi con cui, nell'arco del decennio 2001-2011, il Parlamento ha legiferato in merito all'introduzione di strumenti alternativi alla detenzione, come l'art. 47-quinquies ord. penit. e l'art. 21-bis ord. penit. volti a ridurre la presenza di bambini in carcere. E tuttavia, «i monitoraggi evidenziano ancora oggi una difficoltà nell'applicazione delle tutele esistenti per le madri, così come la possibilità volte a rendere il carcere una *extrema ratio*»⁵⁰⁰.

La normativa in materia ha subito un recente aggiornamento in seguito alla conversione ex l. 9 giugno 2025, n. 80 (in G.U. 09/06/2025, n. 131) del Decreto Legge del 1° aprile 2025, n. 48, *Disposizioni urgenti in materia di sicurezza pubblica, di tutela del personale in servizio, nonché di vittime dell'usura e di ordinamento penitenziario*, che, all'art. 15, modifica, in particolare, gli artt. 146 e 147 del Codice penale in materia di maternità reclusa e introduce l'art. 276-bis., *Provvedimenti in caso di evasione o di condotte pericolose realizzate da detenuti in istituti a custodia attenuata per detenute madri*⁵⁰¹. In sintesi, la nuova normativa ha di fatto reso più facile l'accesso al carcere, pur nella forma degli ICAM, per le donne autrici di reato con figli, trasformando da obbligatoria in facoltativa l'ipotesi di differimento dell'esecuzione della pena. Perplexità in tal senso nascono a fronte del nuovo assetto valoriale che emerge dalla normativa, il diritto del minore di vivere in un ambiente adeguato e la tutela della relazione affettiva tra madre e prole diviene ad oggi oggetto di bilanciamento con le esigenze di sicurezza collettiva. Tale prospettiva è poi rafforzata dal nuovo articolo 276-bis in cui alla “cattiva madre”, ovvero colei che «evada o tenti di evadere oppure ponga in essere atti che compromettono l'ordine o la sicurezza pubblica o dell'istituto», l'ordinamento fa corrispondere una doppia pena: oltre alla reclusione «la pena aggiuntiva della maternità negata»⁵⁰².

Diversi, dunque, sono i nodi e le riflessioni che la maternità reclusa delinea e che necessitano di approfondimento specifico⁵⁰³.

Per maggiori approfondimenti si veda anche Lorenzetti A., *Maternità e carcere: alla radice di un irriducibile ossimoro*, in *Questione Giustizia*, n2, 2019, <https://www.questionegiustizia.it/>; G. Mantovani, *Donne ristrette*, op.cit.

⁵⁰⁰ Lorenzetti A., *La giurisprudenza costituzionale sulla maternità reclusa. Il punto sullo stato dell'arte*, in *Liber Amicorum Per Pasquale Costanzo. Diritto costituzionale in trasformazione. IV. I diritti fondamentali nel prisma del costituzionalista*, Consulta OnLine Associazione giuridica scientifico-culturale, Genova, 2020, p. 388.

⁵⁰¹ L'art. recita: «1. Nel caso in cui la persona sottoposta alla misura della custodia cautelare presso un istituto a custodia attenuata per detenute madri evada o tenti di evadere oppure ponga in essere atti che compromettono l'ordine o la sicurezza pubblica o dell'istituto, il giudice dispone nei suoi confronti la custodia cautelare in carcere e la persona viene condotta in istituto senza la prole, salvo il preminente interesse del minore a seguirla in istituto dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessarie. Nel caso in cui la prole non sia condotta in carcere, il provvedimento è comunicato ai servizi sociali del comune ove il minore si trova».

⁵⁰² Ronconi S., *La “cattiva madre” è rea e detenuta. Il ritorno di un fantasma patriarcale*, in *DonnaWomanFemme, Gattebue Voci femministe sul carcere*, Utopia, 143-144, 2025, p.34. Sul punto l'Autrice definisce tale norma come «sessista, razzista e classista» dal momento che colpisce donne autrici di reati minori contro il patrimonio, espressione di marginalità sociale, spesso appartenenti ad etnie già stigmatizzate, come quella rom.

⁵⁰³ Il tema della maternità in carcere vede uno sviluppo di riflessioni teoriche a partire dall'Ottocento che trova poi ampio spazio nelle azioni del legislatore penale del 1930 e, successivamente, nella riforma dell'ordinamento penitenziario del 1975, già molto sensibile sul tema. È poi con la cd. “legge Gozzini” del 1986, che è stata introdotta una modifica all'ordinamento penitenziario, prevedendo la detenzione domiciliare per la madre di prole in tenera età e garantendo al

In primis, il rapporto madre-figlio secondo due profili: la possibilità, nei casi previsti dalla legge, per il minore di stare con la madre detenuta, comportando, tuttavia, una “carcerizzazione” dello stesso; la separazione del minore dalla madre con una forzosa interruzione del legame affettivo. »⁵⁰⁴. Sulla “carcerazione” del minore il legislatore moderno si è interrogato, cercando soluzioni che consentissero di superare il modello carcerario classico nel caso di madri con minori, disegnando un sistema di misure alternative alla detenzione e di attenuazioni alla reclusione ordinaria mediante la normativa del 2001 e del 2011 e l’istituzione, con legge n.62 del 21 aprile 2011, degli ICAM⁵⁰⁵. Gli Istituti a Custodia Attenuata per detenute Madri si caratterizzano, infatti, per un regime custodiale meno incisivo rispetto al carcere e per un ambiente più consono alle esigenze del minore. In questo senso, mancano gli elementi tipici dell’edilizia carceraria, a partire dalle sbarre, ed è presente personale di polizia penitenziaria non in divisa affiancato da esperti che coadiuvano i genitori nella cura dei figli e ne consentono una regolare uscita dall’istituto.

Sul punto, la Corte costituzionale, nel tempo, si è orientata verso un riconoscimento del mantenimento di un rapporto quanto più possibile “normale” tra madre reclusa e minore, ponendo al centro la tutela dell’infanzia⁵⁰⁶. E, tuttavia, le riflessioni in merito devono necessariamente considerare le esigenze in chiave organizzativa e strutturale, riconoscendo nel carcere un luogo non idoneo allo sviluppo e crescita di un minore. Si pensi all’organizzazione delle sezioni e delle stanze, alla presenza di spazi dedicati ai giochi, agli ambienti idonei per i colloqui con i famigliari, ai rumori che accompagnano tutti i momenti della vita reclusa, all’assenza di colori e stimoli visivi negli spazi detentivi così come alla scarsità di aria e di luce, alla necessità di personale medico e sanitario specializzato e di volontari che accompagnino i figli all’esterno⁵⁰⁷. Inoltre, si riconosce l’impatto che la reclusione e la limitazione della libertà delle gestanti durante la gravidanza e il parto possono avere sull’assetto psichico della donna, con potenziali ripercussioni sulla salute psico-fisica del neonato. Sul punto, solo alcune Regioni e Provveditorati dell’Amministrazione Penitenziaria hanno provato a dare risposta realizzando strutture di accoglienza che uniscano alle esigenze di sicurezza anche un’attenzione agli aspetti psico-emotivi della nascita⁵⁰⁸. Nonostante si riconosca il mantenimento del legame famigliare

bambino un’assistenza materna continuativa in ambiente familiare o comunque extramurario. Per un ulteriore approfondimento si rimanda a Lorenzetti A., *Maternità e carcere: alla radice di un irriducibile ossimoro*, in *Questione Giustizia*, n2, 2019, <https://www.questionegiustizia.it/>.

⁵⁰⁴ *Ibidem*

⁵⁰⁵ Gli «istituti a custodia attenuata per madri» (Icam) sono speciali strutture dotate di sistemi di sicurezza “non invasivi”, non riconoscibili dai bambini e pensate per poter ricreare un’atmosfera prossima a un normale ambiente familiare, spesso colorate, senza sbarre, armi o uniformi, nei quali i figli delle detenute possono rimanere fino ai sei anni.

⁵⁰⁶ Sul piano giurisprudenziale, tra le pronunce in cui, più significativamente, la Corte si è soffermata sul rapporto tra la madre detenuta e la prole, sono da annoverare le sentenze di seguito indicate: 22 ottobre 2014, n. 239; 10 giugno 2009, n. 177; 5 dicembre 2003 n. 350; 12 aprile 2017 n. 76; 23 luglio 2018, n. 174; 14 febbraio 2020, n. 18.

⁵⁰⁷ Lorenzetti A., *Maternità e carcere: alla radice di un irriducibile ossimoro*, op.cit.

⁵⁰⁸ Meola F. *Detenzione e questioni di genere: a proposito della condizione carceraria femminile*, op. cit., p.133.

e materno come elemento fondamentale per il benessere della donna reclusa e per il trattamento rieducativo della stessa, il superiore interesse del minore esige che la scelta di maternità e il minore stesso non siano funzionalizzanti «al recupero sociale della madre detenuta che non appare rispettoso della pienezza della sua tutela»⁵⁰⁹. La dottrina, tuttavia, si è polarizzata nei casi di commissione di condotte criminose gravi, come i reati di stampo mafioso, che vedono due posizionamenti diversi. Da un lato, si ritiene che neppure la commissione dei più gravi reati possa automaticamente presupporre l'inidoneità educativa né giustificare l'interruzione del legame genitoriale a tutela di quei *best interest* che devono sempre prevalere. Dall'altro, si ipotizza una significativa presunzione di inidoneità genitoriale di chi sia autrice di alcune tipologie di reato poiché la stessa scelta di delinquere si pone in un contrasto diretto con il dovere di educare i figli alla legalità

Pare difficile, invece, operare un bilanciamento tra la tutela della maternità e dell'infanzia, costituzionalmente garantiti, e le esigenze di difesa sociale, bene la cui tutela non è dotata di copertura costituzionale. Seppur presente nel bilanciamento operato dalla Corte, l'unico riferimento letterale in Costituzione si rinviene nel termine "rieducazione" declinabile nell'idea della "risocializzazione" del reo, declinabile nei suoi vari aspetti come «reinserimento nell'ordine sociale», «reinserimento del reo nel contesto economico e sociale», «reinserimento nel corpo sociale», «risocializzazione», «ravvedimento» o «recupero sociale», «riadattamento alla vita sociale» o ancora acquisizione di «valori fondamentali della vita sociale»⁵¹⁰. Tale nozione non deve essere, di certo, intesa in senso moralizzante né, tantomeno, evocare pratiche riconducibili a forme di "rieducazione" coercitiva; essa va invece ricostruita alla luce dell'interpretazione unitaria del testo costituzionale nel suo complesso. In particolare, nella lettura in combinato disposto degli articoli 2 3 cost., riconoscendo come «nella esecuzione della pena si debba aver riguardo soprattutto al concetto della personalità umana»⁵¹¹. Inoltre, «evocare le esigenze di difesa sociale significa comunque, implicitamente, assumere un livello minimo di offensività del comportamento, non sempre rinvenibile nei casi di carcerazione delle madri»⁵¹².

Un secondo elemento di rilevanza è il concetto stesso di maternità, ovvero lo schiacciamento della dimensione genitoriale sulla sola madre detenuta su cui *de facto* l'ordinamento penitenziario fa ricadere l'intera responsabilità dei figli. Tale questione pone al centro il ruolo della donna e la costante subordinazione ed esclusione della responsabilità genitoriale del padre, riflesso di una tendenza in tal

⁵⁰⁹ Lorenzetti A., *La giurisprudenza costituzionale sulla maternità reclusa. Il punto sullo stato dell'arte*, op.cit., p.398.

⁵¹⁰ Per un approfondimento in materia si rimanda a Lorenzetti A., *La giurisprudenza costituzionale sulla maternità reclusa. Il punto sullo stato dell'arte*, op.cit.

⁵¹¹ Si riportano le parole dell'onorevole Bastianetto Il 15 aprile 1947 nella seduta antimeridiana dell'Assemblea Costituente.

⁵¹² Lorenzetti A., *Maternità e carcere: alla radice di un irriducibile ossimoro*, op.cit.

senso che si riscontra anche nella società libera⁵¹³. Si adotta, così, «una visione normativa centrata sul diverso ruolo di cura e assistenza dei figli tra il padre e la madre, ammettendo un'arcaica disuguaglianza tra la madre, depositaria della responsabilità per la cura e l'assistenza i figli e il padre, fatto rientrare a forza in una normativa disegnata appositamente per le donne madri detenute»⁵¹⁴. È, infatti, indubbio che nel momento della detenzione del partner la donna, moglie o madre, contribuisca al mantenimento «dell'integrità del nucleo familiare e al mantenimento della rete di sostegno, provvedendo anche alle necessità della sua vita quotidiana in carcere (portando cibo, vestiti, biancheria pulita), accompagnando i figli alle visite», situazione che non si presenta nel caso di detenzione della donna, comportando inevitabilmente un maggior isolamento e abbandono della stessa del proprio contesto di riferimento familiare e sociale⁵¹⁵. In questa costruzione normativa ciò che emerge è un'enfasi costante sul materno, la maternità diventa «ruolo sociale “necessario”, anche come elemento del trattamento» che si differenzia notevolmente per uomini e donne, dal momento che richiede ai primi di «diventare un onesto “cittadino e lavoratore”» e alle seconde di «tornare a essere o diventare una buona madre, qualsiasi sia il vissuto pregresso»⁵¹⁶. Non solo, lo sguardo alla gravidanza e alla maternità come eccezioni da tutelare contribuisce a «veicolare una visione del femminile come schiacciato sui tali condizioni, lettura doppiamente fallace, in primo luogo in quanto si tratta di esperienze sì irriducibilmente legate alla corporeità femminile, ma che non fanno parte dell'esperienza universale femminile, poiché non tutte le donne sono madri. In secondo luogo, le esigenze specifiche per la gravidanza e la maternità riguardano fasi e periodi assai limitati nel tempo, mutevoli sulla base dell'età della prole, che certamente non abbracciano l'intera esistenza, per quanto sia una relazione che non cessa al crescere dell'età del bambino coinvolto»⁵¹⁷.

Altro nodo rilevante è la scelta di procreare così come di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza durante la detenzione. E infatti i tempi del carcere e della reclusione non tengono conto del tempo biologico del corpo femminile, privando le donne di poter scegliere e immaginare di diventare madri al termine dell'espiazione della pena. Non può infatti non rilevare come «porre delle barriere nell'accesso a tali prestazioni si qualifichi quale forma di controllo istituzionale sui corpi

⁵¹³ «La tendenza a relativizzare la tutela accordata alla donna detenuta, limitandola al solo caso in cui si tratti di donna in gravidanza e/o maternità, è stata in certa misura favorita pure dalla giurisprudenza costituzionale. Questa, infatti, pur aggiungendo una serie importante di tasselli al quadro normativo vigente in tema, ha fondamentalmente incentrato la propria attenzione sempre e solo sulla vicenda della maternità» Meola F. *Detenzione e questioni di genere: a proposito della condizione carceraria femminile*, op. cit., p. 134.

Per un esaustivo approfondimento in materia si rimanda a Lorenzetti A., *Genere e detenzione. Le aporie costituzionali di fronte a una “doppia reclusione”*, op. cit., pp. 139-163.

⁵¹⁴ Ciuffoletti S., *Le politiche legislative sulla detenzione femminile in Italia. Tra effettività e propaganda*, op.cit., p.68

⁵¹⁵ Meola F. *Detenzione e questioni di genere: a proposito della condizione carceraria femminile*, op. cit., p.130.

⁵¹⁶ Ronconi S., Zuffa G., *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, op.cit., pp.257-258.

⁵¹⁷ Lorenzetti A., *Genere e detenzione. Le aporie costituzionali di fronte a una “doppia reclusione”*, op.cit., p.154.

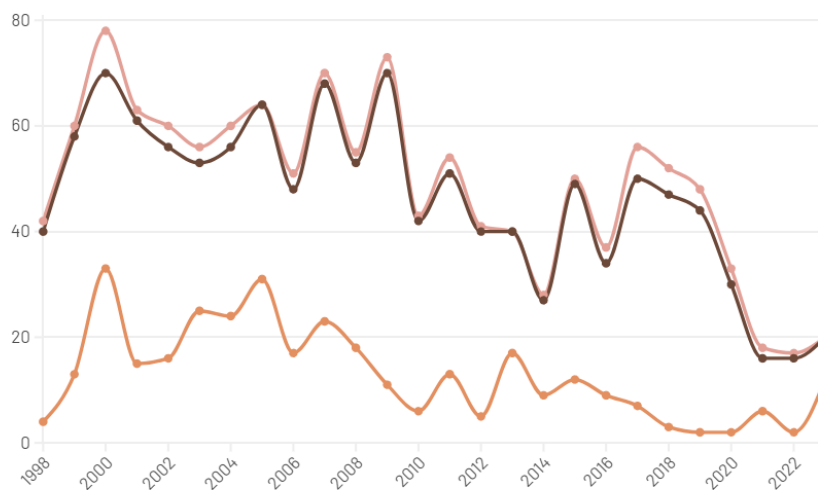
delle donne lesiva della libertà femminile che include anche la libertà di non procreare»⁵¹⁸, in questo senso lo stato di detenzione «non costituisce, e non può costituire, una causa ostativa al godimento di un diritto che la legge riconosce e garantisce senza distinzione di sorta tra soggetti liberi e ristretti»⁵¹⁹. Sul punto, il CPT afferma come, in nome del principio della parità di accesso all'assistenza sanitaria tra soggetti *in vinculis* e liberi, «A woman's right to bodily integrity is not diminished by virtue of her imprisonment. Where the abortion pill and/or other forms of abortion at later stages of a pregnancy are available to women in the outside community, they should be available under the same conditions to women in prison»⁵²⁰. Parlare di “maternità interrotta” pare dunque una metafora in grado di restituire la condizione delle madri detenute ma, più in generale, delle donne recluse⁵²¹.

Madri, bambini e donne incinte in carcere

Anni 1998 - 2023

La legenda può essere usata come filtro

■ bambini in carcere ■ detenute madri con figli al seguito ■ detenute incinte



Fonte: nostra elaborazione su dati DAP

● A Flourish chart

522

⁵¹⁸Lorenzetti A., *Genere e condizioni di vulnerabilità nell'emergenza: l'inesorabile emersione di una doppia marginalità*, op.cit., p.59.

⁵¹⁹ Meola F. *Detenzione e questioni di genere: a proposito della condizione carceraria femminile*, op. cit., p.149. In tale contributo l'Autrice recupera sommariamente la giurisprudenza in materia, mettendo in luce il percorso di affermazione del riconoscimento di tale diritto senza distinzione per i soggetti *in vinculis*. Tuttavia, si noti come le cause sollevate in materia siano di detenuti uomini e coinvolgono, dunque, un desiderio di paternità. Le considerazioni dei Tribunali che si sono espressi sul punto sono certamente riferibili anche ai soggetti femminili reclusi, nonostante ciò, manca ancora una riflessione sulla detenzione come limite *de facto* al desiderio di maternità in ottica di genere, che rifletta sui tempi della pena e sui tempi biologici dei soli corpi femminili.

⁵²⁰ *European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT)* nel Report *Women in prison*, op.cit.

⁵²¹ Re L., Ciuffoletti S., *La pena rimossa. Detenzione e diniego della sessualità nelle carceri italiane*, op.cit., p.111.

⁵²² Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, op.cit., <https://www.antigone.it/>.

3. Lavoro ed istruzione

Si ritiene opportuno dedicare un approfondimento al tema dell'accesso all'istruzione e al lavoro all'interno degli istituti penitenziari al fine di meglio delineare il quadro della quotidianità vissuta dalle donne detenute, che grande impatto ha sulla gestione e percezione del tempo recluso, sul percorso rieducativo e sulle prospettive di reinserimento sociale dopo la scarcerazione. La dimensione temporale, infatti, rappresenta un elemento centrale nell'esperienza detentiva configurando il carcere come spazio «contenitore di un tempo estesissimo e monotono, quello della durata della pena e della ritualità temporale propria dell'istituzione totale»⁵²³. Il tempo «è talmente abbondante da risultare inesistente, in quanto oggetto di espropriazione e poco favorevole all'iniziativa soggettiva [...] è talmente rarefatto di sollecitazioni e insieme saturato di ritmi e interventi eterodiretti, da risultare sostanzialmente vuoto»⁵²⁴. E, tuttavia, la stessa concezione del tempo assume valore diverso se osservate mediante le lenti dell'analisi di genere: «Tamara dice che in carcere ha tempo per sé perché esonerata dal lavoro domestico non retribuito, Victoria le risponde che il tempo della detenzione è fatto però di risposte a prescrizioni che non lasciano spazio alla volontà e al desiderio individuale. Per quanto divergenti sembrino le posizioni di Tamara e Victoria, insieme compongono una prospettiva che, sia dentro che fuori dal carcere, definisce lo sfruttamento del tempo come elemento centrale dei sistemi di oppressione eteropatriarcale»⁵²⁵.

Tale condizione agisce fortemente sul benessere del soggetto *in vinculis* e sulla produzione di malattia. In questo senso, diritto al lavoro e all'istruzione in carcere e diritto alla salute risultano strettamente interconnessi nel garantire un benessere generale all'individuo, «riempire il tempo trascorso con attività strutturate, capaci di aprire e fondare un progetto di vita futura è perfettamente in linea con l'art. 32 Cost. e con quella che dovrebbe essere la finalità rieducativa della pena ex art. 27 Cost.»⁵²⁶. Segnatamente, le attività proposte alle donne reclusi, siano queste lavoro, formazione, istruzione e sport, risultano particolarmente stereotipate secondo un immaginario della donna come dedita e capace di svolgere solo alcune funzioni, principalmente i lavori di cura o attività poco remunerative e professionalizzanti – si pensi ad attività come il cucito, l'artigianato, lavori di pulizia e mantenimento dei locali carcerari, corsi per parrucchiera ed estetista. Lo stesso *European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (CPT) nel Report *Woman in prison* denuncia come «female prisoners are offered activities deemed

⁵²³ Mosconi G., *Il carcere come salubre fabbrica della malattia*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, numero 1, 2005 p.64

⁵²⁴ *Ibidem*.

⁵²⁵ De Rocco G., *Peace and Love, Victoria: l'educazione, le questioni di genere, il carcere*, op. ci., p.646.

⁵²⁶ Valentino M.V., *Diritto alla salute e carcere dall'ottica della detenzione femminile*, in *Antigone*, n.1/2, Editoriale Scientifica srl, 2016, pp. 85-114, <https://www.antigone.it/>.

“appropriate” for them (such as sewing or handicrafts) and are excluded from far more vocational training reserved for men»⁵²⁷, riconoscendo in tale approccio discriminatorio il rischio di rafforzamento di stereotipi e *bias* di genere. Il diritto al lavoro, infatti, «rappresenta in concreto una delle cerniere più importanti tra il discorso sulla legalità costituzionale del carcere e la prospettiva della risocializzazione reale»⁵²⁸; e, tuttavia, la scarsa proposta lavorativa per le donne si somma alla mancanza di legami con il lavoro locale, che tanta importanza ha al momento dell’ottenimento della semilibertà o di altre misure alternative, così come nel momento della scarcerazione. I dati ufficiali dell’Amministrazione penitenziaria, aggiornati per le sole donne al 31 dicembre 2021, mostrano come le donne occupate alle dipendenze dell’amministrazione siano il 41% ed alle dipendenze di altri datori di lavoro l’8,6% delle presenti, contro il 31,2% ed il 4,2% del totale dei detenuti; si rileva come il tipo di attività gestita dalle donne sia soprattutto nell’ambito dei servizi interni necessari alla gestione dell’istituto che richiedono una bassa qualificazione e garantiscono solo un impegno ed una retribuzione limitati, così da «favorire la perpetrazione delle diseguaglianze sociali, oltre a minare l’integrazione sociale e professionale»⁵²⁹. Inoltre, si tenga conto che per essere conteggiati tra i detenuti lavoratori può bastare che la persona lavori anche solo poche o pochissime ore settimanali, con conseguente scarsa o scarsissima remunerazione.

Anche riguardo alle opportunità di formazione emerge come queste siano insufficienti - secondo i dati del DAP, infatti, sono coinvolte al 31 dicembre 2021 solo il 7,2% delle donne - e, soprattutto, siano fortemente costruite su stereotipi di genere che vedono le donne come maggiormente interessate a professioni come la pasticceria, la sartoria, l’estetica o il giardinaggio. Infine, anche nell’osservare i dati in merito ai corsi scolastici si riscontra un maggior coinvolgimento delle donne - circa il 37,3% delle presenti contro il 32% degli uomini - con tuttavia una precisazione: il coinvolgimento delle stesse nelle attività scolastiche è maggiore nei gradi inferiori di istruzione, ma decresce mano a mano che si procede verso i gradi più alti. In aggiunta, i corsi professionalizzanti paiono ben poco rispondenti alla riconosciuta minore pericolosità della donna detenuta rispetto all’uomo così come alle diverse necessità e specifiche della detenzione femminile anche in relazione ai percorsi di reinserimento sociale. Manca, dunque, un’utile differenziazione dei programmi che «favorirebbe percorsi di recupero e reinserimento coerenti con le specificità e i particolari bisogni legati alle

⁵²⁷ *European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) nel Report Women in prison*, op.cit.

⁵²⁸ De Vito R., *Questione carcere. Un’introduzione*, in *Questione Giustizia*, 2, 2015, p.8, <https://www.questionegiustizia.it/>.

⁵²⁹ Relazione - A6-0033/2008 del Parlamento Europeo, *Relazione sulla particolare situazione delle donne detenute e l’impatto dell’incarcerazione dei genitori sulla vita sociale e familiare*, Commissione per i diritti della donna e l’uguaglianza di genere, <https://www.europarl.europa.eu/portal/it>. La Relazione impegna gli Stati membri a «fornire programmi di formazione professionale di qualità elevata, che siano adatti alle esigenze di mercato del lavoro, oltre a opportunità di lavoro diversificate, libere dagli stereotipi di genere».

caratteristiche mentali e fisiche della donna autrice di reato»⁵³⁰. Infine, il paradigma della separazione di genere all'interno del carcere assume rilevanza quando si tratta dell'organizzazione delle attività all'interno degli istituti che ospitano uomini e donne. Difatti, con eccezione per la fruizione comune della messa o di spettacoli ed eventi, sono previste attività in comune tra detenute e detenuti solo nel 10% degli istituti che ospitano donne.

Dalla lettura dei dati emerge, dunque, una costruzione stereotipata del lavoro a cui le donne possono accedere che riafferma quella costruzione del carcere come luogo di disciplinamento e addomesticamento delle donne al ruolo sociale imposto. Inoltre, è interessante osservare come nelle teorie sulla nascita e trasformazione del carcere di Foucault, Melossi e Pavarin il lavoro recluso sia stato letto come una forma di sfruttamento di manodopera a basso costo da parte della classe borghese dominante che, attraverso il controllo della criminalità, ottiene il disciplinamento dell'intero corpo sociale⁵³¹; e tuttavia, il lavoro per le donne in carcere, ma non solo, è stato storicamente il mezzo di emancipazione dallo spazio domestico di dominio maschile⁵³². Le donne detenute subiscono, pertanto, non solo la discriminazione di genere ma anche quella di classe, dal momento che l'offerta di programmi di attività e lavoro caratterizzata da stereotipi di genere non solo non le prepara affinché possano reinserirsi in un ambito lavorativo remunerativo ma aumenta la loro dipendenza dalla famiglia e dall'ambiente domestico⁵³³. Interessante è anche osservare la possibile influenza della situazione economica sullo stato di salute delle donne detenute, difatti le donne appartenenti ad uno stato sociale marginalizzato assumono su di sé il doppio del carico di lavoro di cura e occupazionale rispetto alle donne di classe medio-alta, questa differenza tuttavia non si applica agli uomini; ciò comporta, pertanto, una peggiore condizione di salute all'ingresso, dovuta ad una marginalità sociale, che si acutizza durante la detenzione⁵³⁴.

⁵³⁰ Si veda Steffenoni S., *Detenzione femminile*, Allegato 7, Stati generali sull'esecuzione penale, in https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/sgep_tavolo3_allegato7.pdf.

⁵³¹ Vedi Vianello F., *Sociologia del carcere. Un'introduzione*, Carrocci editore, seconda edizione, Roma, 2019.

⁵³² Del Val Cid C., Viedma Rojas A., *Condenadas a la desigualdad, sistema de indicadores de discriminación penitenciaria*, Icaria, Madrid, 2012, pp. 90 ss.

⁵³³ Almeda E., *Corregir y castigar. El ayer y hoy de las cárceles de mujeres*, Bellaterra, Barcellona, 2002, pp.252-254.

⁵³⁴ Del Val Cid C., Viedma Rojas A., *Condenadas a la desigualdad, sistema de indicadores de discriminación penitenciaria*, op. cit.

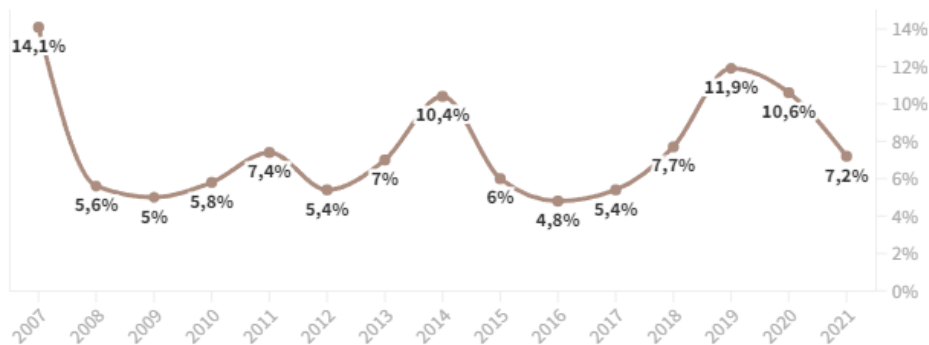
Donne iscritte a corsi di formazione professionale attivati

Anni 2007 - 2021

É possibile usare la legenda come filtro



- % donne sul tot. iscritti a corsi di formazione professionale attivati
- Tot. iscritti a corsi di formazione professionale attivati
- Donne iscritte a corsi di formazione professionale attivati



Fonte: nostra elaborazione su dati DAP

A Flourish chart

535

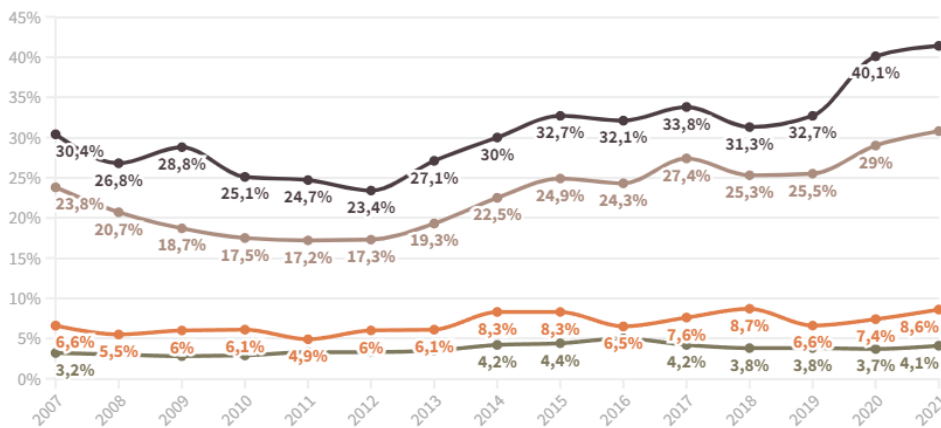
Percentuali donne e uomini lavoratori

Anni 2007- 2021

É possibile usare la legenda come filtro



- % donne lavoratrici sul tot dei detenuti lavoratori
- % donne lavoratrici alle dipendenze dell'amministrazione sul tot delle donne presenti
- % uomini lavoratori alle dipendenze dell'amministrazione sul tot degli uomini presenti
- % donne lavoratrici per esterni sul tot delle donne presenti
- % uomini lavoratori per esterni sul tot degli uomini presenti



Fonte: nostra elaborazione su dati DAP

A Flourish chart

536

⁵³⁵ Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, op.cit., <https://www.antigone.it/>.

⁵³⁶ Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, op.cit., <https://www.antigone.it/>.

4. Risposta normativa: gli strumenti del PNRR

I dati e la riflessione sugli stessi hanno messo in luce come l'inadeguatezza delle condizioni architettoniche e igieniche dei luoghi di detenzione, la scarsità di attività e di opportunità di lavoro e di formazione, la privazione degli affetti, la limitazione dei contatti con il mondo esterno, «finiscono per assumere un rilievo ulteriore e diverso da quello già attribuitogli, in quanto da considerarsi anche quali “ostacoli determinanti nell'esercizio del diritto alla salute”»⁵³⁷. Nella considerazione delle donne detenute, quali soggetti “esclusi” dallo *spazio penitenziario* – per come già inteso quale spazio fisico e teorico che vede le donne attraversare e confrontarsi con i luoghi della giustizia e dell'espiazione della pena; uno spazio teorico inteso come “discorso” su criminalità e detenzione femminile – ci si interroga su come agiscano e quali effetti producano con quali obiettivi gli strumenti messi in campo, in particolare gli strumenti e investimenti del PNRR.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, redatto dall'allora governo Draghi e approvato dalla commissione europea nel giugno 2021, si compone di diversi programmi di investimento articolati in sei Missioni, sedici Componenti, quattro riforme di contesto, distinte fra le riforme c.d. orizzontali («innovazioni strutturali dell'ordinamento, idonee a migliorare l'efficacia, l'efficienza e la competitività»), riforme abilitanti (volte a «rimuovere gli ostacoli amministrativi, regolatori e procedurali») e riforme settoriali («destinate a introdurre regimi regolativi e procedurali più efficienti nei rispettivi ambiti territoriali») ⁵³⁸. Tre sono i temi strategici su cui si articola: digitalizzazione, transizione ecologica e inclusione sociale; a questi si aggiunge il superamento delle diseguaglianze di genere, assunto quale obiettivo trasversale dell'intero piano. L'obiettivo del superamento delle diseguaglianze di genere si articola in interventi molteplici, ad esempio, «in ambito familiare (per l'impari suddivisione dei carichi di cura) e lavorativo (in ogni sua fase, dall'accesso, al licenziamento, alle condizioni occupazionali, tra cui la disparità retributiva, mettendo a tema i fenomeni della segregazione orizzontale e verticale e la tendenziale maggiore precarietà)»⁵³⁹. Sul punto, la ragioneria generale dello Stato, in un documento reso pubblico il 9 luglio 2022 sul potenziale contributo del PNRR nella riduzione delle diseguaglianze di genere in Italia, ha classificato le 34 misure del piano che dovrebbero avere un impatto positivo sulle condizioni delle donne, tra cui solo 4 di queste prevedono un impatto diretto sulla parità di genere. Sul punto, si veda come il “tasso di mancata partecipazione femminile al lavoro” sia l'indicatore di investimento maggiore 20 misure su 34 totali – a cui segue “l'asimmetria all'interno della coppia nel lavoro di cura” – 10 interventi su 34; a tutti

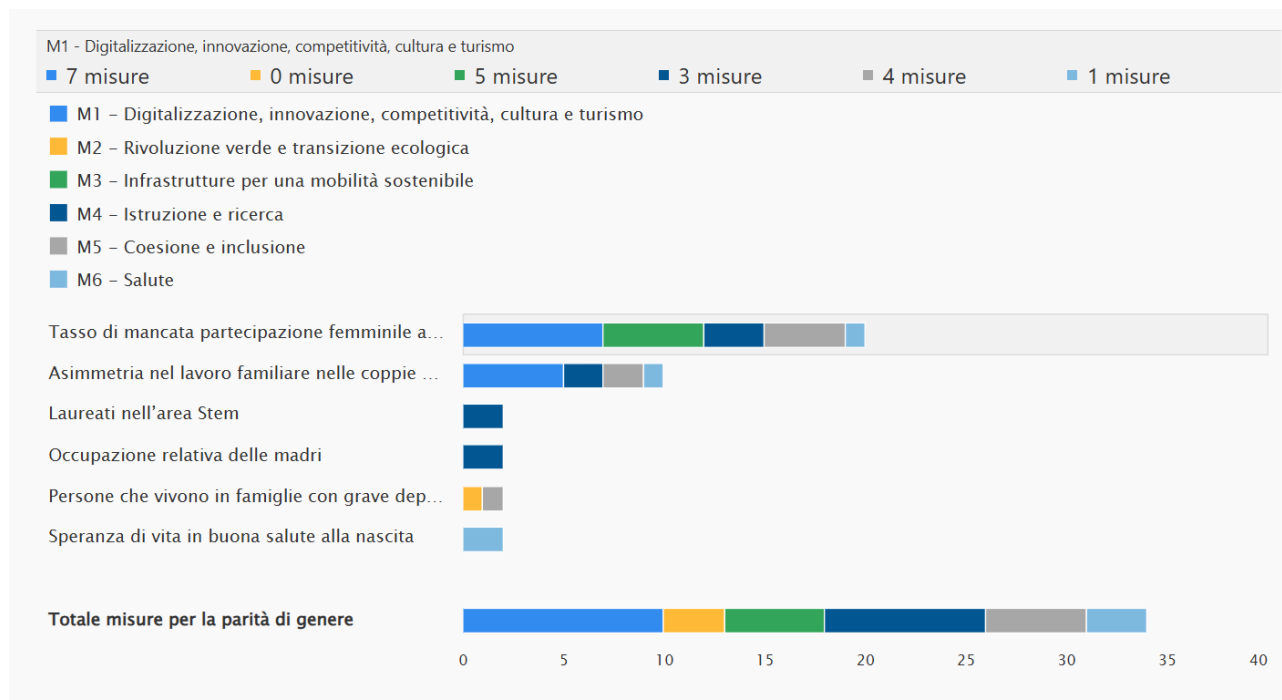
⁵³⁷ Meola F. *Detenzione e questioni di genere: a proposito della condizione carceraria femminile*, op. cit., p.129.

⁵³⁸ Lorenzetti A., *PNRR e (dis)eguaglianza di genere: la grande illusione?* in *La Magistratura*, 12 agosto 2022, <https://lamagistratura.it/>.

⁵³⁹ Lorenzetti A., *PNRR e (dis)eguaglianza di genere: la grande illusione?*, op. cit., p.68.

gli altri indicatori – “laureati nell’area Stem”, “occupazione relativa delle madri”, “persone che vivono in famiglie con grave deprivazione abitativa”, “speranza di vita in buona salute alla nascita” – sono indirizzate 2 misure ciascuno. A ciò si aggiunga come soltanto «l’1,6% delle risorse del PNRR sia stato orientato su interventi rivolti alle donne (in particolare nelle missioni 4 e 5) e il 18,5% su interventi con un effetto solo indiretto sulla riduzione dei divari a sfavore delle donne»⁵⁴⁰.

Numero di misure del Pnrr per la parità di genere, divise per missione e per indicatore di valutazione



541

È indubbio che la crisi pandemica abbia posto in essere riflessioni in ordine alle differenze di genere nel dominio della salute, ponendosi l’interrogativo di come immaginare percorsi differenziati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. La Missione 6 in tema “Salute” ha dunque l’obiettivo di contribuire al miglioramento della salute di tutti con un riferimento specifico alla donne⁵⁴². Finanziata da 15,6 miliardi di euro, vede per il 60% dei finanziamenti le Regioni e le ASL quali soggetti attuatori nell’espletamento di progetti di assistenza territoriale e sviluppo della telemedicina, l’ammodernamento e la digitalizzazione delle strutture sanitarie. È articolata in due componenti: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale i cui interventi

⁵⁴⁰ Lorenzetti A., *PNRR e (dis)eguaglianza di genere: la grande illusione?*, op. cit., p.74.

⁵⁴¹ Elaborazione openpolis su dati governo, ultimo aggiornamento: venerdì 9 Luglio 2021, *Le misure del Pnrr che potrebbero favorire la parità di genere*, <https://www.openpolis.it/>.

⁵⁴² Vedi anche *Le diseguaglianze di genere in Italia e il potenziale contributo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per ridurle*, Ministero dell’Economia e delle Finanze, Ragioneria generale dello Stato, www.rgs.mef.gov.it.

«intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari»; Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di «consentire il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi»⁵⁴³. In particolare, in merito alla prima delle due componenti, il Piano specifica come «tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi che, secondo un approccio di medicina di genere, dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere»⁵⁴⁴, riconoscendo come «il rafforzamento dei servizi di prossimità e di supporto all'assistenza domiciliare contribuisce a ridurre l'onere delle attività di cura, fornite in famiglia prevalentemente dalle donne»⁵⁴⁵.

Resta tuttavia aperta la questione dell'effettiva inclusione del sistema penitenziario in tali misure. Il problema principale consiste nel perdurare, in ambito carcerario, di una gestione della salute fondata prevalentemente su supporti documentali cartacei: non esistono cartelle cliniche elettroniche né un sistema strutturato di raccolta e analisi digitale dei dati sanitari. Di conseguenza, le misure e i finanziamenti promossi dal PNRR risultano del tutto incapaci di considerare un'ampia categoria di donne con bisogni di salute specifici, verso le quali i già pochi investimenti in termini di salute e medicina di genere faticano a produrre effetti concreti. A ciò si aggiunga l'annosa questione del divario territoriale, già presente nella sanità "libera" quale elemento critico, che diviene ancor più marcato nel contesto intramurario. In questo ambito, infatti, la regionalizzazione del sistema sanitario produce effetti particolarmente incisivi sulla garanzia e sull'effettività del diritto *de quo*, generando disegualianze strutturali tra diverse aree geografiche e istituti penitenziari e aggravando la condizione delle donne detenute⁵⁴⁶. Inverare il principio di uguaglianza in materia di diritto alla salute, implica l'attuazione del principio di giustizia distributiva, dunque, non già una mera allocazione uniforme delle risorse, fondata sull'assunto di situazioni di omogeneità dei bisogni, bensì su un'attenta considerazione delle diversità dei bisogni sanitari della popolazione, che risentono dei divari economici e sociali esistenti. In merito, può osservarsi come siano le stesse Missioni 5, dedicata

⁵⁴³ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, <https://www.governo.it>.

⁵⁴⁴ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, p. 225, <https://www.governo.it>.

⁵⁴⁵ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, pp. 35-36, <https://www.governo.it>.

⁵⁴⁶ Sul punto si veda Levorato C., *Salute e PNRR: un'altra occasione persa per gli enti locali*, in Costa P., Pizzolato F., Scalone A., (a cura di) *L'autonomia locale e le dimensioni dell'eteronomia*, pp.199-212.

a “inclusione e coesione”, e la Missione 6, “salute”, a dover essere lette in chiave integrata, come due ambiti di intervento strettamente interdipendenti, che potenzialmente agiscono sulle diseguaglianze e sulle condizioni di marginalità⁵⁴⁷.

Se da un alto, pertanto, il Piano si assume positivamente la responsabilità «del nominare il quadro di disparità»⁵⁴⁸, assumendo una lettura *gender oriented* trasversale a tutte le missioni e individuando strumenti specifici per il superamento delle diseguaglianze, dall’altro non mancano alcuni profili critici. In *primis*, la scelta di un approccio efficientista ed economicista, che concentra gli interventi, sull’incremento dell’*empowerment* femminile nel mercato del lavoro, finisce per riprodurre un immaginario del femminile ancorato alla sua vocazione domestica familiare e al suo inserimento professionale nei servizi di cura «sia come dato di fatto, sia come proiezione futura verso cui tendere per accrescere l’occupazione femminile, con un approccio che tende a riproporre la dicotomia pubblico/privato»⁵⁴⁹. La valorizzazione del lavoro e delle competenze femminili quale elemento di incremento del PIL se da un lato rappresenta un mezzo di promozione della coesione sociale, dall’altro incentra gli interventi più su un piano di obiettivo finanziario ed economico⁵⁵⁰. Merita, inoltre, rilievo critico la limitata attenzione riservata al pluralismo e l’assenza di una prospettiva intersezionale, dal momento che il Piano tende a considerare le donne come categoria unitaria, mostrando scarsa consapevolezza della diversa collocazione economica e sociale delle donne all’interno della società (si pensi a tutte quelle condizioni di fragilità che intrecciano il genere come la disabilità, la condizione di donna migrante, l’appartenenza ad etnie o religioni marginalizzate, l’esperienza di detenzione). Inoltre, in materia di interventi sul piano penitenziario il PNRR prevede esclusivamente azioni in ambito di edilizia penitenziaria con la previsione di un ammodernamento e la costruzione delle strutture detentive – per la precisione, i fondi europei destinati al sistema penitenziario sono in totale 132,9 milioni di euro, utilizzabili dal 2022 al 2026 per la «costruzione e il miglioramento di padiglioni e spazi per le strutture»⁵⁵¹. Tali prospettive risultano, pertanto, ancora lontane da una piena presa in carico delle condizioni di vulnerabilità e dei bisogni di salute delle donne in detenzione, nonché dall’effettiva realizzazione del principio personalista e solidarista sancito della Costituzione. Quest’ultimo implica la capacità «di “prendere in carico”, ossia ad individuare e curare la persona fragile, quella che, per la frammentazione dei servizi, l’eccesso di

⁵⁴⁷ Razzano G., *Equità e integrazione: due principi chiave per un nuovo piano sanitario nazionale. Oltre la “missione salute” del PNRR*, in Rivista Associazione Italiana dei Costituzionalisti, n. 2/2024, <https://www.rivistaaic.it/>.

⁵⁴⁸ Lorenzetti A., *PNRR e (dis)eguaglianza di genere: la grande illusione?*, op. cit., 73.

⁵⁴⁹ Lorenzetti A., *PNRR e (dis)eguaglianza di genere: la grande illusione?*, op. cit., 74.

⁵⁵⁰ Lorenzetti A., *PNRR e (dis)eguaglianza di genere: la grande illusione?*, op. cit., 73.

⁵⁵¹ Meola F., *Detenzione e questioni di genere: a proposito della condizione carceraria femminile*, op. cit., nota 168.

burocrazia, l'analfabetismo digitale, la solitudine o la povertà economica *non può, non sa o non riesce* ad accedere ai servizi, perché mancano o perché sono male organizzati»⁵⁵².

5. Programmi *gender oriented*

In queste brevi note conclusive, pur senza la pretesa di risolvere i molteplici nodi teorici e pratici emersi nella trattazione, si propone di offrire alcuni esempi concreti di programmi e interventi *gender oriented*. La decisione di presentare alcuni programmi di intervento spagnoli rappresenta l'esito dell'esperienza di ricerca condotta all'estero durante il secondo anno di dottorato, presso l'Universidad Rey Juan Carlos di Madrid, nonché dell'opportunità di confrontarsi direttamente con i materiali e i documenti forniti dall'Instituto de la Mujer.

In particolare, i programmi qui di seguito illustrati, rappresentano un modello virtuoso di inveroamento del principio costituzionale di uguaglianza e di non discriminazione all'interno di un ambito – quello del penitenziario femminile – tradizionalmente marginale e scarsamente indagato. La condizione detentiva delle donne, infatti, è stata a lungo caratterizzata da una duplice invisibilità: da un lato, sul piano teorico, per la carenza di studi specificamente dedicati alla dimensione di genere della pena; dall'altro, su quello operativo, per la limitata presenza di politiche e investimenti. A partire dalla consapevolezza di questi *bias*, le istituzioni spagnole si sono fatte promotrici di un percorso di rinnovamento che si è tradotto in programmi di intervento mirati, capaci di integrare l'analisi teorica con la costruzione di strumenti di risposta integrata. In tale prospettiva, è parso di particolare interesse valorizzare la cornice istituzionale alla base, fondata sulla cooperazione tra diversi enti – amministrazioni centrali, enti territoriali e realtà del terzo settore – secondo un modello di governance che inverte il principio di sussidiarietà verticale e orizzontale *ex artt.* 117 e 118 cost. Ma non solo. Tali strumenti di intervento divengono mezzo effettivo di attuazione dei principi costituzionali, traducendo il dettato dell'uguaglianza, *ex art.* 3 comma 2, quale espressione del dovere dello Stato di rimuovere gli ostacoli che, «limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona», in prassi capaci di ridurre le disuguaglianze e le discriminazioni di genere. Ciò che rileva è una lettura dell'uguaglianza non intesa unicamente come parità di trattamento – secondo una «prospettiva meramente assimilazionistica del “femminile” entro costruzioni normative e istituti definiti da un orizzonte di esperienza esclusivamente “maschile”»⁵⁵³, per come già illustrato precedentemente – delle strategie di intervento e di risposta ai bisogni, quanto piuttosto una valorizzazione delle differenze come costitutive il soggetto sessuato che attraversa e vive la

⁵⁵² Razzano G., *Equità e integrazione: due principi chiave per un nuovo piano sanitario nazionale. Oltre la “missione salute” del PNRR*, op. cit., p.51.

⁵⁵³ Pezzini B., *Costituzione italiana e uguaglianza dei sessi. Il principio antisubordinazione di genere*, op.cit., p.13.

condizione detentiva. In questo senso, infatti, la sola logica antidiscriminatoria sottesa alla mera equivalenza tra uomini e donne avrebbe un effetto uniformante dei diritti e «moltiplicatore neutro di trattamenti»⁵⁵⁴ al prezzo di trascurare la sostanziale specificità che connota l'intera esperienza carceraria e criminale delle donne autrici di reato.

Essi si collocano, inoltre, in un più ampio contesto di interesse e intervento istituzionale, nel quale la detenzione femminile non viene intesa come questione prettamente individuale, quanto piuttosto, oggetto di attenzione collettiva, in linea con le politiche pubbliche finalizzate alla promozione della parità di genere. L'attenzione rivolta alla condizione femminile in ambito penitenziario si configura, pertanto, non solo come risposta a specifiche esigenze di tutela ma anche quale espressione di una volontà politica volta a promuovere un nuovo immaginario del femminile, anche e soprattutto di quel femminile marginalizzato. In tale prospettiva, non può essere trascurato come, negli ultimi anni, la Spagna si sia fatta promotrice di politiche *gender sensitive* su molteplici fronti, implementando un approccio integrato che combina interventi di natura legislativa e iniziative di carattere sociale, in un'ottica di trasformazione strutturale volta a garantire la piena effettività del principio di uguaglianza e la rimozione delle discriminazioni di genere⁵⁵⁵.

→ *Programa de Intervención con mujeres privada de libertad. Guía para Profesionales*, Ministerio del Interior. Spagna⁵⁵⁶, 2007.

Il progetto muove dalla consapevolezza della pregressa esperienza di violenza che le donne detenute annoverano nella loro vita. Diversi studi, infatti, indicano che l'88,4% delle donne detenute ha subito qualche forma di violenza: la violenza sessuale ha colpito il 68% (all'interno di questa, il 41% era avvenuto sistematicamente, il 59% in ambiente familiare e il 25% ha subito abusi quando era minorenne); il 74% ha subito violenza fisica (di questi, l'80,4% delle donne in carcere ha subito maltrattamenti o situazioni oggettive di violenza nella sfera domestica, a fronte di una del 12,4% nella popolazione libera). Tali esperienze traumatiche influenzano direttamente la storia criminale e comportano sequele fisiche e psicologiche tra cui disturbi da stress post-traumatico (PTSD), disturbi del sonno, irritabilità, tossicodipendenza, depressione e comportamenti autolesivi.

⁵⁵⁴ Olivito E., "Non è uguaglianza quella che fa dell'uomo la mia misura", in Azzariti, Gaetano (a cura di), *Uguaglianza o differenza di genere? Prospettive a confronto*. Atti del Seminario di Roma, 26 novembre 2021, p.100.

⁵⁵⁵ Si citano come esempi la Ley Orgánica 1/2004 *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*; Ley Orgánica 3/2007 *para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*; la ley Orgánica 10/2022 *de garantía integral de la libertad sexual*; la Ley Orgánica 1/2023 in materia di *salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*; Ley 4/2023, *para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI*.

⁵⁵⁶ Consultabile sul sito del Instituto de la Mujer, <https://www.inmujeres.gob.es/elInstituto/conocenos/home.htm>.

In risposta a questa realtà, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, in linea con l'azione del Governo e le raccomandazioni nazionali e internazionali, ha impegnato tra i suoi obiettivi la promozione delle pari opportunità, motivo per cui alla Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria è stata affidata la preparazione e la promozione del *Programa de acciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en el ámbito Penitenciario*, approvato nel novembre 2008 con la collaborazione del *Instituto de la Mujer*. È da considerare come l'intervento penitenziario rivolto agli autori di violenza si era già progressivamente consolidato nell'ordinamento spagnolo sin dall'avvio dei primi programmi nel 2001, potendo contare su gruppi consolidati di professionisti costantemente aggiornati e formati.

Nel giugno 2009 è stata istituita una Commissione Tecnica (*Observatorio del Plan de Acciones para la Igualdad*), composta da più di 25 professionisti e specialisti provenienti da diversi settori - giudiziario, accademico, reti sociali, ecc. - con l'obiettivo di garantire un supporto di conoscenze specialistiche su tematiche eterogenee quali l'uguaglianza, la famiglia, l'infanzia, la violenza di genere. La Commissione ha il compito di promuovere, riesaminare e valutare periodicamente l'impatto del programma. Tra le linee strategiche più rilevanti figurano i piani volti a promuovere l'eradicazione della violenza di genere e alleviarne le conseguenze, riducendo la vulnerabilità delle donne detenute, in generale, a subire situazioni di violenza e/o dipendenza. Per l'elaborazione del programma è stato, pertanto, costituito un gruppo interdisciplinare di esperti (psicologi, giuristi, sociologi, operatori sanitari, ecc.), comprendente professionisti ed esterni all'ambiente carcerario, provenienti da ambiti accademici, istituzionali e associativi. Il team ha lavorato per oltre sei mesi, analizzando la documentazione preesistente, la letteratura scientifica e le esperienze di buone pratiche; questo è stato effettuato in una ventina di carceri e costituisce l'antecedente diretto di quello che viene ora presentato. L'iniziativa ha incluso anche seminari di formazione e sensibilizzazione, volti a supportare i professionisti nella gestione delle complessità legate all'intervento con le donne detenute.

Il documento elaborato è, dunque, strutturato a partire da un quadro concettuale completo di basi teoriche che sorreggono le sette Unità di Intervento pratico: costruzione delle identità di genere, autostima, sessualità, relazioni di coppia e miti dell'amore romantico, violenza di genere, competenze sociali e prevenzione e risorse. Attraverso di essi, e con i materiali che compongono le 48 sessioni di trattamento di gruppo che sono state progettate, si è realizzata una guida per lo sviluppo di questo nuovo programma specifico di intervento carcerario. Il programma è pensato per essere sviluppato attraverso interventi di gruppo come regola generale, integrati con sessioni individuali in casi specifici. La premessa di base, da parte dei professionisti, è quella di garantire riservatezza e sicurezza

durante tutto il processo, dal momento in cui i destinatari vengono selezionati fino alla fine del programma. Ad eccezione delle carceri esclusivamente femminili, la maggior parte degli istituti penitenziari, in cui si sviluppa il programma, sono misti, cioè con sezioni maschili e femminili, il che significa che a volte la coppia può anche scontare una pena nello stesso centro, con il potenziale rischio che l'abusante venga a conoscenza della partecipazione al programma. Inoltre, uno degli obiettivi del progetto consiste nel superare gli effetti derivanti dalle esperienze di violenza di genere; a tal fine, risulta necessario garantire la tutela della privacy e della riservatezza per le donne che scelgono di non rendere pubblica la propria partecipazione. È necessario poi tenere conto delle convinzioni che gli stessi partecipanti possono avere riguardo ai contenuti del programma, del livello di ansia che può coinvolgerli nell'affrontare e rivivere determinate situazioni, della capacità di ciascuno di loro di affrontare le difficoltà derivanti dall'intera realtà penale e carceraria, delle conseguenze psicologiche della detenzione, soprattutto nei casi in cui sono le donne a portare il peso dei fardelli familiari e dei loro figli. La struttura del manuale è stata sviluppata in modo tale da facilitare prima la revisione teorica dei concetti e dei contenuti più importanti a cui si riferisce la violenza di genere, per poi dare il via allo sviluppo di ciascuna delle sessioni di cui ogni unità è composta.

→ *Guía práctica para la intervención grupal con mujeres privadas de libertad. Programa de Intervención en Salud desde un Enfoque de Género*, Instituto de la Mujer Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2007, Madrid⁵⁵⁷.

Nel 1996 è stato avviato il *Programa de Intervención en Salud desde un Enfoque de Género con Mujeres Privadas de Libertad* promosso dall' *Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* e, attualmente, dalla *Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior*. Questo programma rientra nella strategia di integrazione di genere che facilita l'incorporazione della prospettiva di genere nella progettazione, attuazione e valutazione dei progetti, in modo che le donne private della libertà raggiungano un maggiore benessere sanitario. In termini generali, il programma mira a promuovere, in un'ottica di genere, la cura di sé delle donne detenute e a promuoverne l'autostima e lo sviluppo personale, formando i professionisti che vi collaborano per svolgere questo compito. In questo senso, la guida è anche il prodotto delle riflessioni e dei contributi di coloro che hanno partecipato al progetto. Il testo include sia i contenuti teorici di base e le dinamiche per il lavoro con le donne, sia il quadro di riferimento per lo sviluppo del programma,

⁵⁵⁷ Consultabile sul sito del Instituto de la Mujer, <https://www.inmujeres.gob.es/elInstituto/conocenos/home.htm>.

specificando obiettivi e attività strategiche e strumentali, definiti in base alle esigenze e alle difficoltà incontrate per ciascuno dei livelli.

Lo scopo di questa Guida è quello di fornire uno strumento per aiutare nella progettazione e nell'attuazione dei workshop per i professionisti che lavorano negli istituti di pena. La Guida si costituisce di una prima parte teorica dedicata agli aspetti generali della popolazione femminile detenuta per poi concentrarsi sugli obiettivi, le attività e il quadro concettuale utilizzato nel programma. I temi dei workshop tenuti dai professionisti si concentrano su alcuni punti: l'autostima in un'ottica di genere; la prevenzione della violenza contro le donne; la salute sessuale. Di ognuno di questi temi viene data un'introduzione generale che fornisca i concetti di base di tipo teorico. Viene, poi, formulata una proposta pratica per progettare il workshop: vengono suggeriti alcuni obiettivi da raggiungere con il gruppo, i concetti essenziali che il gruppo deve apprendere e una serie di tecniche di gestione del gruppo.

I contenuti, in un primo momento, si concentravano prevalentemente sull'educazione sanitaria, mediante l'acquisizione di sane abitudini e la riduzione di pratiche a rischio in relazione alla diffusione di malattie sessualmente trasmissibili come l'HIV/AIDS. Tuttavia, sono stati ampliati, al fine di rispondere agli attuali obiettivi di affrontare, in un'ottica di genere, temi specifici di promozione e prevenzione della salute, autostima, salute sessuale, violenza contro le donne, tossicodipendenza.

Conclusioni

*E portavano fuori anche il dolore di tornare fuori dopo qualche ora,
lasciando delle persone chiuse in gabbia.
E poi portavano dentro il desiderio di capire, la sensazione del tempo che va via veloce,
messaggi d'amore, alcuni rumori, dei libri, domande, alcune risposte, un piano da condividere, gatti⁵⁵⁸.*

Le riflessioni che si intendono tracciare a conclusione di questo lavoro di ricerca non forniscono risposte certe e chiare su un tema che appare complesso e di difficile risoluzione; si intende, piuttosto, lasciare delle domande aperte che possano stimolare trattazioni future. Nel momento in cui si scrive la situazione politica nazionale e globale agisce fortemente influenzando le riflessioni e rendendo ancor più arduo provare a immaginare scenari alternativi. In particolare, l'aumento dei casi di femminicidi e di violenze di genere in tutte le sue forme – si pensi al caso Gisèle Pelicot in Francia, ai diversi siti internet di diffusione non consensuale di immagini intime di donne come il gruppo “Phica” e “Mia moglie”, agli innumerevoli casi di cronaca di femminicidi più o meno efferati, al genocidio in Palestina e all’attacco in particolare sui corpi femminili come corpi riproduttivi, alle risposte punitive e carcerarie dei governi occidentali sulle manifestazioni di dissenso – interrogano profondamente il senso della giustizia e degli strumenti punitivi di cui essa si avvale, il senso della pena e del carcere come deterrenti di queste condotte violente, il principio rieducativo della pena *ex art. 27 cost.* Ed è da questo punto di osservazione situato che si cerca di analizzare il contesto carcerario: la sua declinazione al femminile, il significato e il ruolo della carcerazione, gli strumenti e le politiche messe in atto così come le nuove tecnologie che potrebbero interessarlo.

Le riflessioni attorno la finalità della pena interrogano gli studi di diritto penale, penitenziario e costituzionale, proprio a partire dalla constatazione delle condizioni trattamentali insostenibili dei detenuti nonché dell’incidenza statistica della recidiva, sviluppandosi secondo diverse direttrici di pensiero. A partire dall’esame dei lavori dell’Assemblea Costituente prende forma il dibattito in merito alla stesura dell’art. 27 comma 3 sulla diversa concezione della pena secondo due principali scuole di pensiero: da un lato la c.d. scuola classica, secondo cui la sanzione penale è intesa come corrispettivo del male commesso (pena-retributiva), dall’altro la c.d. scuola positiva, in cui la pena è finalizzata a favorire la rieducazione o la risocializzazione del reo (pena-preventiva). Ampio consenso, invece, trovò la prima parte di quello che sarebbe divenuto poi il terzo comma dell’art. 27, ovvero che «le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità»⁵⁵⁹. Accanto alla finalità rieducativa, pertanto, la pena deve avere una natura umanitaria; tali principi , operano

⁵⁵⁸ De Rocco G., *Aboliamo il carcere. Immaginare un futuro senza prigionieri*, Eris, Torino, 2025, p.21.

⁵⁵⁹ Per un approfondimento sul tema si rimanda a Ruotolo M., *Dignità e carcere*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2011, pp. 54 ss.

all'interno di «un contesto unitario, non dissociabile» poiché, come affermato dalla Corte costituzionale, «un trattamento penale ispirato a criteri di umanità è necessario presupposto per un'azione rieducativa del condannato»⁵⁶⁰. La Corte ha pertanto ribadito il contesto «unitario, non dissociabile»⁵⁶¹ tra il principio umanitario e il paradigma rieducativo, evidenziando come i due profili siano «logicamente in funzione l'uno dell'altro»⁵⁶²: «un trattamento penale ispirato a criteri di umanità è necessario presupposto per un'azione rieducativa del condannato; dall'altro è appunto in un'azione rieducativa che deve risolversi un trattamento umano e civile, se non si riduca a una inerte e passiva indulgenza»⁵⁶³. Se tali principi venissero meno, si correrebbe il rischio di strumentalizzazione dell'individuo per perseguire finalità generali di politica criminale (prevenzione generale) o di anteporre la soddisfazione di interessi collettivi di stabilità e sicurezza (difesa sociale), a scapito del singolo⁵⁶⁴. Il principio di umanizzazione della pena, *ex art. 27 comma 3 cost.*, si completa dunque con il principio del rispetto della personalità, della dignità del condannato, in una lettura unitaria con gli artt. 2 e 3 della Costituzione, che «concepisce “l'eguaglianza come condizione della libertà”. Si è detto che “nell'eguale libertà è l'inveramento della dignità umana”, non essendo quest'ultima “concepibile ... se non implica, comprende, sancisce libertà e eguaglianza”: “ i tre denotati di questi termini non sono separabili, sono connessi, intimamente e condizionati l'un l'altro”»⁵⁶⁵. E, tuttavia il carcere, in quanto istituzione totale, mette in dubbio la dignità «forse non solo la dignità dell'uomo (concreto) ma anche la dignità dell'umanità (astratta)»⁵⁶⁶; sembra così emergere una possibile tensione intrinseca tra l'istituto carcerario e la tutela della dignità umana, nonché alcune perplessità circa l'efficacia del carcere nei suoi intenti e obiettivi risocializzanti⁵⁶⁷.

Il dibattito sul sistema carcerario è, altresì, sempre più presente nel movimento femminista per diversi motivi, tra gli altri perché il carcere è uno spazio in cui i diritti umani vengono sistematicamente violati, in cui l'umanità e la dignità delle persone risultano significativamente compromesse; perché riproduce e rafforza i rapporti di potere tra le persone, in quanto riflesso di una struttura sociale

⁵⁶⁰ Corte cost., Sent., (data ud. 09/10/2013) 22/11/2013, n. 279 ma in precedenza anche sentenze Corte cost., Sent., (data ud. 04/02/1966) 12/02/1966, n. 12 e Corte cost., Sent., (data ud. 26/11/1997) 05/12/1997, n. 376.

⁵⁶¹ Corte cost., Sent., (data ud. 09/10/2013) 22/11/2013, n. 279.

⁵⁶² Corte cost., Sent., (data ud. 09/10/2013) 22/11/2013, n. 279.

⁵⁶³ Corte cost., Sent., (data ud. 04/02/1966) 12/02/1966, n. 12.

⁵⁶⁴ Corte cost., Sent., (data ud. 26/06/1990) 02/07/1990, n. 313.

⁵⁶⁵ Ruotolo M., *Dignità e carcere*, p.36.

⁵⁶⁶ Ruotolo M., *Dignità e carcere*, p.15.

⁵⁶⁷ «La dignità sembra l'argomento finale, decisivo, in tutte le questioni controverse in cui la posta in gioco è l'immagine che l'essere umano ha della propria natura. Sappiamo che non si tratta dell'argomento incontrovertibile che mette a tacere il contrasto nelle questioni etiche e giuridiche decisive, perché numerose sono le concezioni di questi concetti. Ma, quali che siano queste concezioni, il carcere le contraddice tutte», Zagrebelsky G., *Postfazione*, in Anastasia S., Calderone V., Manconi L. (a cura di), *Abolire il carcere. Una ragionevole proposta per la sicurezza dei cittadini*, Chiarelettere, Milano, 2015, p.112.

Conclusioni

violenta; e perché è una "scuola" di machismo e di mascolinità egemonica e aggressiva⁵⁶⁸. L'isolamento, infatti, «può generare angoscia e rabbia, può esacerbare dei comportamenti antisociali; l'isolamento non genera riflessione o consapevolezza, non cambia, non trasforma non educa»⁵⁶⁹.

All'interno del movimento femminista, tuttavia, sono diversi i posizionamenti in merito alla questione carceraria e alla gestione della risposta punitiva. Françoise Vergès definisce il femminismo carcerario «quella ideologia che, fondandosi sulle nozioni di pericolosità e sicurezza, si batte affinché i tribunali giudichino più severamente e con pene detentive più lunghe, o per un aumento delle misure di sorveglianza e controllo»⁵⁷⁰. Per Laura Macaya-Andrès⁵⁷¹ il femminismo punitivo viene calato dall'alto sulla comunità, elimina la possibilità di mettere in crisi il modo in cui la società è fondata, e si concentra solo di due attori, che rispondono a due ruoli prestabili: vittima e carnefice. Il femminismo mainstream, che spesso coincide con il femminismo carcerario, agisce esattamente come fa la società neoliberale, isolando, incrementando la sensazione di solitudine, di sradicamento con la conseguenza di aumentare i rischi e non diminuirli, rivelando «la inquebrantable fe en la cárcel como solución a la violencia sexual y en el castigo como la mejor manera de proteger a las mujeres»⁵⁷². Il femminismo carcerario si allinea a questa gestione della sicurezza della povertà per ottenere leggi punitive e conservatrici, riconoscendo nel sistema penale l'unica forma di protezione delle donne e dimenticando lo storico dominio dello stesso sui corpi femminili⁵⁷³. Secondo diversi studi questo movimento emerge nel momento di collasso del *Welfare State* «come nuova strategia sociale per regolare gli Altri di diversa razza e classe, sia come parte di una strategia *neoliberista di genere* che dà sicurezza alla famiglia e dà il primato morale al matrimonio»⁵⁷⁴. I soggetti catalogati come disadattati o non reinseribili, non aderenti e utilizzabili dal modello economico sociale dominante costituiscono quella fascia di popolazione "pericolosa", "rischiosa" o "sospetta" per la società, da qui la necessità di uno Stato che garantisca la sicurezza quotidiana⁵⁷⁵; in questo senso il *governo neoliberista dell'insicurezza sociale* e il *governo attraverso il crimine* si alimentano e si sostengono

⁵⁶⁸ *La justicia feminista a debate algunos apuntes*, Grupo de Género del Foro Social Permanente y Seminario de Justicia Feminista, Bilbao, 01/06/2019, <http://forosoziala.eus/>.

⁵⁶⁹ Palomba, G. *La trama alternativa. Sogni e pratiche di giustizia trasformativa contro la violenza di genere*, Minimum Fax, Roma, 2023.

⁵⁷⁰ Vergès F., *Una teoria femminista della violenza. Per una politica antirazzista della protezione*, Ombre corte, Bologna, 2021.

⁵⁷¹ Laura Macaya-Andrès è educatrice sociale e militante anarco-femminista, esperta di violenza di genere e ricercatrice di prospettive femministe anti-punitive. È autrice del protocollo "No callamos" contro le aggressioni sessuali e le molestie negli spazi privati della vita notturna del Comune di Barcellona e fino al 2021 ha diretto un rifugio per vittime di violenza di genere.

⁵⁷² Alabao N., *La inquebrantable fe en la prision del feminismo "mainstream"*, CTXT, 18 novembre 2022, <https://ctxt.es/>.

⁵⁷³ *Ibidem*.

⁵⁷⁴ Bernstein E., *¿Las políticas carcelarias representan la justicia de género? La trata de mujeres y los circuitos neoliberales del crimen, el sexo y los derechos*, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, 2014, <https://www.elsevier.es/es>.

⁵⁷⁵ Núñez L., *El género en la ley penal: crítica feminista de la ilusión punitiva*, Universidad Nacional Autónoma de México, LIBRUNAM, 2021.

uno con l'altro⁵⁷⁶. Tale operazione spinge la collettività a fare appello alla giustizia carceraria, a pene più severe, oscurando ogni possibilità di riflessione su nuove forme di giustizia alternativa⁵⁷⁷.

In merito a ciò, risulta interessante chiedersi poiché il senso di sicurezza comune sia nutrito dalla necessità della violenza, delle armi e dell'esclusione e se esistano strumenti alternativi al carcere che permettano di rispondere a questo bisogno⁵⁷⁸. In questo contesto il soggetto vittima, di cui le donne sono il principale identificatore, emerge come nuovo protagonista del diritto penale, inteso «un individuo libre con total asunción de responsabilidades que se pretenden guiadas por una racionalidad utilitarista»⁵⁷⁹, in linea con la visione neoliberale; tale costruzione comporta una interpretazione della sicurezza come riduzione del rischio di essere vittima di reato, legittimando così l'intervento punitivo dello Stato. Pitch riconosce nel paradigma vittimario neoliberale un processo di sostituzione del campo prima occupato dalla condizione di oppressione, dimensione collettiva e che attiva dinamiche di risposta sociale; tale processo attraversa tutte le forme del penale alimentando derive penal-populistiche, in cui la divisione non si configura più esclusivamente lungo le tradizionali linee di disparità economica e di classe o di rapporti di sfruttamento, oppressione e dominio, bensì si articola in categorie moralmente polarizzate, ossia «tra buoni e cattivi, tra potenziali vittime e potenziali predatori»⁵⁸⁰, occultando, in particolare, i fattori strutturali e materiali che sostengono la violenza di genere: «le dicotomie onesti-malfattori, élite corrotte – popolo ingannato, criminali-vittime, perbene-permale hanno finito così per sostituire oppressori-oppressi, sfruttatori-sfruttati, in linea perfetta con il processo di appiattimento e depoliticizzazione dei conflitti inaugurato dalla razionalità neoliberale»⁵⁸¹.

Le riflessioni in merito al paradigma vittimario di cui poc'anzi, nonché alla risposta collettiva alla violenza di genere, rivestono un ruolo cruciale nell'analisi della detenzione femminile dal momento che, come si è visto, le donne recluse presentano molto spesso un vissuto pregresso di violenza di genere, il quale caratterizza sia l'ingresso nel circuito penitenziario sia la genesi e la commissione dei reati. E, tuttavia, la risposta del femminismo punitivo, finisce per ridurre il fenomeno della violenza alla sola dimensione del penale. Nondimeno «nel tempo il termine violenza ha finito per descrivere

⁵⁷⁶ Come teorizzato da Jonathan Simon, accademico americano e professore di Criminal Justice Law.

⁵⁷⁷ Sul punto pare, poi, necessario distinguere una giustizia riparativa che «non convoca le riflessioni sui sistemi di oppressione che producono le risoluzioni violente o l'accesso alle condotte considerate devianti» dalla giustizia trasformativa femminista nella quale «i fatti-violazioni (secondo chi subisce) inaugurano processi di cura, non di esclusione», in De Rocco G., *Aboliamo il carcere. Immaginare un futuro senza prigionieri*, Eris, Torino, 2025, p.25.

⁵⁷⁸ Riflessioni in tal senso si trovano in De Rocco G., *Aboliamo il carcere*, op.cit.

⁵⁷⁹ «Un individuo libero con totale assunzione di responsabilità che devono essere guidate da una razionalità utilitaristica», Núñez L., *El género en la ley penal: crítica feminista de la ilusión punitiva*, op. cit., p.75.

⁵⁸⁰ Verdolini V., *Recensione a T. Pitch, Il malinteso della vittima. Una lettura femminista della cultura punitiva*, in *Rassegna Italiana di Sociologia*, Fascicolo 2/2024, 2022, pp: 435-436.

⁵⁸¹ Pitch T., *Il malinteso della vittima. Una lettura femminista della cultura punitiva*, Gruppo Abele, Torino, 2022, p.30.

Conclusioni

la condizione delle donne in generale, tutte le donne insomma unificando le loro esperienze prescindendo dalle differenze di classe, origine etnica, cittadinanza, età, e contribuendo alla rilegittimazione del sistema di giustizia penale e alla sua odierna centralità nello scenario politico»⁵⁸². Al contrario, invece, «il femminismo anti-carcerario non sta dalla parte degli aggressori, ma vuole evitare altra violenza. E contesta la capacità dello Stato, delle forze dell'ordine, delle istituzioni di proteggere la collettività e tutte le persone allo stesso modo, nella convinzione che la sicurezza individuale sia profondamente connessa alla salute collettiva»⁵⁸³. In questo, il femminismo anti carcerario⁵⁸⁴ teorizza una visione della giustizia trasformativa, in cui l'obiettivo è superare il fattore puramente individualistico sottostante la visione binaria di vittima-donna/carnefice-uomo, che finisce per escludere «la responsabilità delle istituzioni e della comunità»⁵⁸⁵.

Considerazioni analoghe a quelle che attraversano il femminismo anti carcerario hanno interessato, nel tempo, anche la riflessione penalistica, riemergendo ciclicamente ogniqualvolta ci si confronti con le nozioni di sicurezza e di collettività. Ciò che pare, infatti, rilevante è la considerazione del carcere e della detenzione come problema collettivo che si lega necessariamente all'idea di società e di sicurezza della stessa. E in questo senso, l'indurimento dell'intervento repressivo non conduce necessariamente ad un rafforzamento dei sentimenti di sicurezza, quanto piuttosto tende «a rafforzare un circolo vizioso in base a cui quanto più cresce il numero dei denunciati, dei condannati e dei detenuti, tanto più si enfatizza l'immagine del pericolo criminalità, che, in via repressiva, si vorrebbe combattere, e tanto più possono crescere i sentimenti di insicurezza»⁵⁸⁶. Il polimorfismo del concetto di “sicurezza” ha comportato storicamente risposte penali molto diverse tra loro, che, tuttavia, si traducono ad oggi nella nozione di «ordine pubblico ideale»⁵⁸⁷, concretizzato nel «ricorso sempre più marcato a misure di sicurezza o addirittura di prevenzione, l'enfatizzazione del tipo d'autore che lascia in secondo piano il “tipo di fatto”, la contrapposizione tra un diritto penale del cittadino e un diritto penale del nemico, l'introduzione di fattispecie incriminatrici fondate su un'exasperata anticipazione della tutela penale»⁵⁸⁸. Nel ricordare brevemente come la “sicurezza” sia stata storicamente individuata quale elemento fondante il “patto sociale” tra gli individui alla base della

⁵⁸² Pitch T., *Il malinteso della vittima. Una lettura femminista della cultura punitiva*, op.cit., p.57.

⁵⁸³ Palomba G., *La trama alternativa*, op.cit.

⁵⁸⁴ Sulle teorie abolizioniste femministe i riferimenti sono Davis A., Verdolini V., Vergès F., Pitch T., De Rocco G., Palomba G.

⁵⁸⁵ Doda I., *Cosa c'è oltre la rabbia: trauma, giustizia e soggettività femminista*, in *L'Indiscreto*, <https://www.indiscreto.org/> che cita Macaya Andrés.

⁵⁸⁶ Mosconi G., *No prison: l'infondatezza del carcere*, in *Voci di dentro*, 37, 2021, <https://vocididentro.it/>

⁵⁸⁷ Donini M., *Sicurezza e diritto penale. La sicurezza come orizzonte totalizzante del discorso penale*, in *Sicurezza e diritto penale*, a cura di M. Donini, M. Pavarini, Bologna, 2011, p.117.

⁵⁸⁸ Massaro A., *Salute e sicurezza nei luoghi di detenzione: coordinate di un binomio complesso*, in A. Massaro (a cura di), *La tutela della salute nei luoghi di detenzione. Un'indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR*, RomaTre Press, 2017, p.64.

fondazione dello Stato moderno, superamento di una condizione di guerra hobbesiana, ciò che rileva è «la “priorità logica” riconosciuta alla sicurezza [che] la renderebbe anzi il diritto “collettivo” al cui altare sacrificare la tutela dei diritti “individuali”, risolvendo l’eterna dialettica tra libertà e sicurezza nettamente a favore del secondo polo dell’alternativa»⁵⁸⁹, riconoscendo nelle istituzioni penitenziarie «l’ultimo anello»⁵⁹⁰ di una gestione della sicurezza ben lontana dall’idea di *extrema ratio*.

Il passaggio dalla nozione di sicurezza nella sua dimensione *sociale*, ovvero la titolarità e l’effettivo godimento di garanzie e diritti, ad una di immunità personale rispetto al rischio di subire reati⁵⁹¹, segna la graduale affermazione di un “diritto penale massimo”, «che differenzia fra noi e loro, fra i salvati e i sommersi; fra i normali cittadini, destinatari della protezione legale dal crimine, e i criminali da neutralizzare con qualsiasi mezzo»⁵⁹², concentrando nel carcere quei “soggetti pericolosi” di cui disfarsi⁵⁹³. Sul punto, Ruotolo, nel riprendere le riflessioni di Alessandro Baratta, riafferma un necessario passaggio dal modello del “diritto alla sicurezza” ad uno della “sicurezza dei diritti”, quale espressione di una «“politica integrale di protezione e soddisfazione dei diritti umani fondamentali” che vede il diritto penale e gli indirizzi rivolti alla prevenzione dei delitti come elementi non già ad essa sostitutivi ma sussidiari»⁵⁹⁴. Sintetizzando, «in uno Stato costituzionale di diritto, infatti, si va in carcere *perché* si è puniti, non *per essere* puniti»⁵⁹⁵.

Alla luce di tali considerazioni, appare opportuno soffermarsi sul concetto di abolizionismo⁵⁹⁶, nelle sue diverse accezioni teoriche, quale prospettiva che si inserisce nel dibattito critico intorno al senso

⁵⁸⁹ Massaro A., *Salute e sicurezza nei luoghi di detenzione: coordinate di un binomio complesso*, op.cit., p.66.

⁵⁹⁰ Massaro A., *Salute e sicurezza nei luoghi di detenzione: coordinate di un binomio complesso*, op.cit., p.70

⁵⁹¹ Sul punto si veda Pitch T., che ricorda come il termine “sicurezza” «ben presto, si spoglia delle caratteristiche sociali cui questa prima esperienza era strettamente legata, per finire a indicare un territorio urbano ripulito, sterilizzato, sorvegliato», Pitch T., *Il malinteso della vittima. Una lettura femminista della cultura punitiva*, Edizioni GruppoAbele, Torino, 2022, p.16.

Si cita anche Massimo Pavarini che, riprendendo le riflessioni di Pitch, aggiunge: è la crisi dello stato sociale di diritto nel garantire i diritti e le libertà dei cittadini che apre lo spazio alla sicurezza come bene privato. In Pavarini M., *Justice pénal à la carte. L’ultimo “pacchetto sicurezza” [legge 15 luglio 2009 n94]*, Studi e materiali di diritto penale, n2, 2010, p.254.

⁵⁹² Sul punto, Massaro A., *Salute e sicurezza nei luoghi di detenzione: coordinate di un binomio complesso*, op.cit.,p.71. «Si tratta degli stessi “sommersi” che giungono a popolare le carceri, proiettando spesso nell’universo penitenziario le stesse istanze di sicurezza che, congiunte all’assenza di politiche sociali, sono valse a imprimere loro lo stigma di “soggetto pericoloso”: “non può essere un caso se le carceri sono piene di immigrati e tossicodipendenti!”.

⁵⁹³ Sul punto Emilio Santoro rimarca come: «la politica di incarcerazione e repressione penale non viene usata tanto per rispondere allo sviluppo della criminalità, che è rimasta più o meno costante nel periodo in cui si sono affermate le nuove politiche penali,, quanto per far fronte alla destrutturazione sociale provocata dalla ritirata dello Stato assistenziale: stiamo assistendo ad un passaggio dallo Stato sociale allo Stato penale», Santoro E, *Carcere e società liberale*, II edizione, Torino, 2004, p. 117.

⁵⁹⁴ Ruotolo M., *Dignità e carcere*, op. cit., p.125.

⁵⁹⁵ Pugiotto A., *Il volto costituzionale della pena (e i suoi sfregi)*, Associazione Italiana dei Costituzionalisti, 2, 2014, <https://www.rivistaaic.it/>. p. 8.

⁵⁹⁶ Sulle teorie abolizioniste più in generale si rimanda a Anastasia S., Calderone V., Manconi L. (a cura di), *Abolire il carcere. Una ragionevole proposta per la sicurezza dei cittadini*, Chiarelettere, Milano, 2015. La bibliografia sul tema è molto ampia ma si citano sicuramente i lavori di Ferrajoli L., Mosconi G., Pavarini M.

Conclusioni

della pena, alla funzione del carcere e del diritto penale. Il termine abolizionismo ha assunto diversi significati nel tempo, dal rifiuto della pena di morte e dell'uso della tortura per fini di escussione testimoniale teorizzato da Beccaria, all'opposizione sia alla pena dell'ergastolo sia del sequestro manicomiale dei giuristi novecenteschi, fino in epoca contemporaneamente ad indicare l'orientamento della criminologia penitenziaria favorevole a una significativa riduzione dell'impiego della pena detentiva. A partire dagli anni '80 del 1900 in Italia si assiste alla Riforma Basaglia che promuove il cosiddetto abolizionismo istituzionale, finalizzato alla progressiva eliminazione dei manicomi e degli OPG. Infine, nel secondo dopoguerra, numerosi penalisti europei elaborarono il concetto di riduzionismo penale, volto a configurare la pena detentiva quale *extrema ratio*⁵⁹⁷. Nella Dottrina italiana già dal 1985 autori come Baratta, Resta, Ferrajoli e Pavarini hanno evidenziato le rilevanti carenze del diritto penitenziario, nel quale lo Stato esercita la funzione punitiva nei confronti dei consociati con la finalità di tutelare l'egemonia delle classi sociali dominanti. Le riflessioni sul senso della pena intendono mettere in luce la crisi strutturale della punitività carceraria nelle sue stesse finalità: «innanzitutto la funzione punitiva, che pretende che gli errori siano pagati con il castigo della sofferenza imposta, cui si associa il bisogno di vendetta, come ritorsione istintiva e necessaria, contro chi ha trasgredito, arrecando danno agli altri e alla società. Per quanto reso razionale, misurato, prevedibile e irrogato con le garanzie di legge, questo resta il nucleo essenziale dell'afflittività penale, riservato in età premoderna all'arbitrio del sovrano. In terzo luogo la neutralizzazione del "nemico", l'illusione che recludendo, si impedisca al soggetto che ha sbagliato di nuocere ancora alla società, annullandone la pericolosità. Ancora l'emenda, la convinzione che, attraverso la punizione, il reo si redima, meritando di ritornare società civile»⁵⁹⁸. A ciò si aggiunga anche «il controllo della marginalità e del conflitto sociale; la rigidità strutturale di un'istituzione burocratica e disciplinare, fondata sull'autoconservazione e sulla gestione repressiva e depressiva della scarsità e dell'afflizione»⁵⁹⁹.

Pur collocandosi in un orizzonte teorico che appare complesso e di difficile attuazione, il percorso verso l'abolizione, o quantomeno alla radicale riduzione, del carcere si articola attraverso passaggi concretamente individuabili e attuabili: la riaffermazione del diritto penale quale *extrema ratio*, la soppressione della pena dell'ergastolo e una generale riduzione della pena detentiva, in cui il ricorso al carcere deve configurarsi come misura del tutto residuale, nell'ambito della giurisdizione penale

⁵⁹⁷ Baiguera Altieri, A. *Il riduzionismo e l'abolizionismo penitenziario*, in *diritto.it*, 2016, <https://www.diritto.it/>.

⁵⁹⁸ Mosconi G., *No prison: l'infondatezza del carcere*, op. cit.

Sul punto, il carcere «da un lato costruisce il delitto, costruisce il significato sociale, la rappresentazione di ciò che è delitto e dall'altro viola una serie sostanziale di diritti secondo logiche che potremmo definire di carattere delittuoso. Dunque il carcere costruisce il delitto delinquendo», Mosconi G., *Dove il diritto costruisce il crimine*, in *Voci di dentro*, n.53, ANNO XVIII N.53 settembre 2024; tali riflessioni sono riassunte nello slogan "il carcere come scena del delitto".

⁵⁹⁹ *Ibidem*.

Si veda anche Pavarini M., *Pena*, Enciclopedia delle scienze sociali (1996), Treccani.

minima, escludendo in radice l'uso della detenzione preventiva e cautelare. Occorre, inoltre, garantire l'effettività delle misure alternative in corso di esecuzione penale, tutelare i diritti fondamentali dei soggetti *in vinculis* e promuovere un trattamento penitenziario improntato a criteri di umanità. In coerenza con tali principi, va escluso il ricorso alla detenzione per i soggetti minorenni e l'utilizzo delle misure di sicurezza detentive, ovvero gli ex OPG⁶⁰⁰. Tali passaggi si pongono in chiara continuità con quanto affermato dalla Costituzione nella struttura lessicale di "pene" al plurale *ex art. 27* comma 3, contrapponendo la «detenzione» a «qualsiasi altra forma di restrizione della libertà personale» (art. 13, 2° comma), parlando genericamente di punizione e non di incarcerazione (art. 25, 2° comma), ci racconta di una pluralità di soluzioni sanzionatorie possibili⁶⁰¹.

Torna, dunque, la domanda che ha accompagnato le riflessioni di questo lavoro: quale giustizia per le donne? la stessa giustizia che per gli uomini, una giustizia diversa per le donne o la stessa delle donne per gli uomini? Quale il *terzium comparationis* che si intende assumere per stabilire una relazione di uguaglianza? E ancora. A cosa serve il carcere? E, in particolare, a cosa serve il carcere per le donne? Quale rieducazione agisce il carcere per le donne *in vinculis*? Pare necessario provare a collocare le riflessioni su salute e detenzione femminile anche a partire da uno sguardo più ampio sul tema, che tenga conto di come gli strumenti e i programmi finalizzati alle donne detenute agiscano in uno spazio definito e secondo finalità precise.

Già si è detto come il principio di uguaglianza, se privato della lettura dell'antisubordinazione di genere, possa configurarsi come un adeguamento del femminile al maschile e come, in diritto penale, confrontare il tasso di criminalità femminile allo standard maschile rifletta da un lato l'impostazione androcentrica dello stesso e, dall'altro, il conformarsi di donne e uomini ai ruoli di genere assegnati loro. Tale confronto giustifica e rafforza il mantenimento di un determinato *status quo*, fondato sia sul«la distribuzione ineguale dei beni che [sul]la gerarchia dei sessi. Da questa prospettiva di ordine superiore è possibile riconoscere sia i ruoli che i loro "lati d'ombra", le varie definizioni di devianza, come due facce di una medaglia coniate dal patriarcato»⁶⁰². In tal senso, si delinea una connessione strutturale tra potere patriarcale e potere punitivo, entrambi fondati sull'esercizio del dominio mediante la paura, la forza, la violenza, la pena, la criminalizzazione⁶⁰³. Entrambi risultano funzionali all'ordine economico capitalista nel quale le donne, in particolare le donne non bianche e povere,

⁶⁰⁰ Per un approfondimento in tal senso si rimanda a Anastasia S., Calderone V., Manconi L. (a cura di), *Abolire il carcere. Una ragionevole proposta per la sicurezza dei cittadini*, op. cit.

⁶⁰¹ Pugiotto A., *Il volto costituzionale della pena (e i suoi sfregi)*, op.cit., p. 7.

⁶⁰² Smaus G., *Io sono io. Per una criminologia critica femminista*, Castelvecchi, Roma, 2024, p.89.

⁶⁰³ Sul punto Vega Cristina riconosce come la *cultura dello stupro* (in senso lato) permei lo Stato, le istituzioni e l'insieme delle relazioni sociali, normalizzando comportamenti di violenza e disprezzo per i corpi femminilizzati, in Vega C., *Reflexiones sobre impunidad, punitivismo y justicia en los feminismos en movimiento*, in Sin Permiso, 12/01/2019, <https://www.sinpermiso.info/>.

Conclusioni

assumono una posizione subordinata. Contribuiscono, inoltre, allo smantellamento dei legami di solidarietà esaltando una concezione dell'individuo come soggetto isolato e autosufficiente, depotenziando la dimensione collettiva e comunitaria; si presentano come fenomeni “naturalisti” e, dunque, immutabili, rafforzando così la loro legittimazione politica e sociale. Agiscono sui corpi controllandoli, oggettificandoli, marginalizzandoli. In questo quadro, il diritto penale si rivela portatore di una matrice originaria androcentrica e quale scienza elaborata da soggetti maschili e modellata su esperienze, bisogni e prospettive maschili, escludendo sistematicamente altri soggetti e saperi. Di fatti si è detto come la criminologia si sia storicamente basata su teorie di inferiorità biologica della donna e come il carcere abbia agito mantenendo e incrementando le diseguaglianze e la marginalità delle stesse, rafforzando il modello egemonico ed eterocentrico della donna come “buona madre e sposa”, basato sul binarismo sessuale e sull’eternomatività⁶⁰⁴. Proprio per questo, la richiesta di parità e uguaglianza del trattamento carcerario rispetto allo standard maschile ha spesso comportato condizioni più repressive per la componente femminile⁶⁰⁵.

Si può, inoltre, osservare come la logica punitiva del sistema penale, basato sui binomi vittima/carnefice, innocente/colpevole, guardi «solo alla violenza privata, interpersonale, soggettiva, senza guardare al contesto, alle cause, a quelle strutture di potere di cui le istituzioni e i mercati hanno bisogno per sopravvivere»⁶⁰⁶. E questo è tanto più vero ed evidente se si osserva le storie di criminalità femminile, caratterizzate dalla violenza di genere, dalla marginalità sociale, dalla povertà economica. L'analisi dei dati concernenti l'entità delle pene comminate consente di rilevare come le donne risultino, tendenzialmente, destinatarie di condanne inferiori a quelle degli uomini: alla fine del 2021 si registrano complessivamente 1.598 donne condannate, delle quali 355 sottoposte a condanne fino a tre anni di carcere, tra queste, 65 con pena non superiore a un anno. Le detenute condannate all'ergastolo ammontavano a 30, di cui 16 con condanna ostativa e 72 con pene oltre ai vent'anni di reclusione. Se si sposta l'attenzione ai residui di pena ancora da espiare, emerge come la componente femminile della popolazione detenuta tenda a concentrarsi, in misura percentualmente più elevata rispetto a quella maschile, nelle fasce di pena residua inferiori ai quattro anni⁶⁰⁷. Tale configurazione appare sintomatica non solo della maggior incidenza, tra le donne, di condanne brevi ma anche dell'efficacia delle disposizioni normative in materia di misure alternative alla detenzione per madri

⁶⁰⁴ Riflessioni in tal senso si ritrovano anche in, *La justicia feminista a debate algunos apuntes*, Grupo de Género del Foro Social Permanente y Seminario de Justicia Feminista1 Bilbao, 01/06/2019, <http://forosoziala.eus/>.

⁶⁰⁵ Sul tema si rimanda a Restrepo Rodriguez D., Francés Lecumberri P., *Rasgos comunes entre el poder punitivo y el poder patriarcal*, in *Rev. colomb. soc.*, 39(1), 2016, pp. 21-46.

⁶⁰⁶ De Rocco G., *Aboliamo il carcere*, op.cit., p.24.

⁶⁰⁷ Si riporta, inoltre, come a gennaio 2023 le donne presenti negli istituti di detenzione rappresentassero l'1,3% del totale, mentre le donne in area penale esterna il 7,9%; per la popolazione maschile le percentuali corrispondenti si attestavano, rispettivamente, al 30,1% e al 60,6%. Si veda Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia, 2023*, <https://www.antigone.it/>.

detenute. A ciò si aggiunga, un più elevato grado di fiducia della magistratura nei confronti delle donne in considerazione del ridotto indice di pericolosità sociale che connota generalmente la popolazione femminile ristretta⁶⁰⁸.

Risulta interessante citare uno studio condotto a partire dall'analisi delle sentenze de Tribunale di Milano poiché chiarificatore del ruolo delle donne all'interno dell'ambito criminale. In primo luogo emerge la prevalenza dei reati a scopo di lucro, comprensivi anche delle violazioni del DPR 300/1990 in materia di sostanze stupefacenti; a tali fattispecie si affiancano “i reati economici” con riguardo a tutte le infrazioni riconducibili all'esercizio di un'attività economica; categoria residuale è rappresentata di reati contro l'ordine pubblico, accomunati dalla ribellione o resistenza all'autorità. Essa include, in particolare, i reati contro l'amministrazione della giustizia, i delitti contro la fede pubblica e le violazioni del d.lgs. 286/1998 in materia di immigrazione. Con particolare riferimento a tali fattispecie, si riscontra che nel 40% dei casi si verifichi una compartecipazione di altri soggetti, fenomeno particolarmente frequente nei reati a scopo di lucro. A queste categorie si sommano i reati stradali, riconducibili a violazioni del Codice della strada. Nella maggior parte dei casi si tratta di ipotesi di guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, nonché di guida senza patente; in misura minore sono presenti fattispecie di lesioni e omicidio colposo⁶⁰⁹. Di particolare interesse risulta l'elevata incidenza di reati d'impresa, che rappresentano il 32,7% del totale; tale percentuale appare riconducibile, da un lato, alla specificità del contesto territoriale milanese, caratterizzato da un'elevata concentrazione di attività economiche e imprenditoriali, e, dall'altro, ad alcune costanti strutturali riscontrabili nei procedimenti esaminati. In primo luogo, emerge la frequente presenza di coimputati che rivestono il ruolo di amministratori *de facto*, soggetti che, pur non avendone la titolarità, assumono le decisioni operative e gestionali all'interno dell'impresa. In tali contesti, alle donne viene spesso attribuita una carica direttiva meramente formale, in particolare nelle imprese a conduzione familiare, dove la loro figura risulta funzionale a esigenze di rappresentanza o di mera intestazione societaria. Ulteriore elemento ricorrente è costituito dall'età avanzata delle imputate al momento del fatto, circostanza che rafforza l'ipotesi di un coinvolgimento marginale o comunque strumentale nelle dinamiche aziendali. Tale impostazione trova riscontro anche nei procedimenti aventi ad oggetto reati di bancarotta fraudolenta, nei quali l'aver accettato – consapevolmente o meno – un ruolo di mera intestataria, restando estranea alla gestione effettiva della società, non determina in via automatica una mitigazione della responsabilità penale.

⁶⁰⁸ Report *Donne e criminalità. Analisi dei reati commessi dalle donne e della detenzione femminile negli Istituti Penitenziari*, Ministero dell'Interno. <https://www.interno.gov.it>.

⁶⁰⁹ Pecorella C., *Uno sguardo sulla criminalità femminile attraverso le sentenze del Tribunale di Milano*, in Pecorella C. (a cura di), *La criminalità femminile*, Mimesis, Milano, 2020, pp. 15- 33.

Conclusioni

Con riferimento ai reati contro il patrimonio, l'analisi dei dati evidenzia la prevalenza di fattispecie quali il furto, i reati patrimoniali commessi mediante frode – tra cui la truffa, la distruzione fraudolenta di cose e la mutilazione fraudolenta di persone – nonché la rapina⁶¹⁰. Sul punto, lo scarto percentuale più significativo tra la popolazione detenuta maschile e quella femminile si registra proprio in riferimento ai reati contro il patrimonio, i quali rappresentano il 29,2% del complesso dei reati ascritti alle donne, a fronte del 23,7% rilevato per gli uomini, con una differenza di 5,5 punti percentuali⁶¹¹. Nei procedimenti esaminati dal campione milanese, le condotte delittuose si verificano con maggiore frequenza in contesti quali grandi magazzini, supermercati, negozi o stazioni. Da considerare che, anche in presenza di una reazione minima, ovvero la reazione violenta contro colui che cerchi di fermare la donna, configura il ben più grave delitto di rapina impropria con un consistente aggravio della pena. L'analisi dei casi sottolinea, inoltre, che le donne coinvolte in episodi di furto o rapina agiscono prevalentemente in concorso con altre persone; in un numero significativo di casi si riscontra altresì il modesto valore economico dei beni sottratti e la condizione di indigenza delle imputate. In tale contesto la presenza di recidiva risulta un dato ampiamente prevedibile: la reiterazione di reati contro il patrimonio si collega spesso a situazioni di disagio socioeconomico, nonché a fattori culturali e familiari che restano irrisolti anche dopo la condanna⁶¹².

Interrogarsi, dunque, sul carcere, in particolare sul carcere femminile, significa anche necessariamente interrogarsi sul senso della pena detentiva⁶¹³, quale risposta collettiva della società al reato, che passa «da un fatto solitario a un fatto sociale»⁶¹⁴.

Tali considerazioni si legano a filo doppio al tema del diritto alla salute che, nel contesto della detenzione femminile, implica inevitabilmente un confronto con le rappresentazioni del carcere e delle libertà. Le scelte in ambito di sanità penitenziaria, pur nel riconoscimento dell'eguale garanzia

⁶¹⁰ Miedico M., *La criminalità femminile e i reati a scopo di lucro*, in Pecorella C. (a cura di), *La criminalità femminile. Un'indagine empirica e interdisciplinare*, op. cit., pp. 35- 50.

Si vedano anche i dati del Report *Donne e criminalità. Analisi dei reati commessi dalle donne e della detenzione femminile negli Istituti Penitenziari*, del Ministero dell'Interno. che riporta come «in particolare, i furti, sotto ogni forma sotto ogni forma (furto, furto in abitazione, furto con strappo, furto aggravato ecc.), prevalgono rispetto alle altre fenomenologie delittuose in quanto per tale tipologia di reato vi sono state 23.339 donne denunciate o arrestate, ovvero una percentuale pari al 28,1% del totale delle donne denunciate o arrestate nel 2019», <https://www.interno.gov.it>.

⁶¹¹ Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia, 2023*, <https://www.antigone.it/>.

⁶¹² Miedico M., *La criminalità femminile e i reati a scopo di lucro*, in Pecorella C. (a cura di), *La criminalità femminile. Un'indagine empirica e interdisciplinare*, op. cit., pp. 35- 50.

⁶¹³ Sulle riflessioni in merito alla finalità della pena si rimanda ai numerosi ed esaustivi studi di Giuseppe Mosconi, in particolare Mosconi G. G., *Il carcere come salubre fabbrica della malattia*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, numero 1, 2005; Mosconi G., *Decostruire la pena, per una proposta abolizionista*, Meltemi, Milano, 2022 ; Mosconi G., *Dove il diritto costruisce il crimine*, in *Voci di dentro*, n.53, ANNO XVIII N.53 settembre 2024. Si rimanda, inoltre, a Talini S., *La privazione della libertà personale. Metamorfosi normative, apporti giurisprudenziali, applicazioni amministrative*, Editoriale Scientifica srl, Napoli, 2018, pp. 7-79.

⁶¹⁴ Zagrebelsky G., *Postfazione*, in S. Anastasia, V. Calderone, L. Manconi (a cura di), *Abolire il carcere. Una ragionevole proposta per la sicurezza dei cittadini*, Chiarelettere, Milano, 2015.

dei LEA, riflettono, infatti, visioni ideologiche pregresse, condizionando tutti gli aspetti della vita carceraria quali il lavoro, l'affettività, la gestione delle dipendenze e l'istruzione. Una concezione della pena come strumento di prevenzione generale si traduce in una «politica ispirata al principio che in carcere si deve stare peggio, così l'opzione per un carcere meramente privativo della libertà personale si ispira al solo garantismo dei diritti di cittadinanza»⁶¹⁵. In un'ottica, invece, di prevenzione speciale si attuano politiche orientate alla responsabilizzazione e alla legalità, ritenendo di dover offrire condizioni migliori per favorire il reinserimento sociale. Secondo invece un approccio abolizionista o riduzionista del sistema penale, la questione carceraria si collega ad una più ampia questione sociale e si sostengono, dunque, politiche di deistituzionalizzazione e di adozione di misure alternative alla detenzione, in un'ottica di tutela delle libertà collettive. «La riallocazione della questione salute dei detenuti tra due poli potrebbe configurarsi fra lo slogan “vivere liberazione, d'ogni carcere l'estinzione” e l'altro slogan “liberarsi della necessità del carcere”, laddove è evidente che nel primo, in qualsiasi sistema carcerario, si daranno sempre queste patologie, mentre nel secondo la cura della salute è possibile attuando riforme»⁶¹⁶.

La complessità della salute delle donne detenute emerge come esito di una pluralità di fattori interconnessi, tra cui grande impatto ha la violenza di genere pregressa che necessita di un approccio sanitario *gender oriented* – in linea con i principi della Medicina di Genere. Accanto a ciò, rilevano la presenza di patologie mentali e disturbi psicologici, nonché le dimensioni della sessualità, dell'affettività e la maternità. Quest'ultima, in particolare, si configura come nodo centrale e al contempo come campo di tensione, poiché veicola un immaginario del femminile che, nel contesto sociale libero, è oggetto di profonde trasformazioni. A questi elementi si aggiungono, infine, le questioni legate all'accesso al lavoro e all'istruzione, quali ulteriori determinanti del benessere psico-fisico delle donne detenute.

In una lettura della nozione di salute come benessere psico-fisico dell'individuo, per come definita dall'OMS, occorre necessariamente considerare la tutela dell'ambiente in cui la persona sviluppa la propria personalità, in conformità con il principio personalista *ex art. 2 cost.* E, in questo senso, l'istituto penitenziario costituisce una delle formazioni sociali nelle quali si svolge la personalità dell'individuo, la cui salubrità necessita di tutela e garanzie specifiche in considerazione delle caratteristiche intrinsecamente ristrette e problematiche dell'ambiente stesso. Il diritto ad un ambiente salubre è «diritto a vivere in un ambiente degno per una persona umana»⁶¹⁷, per come garantito dalle

⁶¹⁵ Maisto F., *La sanità penitenziaria negli Stati Generali dell'Esecuzione Penale*, in Rivista Antigone, *La tutela della salute in carcere tra diritto vigente e diritto vivente*, n. 1/2, 2016, p.29.

⁶¹⁶ Maisto F., *La sanità penitenziaria negli Stati Generali dell'Esecuzione Penale*, op.cit., p.30.

⁶¹⁷ Ruotolo M., *Dignità e carcere*, op. cit., p.116.

Conclusioni

norme dell'ordinamento penitenziario: in particolare, la differenziazione tra locali di soggiorno e di pernottamento (artt. 5 e 6), il vestiario e il corredo da fornire a ciascun detenuto (art.7), l'uso di servizi igienici e oggetti necessari per la pulizia personale (art.8), la cura dell'alimentazione e la somministrazione del vitto (art.9), la permanenza all'aria aperta (art.10).

In tale contesto, tuttavia, risulta pressoché assente una effettiva tutela preventiva della salute, intesa come predisposizione delle condizioni necessarie per limitare il contagio, promozione di comportamenti quotidiani corretti, realizzazione di adeguate campagne informative in materia sanitaria, incentivazione di test di screening così come controlli periodici per la prevenzione delle malattie femminili, quali tumori al seno o all'utero. Si rileva, inoltre, come un ulteriore profilo di vulnerabilità per la salute delle donne detenute coincida con la fase di uscita dal circuito penitenziario, durante la quale le precedenti abitudini di vita tendono ad essere riprese. Per tale ragione, risulta fondamentale un'efficace presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale, anche mediante strumenti di continuità assistenziale. Tale situazione, già di per sé critica, appare ulteriormente aggravata dal fenomeno del sovraffollamento che rende, *de facto*, gli spazi penitenziari ambienti insalubri, nei quali il rischio di contagio e la diffusione di malattie sono accentuati dalla presenza sovranumeraria di persone, finendo così per pregiudicare il principio di umanità della pena⁶¹⁸.

Le considerazioni fin qui sviluppate sul diritto alla salute e la sua declinazione nello spazio penitenziario si confrontano ora con una sfida inedita, rappresentata dall'ingresso della telemedicina - ambito al quale il PNRR dedica particolare attenzione, individuandola come strumento possibile volto a colmare le carenze esistenti nella garanzia effettiva del diritto alla salute e, dall'altro, a promuovere l'ammodernamento e l'efficienza del sistema sanitario nazionale, nella missione M6C1: "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" – e delle tecnologie basate sull'intelligenza artificiale, le quali sollevano nuove questioni sia sul piano fattuale sia sotto il profilo della tutela dei diritti costituzionalmente garantiti.

Per inquadrare la questione si illustra brevemente il quadro normativo di riferimento del recente sviluppo della telemedicina in Italia. Infatti, l'ultimo decennio ha visto un progressivo avanzamento della materia soprattutto in risposta alla crisi pandemica da Covid-19 che ha messo in luce alcune fragilità del Sistema Sanitario Nazionale. Nell'ottobre 2020 con l'emanazione delle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina"⁶¹⁹ da parte del Ministero della Salute, che

⁶¹⁸ Caredda M., *Il diritto alla salute nelle carceri italiane. Questioni ancora aperte*, in Ruotolo M., Talini S., (a cura di) *Diritti dei detenuti nel sistema costituzionale*, Editoriale scientifica, Napoli, 2017, p.173.

⁶¹⁹ Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, 17 dicembre 2020, www.statoregioni.it.

già citava la precedente Intesa Stato-Regioni sul documento recante “Telemedicina, linee d’indirizzo nazionali”⁶²⁰, si è compiuto un primo passo significativo verso il riconoscimento della piena equiparazione giuridica ed economica tra le prestazioni sanitarie a distanza e quelle tradizionali, aprendo la strada alla loro progressiva integrazione e diffusione all’interno del SSN. Tale attenzione verso le tecnologie dell’informazione in ambito sanitario era, tuttavia, già stata delineata nell’ambito della più ampia *e-Health Information Strategy* adottata dal Ministero della Salute nel 2011. Tale orientamento veniva ulteriormente consolidato mediante il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, che sottolineava la centralità di tali strumenti quali leva per la trasformazione dell’assetto organizzativo del SNN. In coerenza con tale impostazione, l’orientamento favorevole all’adozione di servizi digitali trova poi riscontro anche nell’accordo sancito dalla Conferenza Unificata del 2015, concernente le “Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”⁶²¹. Nel corso, poi, degli Stati Generali dell’Esecuzione Penale, tenutisi nell’aprile del 2016, è stato raccomandato di «valorizzare l’utilizzo della telemedicina all’interno degli istituti penitenziari, sottolineando come la stessa potrebbe da un lato ridurre il numero delle traduzioni ed i relativi costi, e, dall’altro, assicurare le prestazioni sanitarie in tempi più rapidi»⁶²². Tale impostazione ha visto la sua concretizzazione nel febbraio 2018 con la creazione del “Gruppo Nazionale di studio sulla Telemedicina nei Penitenziari”, operante nell’ambito del centro di “Telemedicina e nuove tecnologie assistenziali” presso l’Istituto Superiore di Sanità⁶²³. Ulteriori evoluzioni in materia si registrano con l’adozione del Decreto del Ministero della Salute del 29 aprile 2022, recante le “Linee guida organizzative contenenti il Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare”, ai fini del raggiungimento della Milestone del PNRR M6C1-4, a cui segue il decreto del Ministero della Salute n. 77/2022, “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, contenente la definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, al punto 15 dell’Allegato 1 viene espressamente disciplinata la telemedicina quale «fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un’ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito,

⁶²⁰ Consultabile sul sito www.statoregioni.it con il codice 4.10/2014/2.

⁶²¹ Accordo, ai sensi dell’articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali». (Rep. n. 3/CU). (15A02041) (GU Serie Generale n.64 del 18-03-2015).

⁶²² Ministero della Giustizia, Relazione finale agli Stati Generali dell’Esecuzione Penale, tenutasi a Roma, 18-19 aprile 2016, https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_19_3.page?previousPage=mg_2_19.

⁶²³ Maggiori approfondimenti in Botrugno C., *Telemedicina e diritto alla salute in carcere: stato dell’arte, rischi e opportunità*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 3/2021, pp. 401- 414, <https://www.biodiritto.org/>.

Conclusioni

così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021"⁶²⁴. Il decreto dispone che le Regioni e le Province Autonome adottino provvedimenti generali di programmazione dell'assistenza territoriale entro sei mesi dalla sua entrata in vigore (22 giugno 2022), tenendo conto delle linee guida nazionali per la telemedicina nonché delle buone pratiche già sperimentate a livello territoriale. In particolare, il PNRR evidenzia l'esigenza di «sviluppare la telemedicina e di superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio», nonché di «sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare», ponendosi come obiettivi la riduzione del divario territoriale mediante l'armonizzazione degli standard di cura; la garanzia di una più elevata qualità e uniformità dell'esperienza assistenziale dei pazienti; nonché il miglioramento dei livelli di efficienza ed efficacia dei sistemi sanitari regionali. Inoltre, il Piano individua e disciplina le diverse tipologie dei servizi di telemedicina come la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza e la teleriabilitazione, il telemonitoraggio e il telecontrollo⁶²⁵. Altrettanta importanza e valorizzazione dello strumento digitale si riscontrava già nella Relazione finale agli Stati Generali dell'Esecuzione Penale del 2016 in cui al punto 5.2 si citavano le “cartelle cliniche digitali e telemedicina”. Il Comitato sottolinea la necessaria garanzia di omogeneità dei livelli di tutela della salute in carcere, mediante l'adozione di «un sistema informatico omogeneo che raccolga i diari clinici dei pazienti detenuti in formato digitale, al fine di assicurare sia il diritto alla continuità terapeutica sia una maggiore efficienza del sistema (evitando ripetizioni di esami clinici e garantendo rapidità di consultazione e di aggiornamento)⁶²⁶. A questo si aggiunge, come «in un'ottica di modernizzazione, si raccomanda di valorizzare l'utilizzo della telemedicina all'interno degli istituti penitenziari, sottolineando come la stessa potrebbe da un lato ridurre il numero delle traduzioni ed i relativi costi, e, dall'altro, assicurare le prestazioni sanitarie in tempi più rapidi»⁶²⁷.

In generale, vengono messi in luce come elementi positivi dell'impiego della telemedicina in ambito penitenziario, la maggiore sicurezza e la rapidità delle prestazioni. Si tratta, infatti, di dispositivi idonei a consentire l'esecuzione di esami diagnostici ovvero l'acquisizione di consulenze specialistiche in loco, mediante collegamento elettronico con strutture sanitarie esterne, inclusa la trasmissione dei referti provenienti dalle unità specialistiche degli ospedali di riferimento. Tali apparecchiature assicurano elevati standard qualitativi, in quanto “medical devices” di nuova generazione, e permettono di evitare lo spostamento dei detenuti verso centri esterni, riducendo

⁶²⁴ DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) ([GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022](#)).

⁶²⁵ Montanari Vergallo G., *Telemedicina: da eccezione a sistema?*, in Razzano G., (a cura di), La missione salute del PNRR: opportunità e prospettive, Jovene, Napoli, 2024, pp. 217-235.

⁶²⁶ Ministero della Giustizia, Relazione finale agli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, tenutasi a Roma, 18-19 aprile 2016, https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_19_3.page?previousPage=mg_2_19.

⁶²⁷ *Ibidem*.

eventuali ritardi o timori connessi ai profili di sicurezza pubblica⁶²⁸ ma anche possibili disturbi e stigmatizzazioni degli stessi – si pensi alla stigmatizzazione data dalla costrizione delle manette e la necessaria presenza degli agenti penitenziari⁶²⁹. L’obiettivo perseguito, mediante la cooperazione tra D.A.P. e A.S.L., sarebbe la costituzione di un sistema di archiviazione delle informazioni di natura sanitaria – segnatamente dei diari clinici informatizzati – caratterizzato da un elevato grado di interoperabilità sia tra gli istituti penitenziari e le strutture sanitarie esterne, sia tra le A.S.L. dei diversi territori⁶³⁰. Inoltre, i servizi di telemedicina si prospettano quali strumenti idonei ad ampliare l’accesso all’assistenza sanitaria, in termini anche di tempestività e continuità – si pensi come durante il Covid-19 i servizi di telemedicina siano stati efficaci nella gestione dell’emergenza pandemica –, con particolare beneficio per i pazienti affetti da patologie cronic- degenerative. A tal riguardo, l’OMS ha evidenziato come l’erogazione a distanza delle prestazioni sanitarie possa promuovere una nuova forma di “cittadinanza sanitaria”, volta a ridisegnare le condizioni di accessibilità ai servizi, soprattutto in favore di quei soggetti che, in ragione dell’isolamento sociale o territoriale, sperimentano significative carenze assistenziali, tra cui la popolazione detenuta⁶³¹. Si evidenziano, inoltre, i potenziali risparmi economici che l’impiego della telemedicina potrebbe generare per il sistema sanitario; tuttavia, allo stato attuale, non sono ancora disponibili studi sufficientemente consolidati a supporto di tali affermazioni, se non alcuni riferimenti a studi statunitensi⁶³². Sul punto, la potenziale capacità della telemedicina di generare risparmi di spesa, combinata con i vigenti vincoli di bilancio e con il rilevante deficit che caratterizza alcuni servizi sanitari regionali, potrebbe indurre un ricorso talvolta eccessivo a tali strumenti con conseguente pregiudizio per la relazione clinica in presenza e la garanzia del diritto *de quo*. In tale prospettiva, le riflessioni in merito al diritto alla salute come diritto finanziariamente condizionato assumono ulteriore complessità, dal momento che le risorse limitate e la necessità di un risparmio economico in termini di prestazioni sanitarie non può limitare quel *nucleo irriducibile* del diritto alla salute. Ciò che emerge, dunque, è la doverosità della garanzia di quel nucleo duro del diritto e quel livello essenziale delle prestazioni sanitarie che comporta l’obbligo per il legislatore di rinvenire le risorse economiche necessarie a prescindere

⁶²⁸ Caredda M., *Il diritto alla salute nelle carceri italiane. Questioni ancora aperte*, in S.T. M. Ruotolo (a cura di), *I diritti dei detenuti nel sistema costituzionale* (pp. 165-196), Editoriale Scientifica, Napoli, p. 181.

⁶²⁹ Botrugno C., *Telemedicina e diritto alla salute in carcere: stato dell’arte, rischi e opportunità*, op. cit., pp. 401-414.

⁶³⁰ Maisto F., *La sanità penitenziaria negli Stati Generali dell’Esecuzione Penale*, op.cit.

⁶³¹ Botrugno C., *Telemedicina e diritto alla salute in carcere: stato dell’arte, rischi e opportunità*, op. cit.

⁶³² «Alla riduzione degli spostamenti all’esterno all’interno della letteratura si correla anche la possibilità di ottenere cospicui risparmi economici, stimati, secondo alcuni, attorno a una media di 850 dollari per ogni detenuto condotto all’esterno, per un totale di circa 4 milioni di dollari all’anno. Secondo altri, da un confronto tra i costi della telemedicina e quelli dell’assistenza convenzionale emergerebbe un possibile risparmio di circa 100 dollari per visita (il 60% circa dei costi totali di ogni visita)», Botrugno C., *Telemedicina e diritto alla salute in carcere: stato dell’arte, rischi e opportunità*, op. cit., p. 408.

Conclusioni

dall'andamento finanziario delle risorse pubbliche⁶³³. In questo senso, si potrebbe ragionare sulla riconduzione dello strumento della telemedicina all'intero dei livelli essenziali di assistenza, quale competenza esclusiva dello Stato di natura trasversale. Come è noto, *ex art. 117 cost.*, alcune materie statuali, il cui ambito non è circoscrivibile, si configurano come competenze trasversali, atteggiandosi a vero e proprio "valore" o "obiettivo" idoneo a permeare l'intero complesso delle discipline coinvolte, incidendo anche sulle materie riservate alle Regioni. Tale impostazione permettere di «assicurare, nel lungo periodo, la stabilizzazione della telemedicina come diritto esigibile e servizio uniformemente garantito, con il pieno coinvolgimento delle Regioni nel processo decisionale. In altri termini, l'inserimento della telemedicina nell'ambito dei Lea potrebbe servire non soltanto a garantire uniformità di prestazioni, ma anche a correggere la compressione della sfera regionale che ha caratterizzato la fase di implementazione, restituendo agli enti territoriali uno spazio di partecipazione effettiva nelle scelte organizzative»⁶³⁴.

Se diversi sono gli elementi positivi, non poche sono, tuttavia, le possibili criticità che si sottolineano rispetto a tale strumento. Un primo profilo di complessità, di natura eminentemente pragmatica, attiene alla disponibilità dei dati. È noto, infatti, che il trasferimento delle competenze in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute non sia stato accompagnato dall'istituzione di un adeguato sistema di raccolta dei dati, idoneo a restituire un quadro complessivo e aggiornato delle condizioni sanitarie all'interno degli istituti penitenziari⁶³⁵. Ad oggi, infatti, la maggior parte degli istituti penitenziari non possiede cartelle sanitarie informatizzate utilizzando ancora documenti cartacei che rendono di difficile attuazione la digitalizzazione dei dati⁶³⁶. Parallelamente, al di fuori delle ipotesi in cui la condivisione dei dati sanitari sia imposta da specifiche necessità, si rende necessaria la predisposizione di un'adeguata informativa da fornire alla persona detenuta nei casi in cui il trattamento dei dati richieda il suo consenso ai sensi di legge. Tali questioni presentano evidenti margini di complessità, si pensi ad esempio all'eventualità che gli esiti di accertamenti clinici, quali l'individuazione di tracce di sostanze stupefacenti, vengano

⁶³³ Busatta L., *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Giappichelli, Torino, 2018, p.133.

⁶³⁴ Coiante A., *L'implementazione della telemedicina come elemento strutturale del SSN: dalla frammentarietà all'uniformità. La stabilizzazione post-PNRR e il possibile ruolo dei LEA*, in *Federalismi*, n. 28, 2025, <https://www.federalismi.it/index.cfm>.

⁶³⁵ Ronco D., *Rappresentazioni su salute, malattia e medicina in carcere, tra struttura e cultura penitenziaria*, in *Rivista Antigone, La tutela della salute in carcere tra diritto vigente e diritto vivente*, n. 1/2 – 2016, Editoriale Scientifica, Napoli, p.160.

⁶³⁶ Si riporta come solo nelle Regioni della Lombardia e dell'Emilia-Romagna dovrebbe essere funzionante il servizio di cartelle sanitarie informatizzate, che tuttavia, pare di difficile applicazione anche in queste regioni, vedi capitolo II. Si rimanda, sul punto, a Anastasia S., *L'anacronismo del carcere di fronte alle tecnologie dell'informazione* e Morrone A., *Telemedicina e carcere*, in Fiorelli G., Gonnella P., Massaro A., Riccardi A., Ruotolo M., Talini S., (a cura di) *Pena e nuove tecnologie tra "trattamento" e "sicurezza"*, Atti della I Spring School del Centro di ricerca "Diritto penitenziario e Costituzione – European Penological Center", Ventotene 20-23 aprile 2022.

automaticamente utilizzati a fini disciplinare; si valuta dunque positivamente il coinvolgimento del Garante per la protezione dei dati sensibili nella fase di sviluppo dei progetti relativi ai diari clinici informatizzati e ai servizi di telemedicina da parte della Direzione Generale per i Sistemi informativi e Automatizzati⁶³⁷. Tale attenzione era già stata richiamata nella Relazione finale agli Stati Generali dell'Esecuzione Penale in cui, al punto 5.3 "Il trattamento dei dati sanitari", si sottolinea la necessità di «ricerca di un ragionevole punto di equilibrio tra la necessaria tutela del diritto alla riservatezza e le esigenze di accesso alle informazioni sanitarie da parte dell'Amministrazione penitenziaria per "rilevanti finalità d'interesse pubblico". Al riguardo occorre ribadire che le ipotesi nelle quali è possibile derogare alla disciplina sulla totale riservatezza delle informazioni sensibili devono essere tassative, specifiche e approvate dall'Autorità che vaglia la legittimità del trattamento dei dati personali.[...] Si tratterebbe, in particolare, di:

1. introdurre una previsione normativa che disciplini uniformemente le ipotesi in cui è legittimo l'accesso dell'Amministrazione penitenziaria o di altri soggetti terzi (rispetto al rapporto medico-paziente) ai dati sensibili sanitari, con specificazione delle finalità perseguite tramite la condivisione di dati e delle modalità del trattamento degli stessi;
2. fissare le modalità di prestazione del consenso al trattamento da parte dell'interessato, affinché questo sia messo nelle condizioni di esprimerlo consapevolmente (come richiesto dall'art. 13 del c.d. Codice privacy)⁶³⁸.

In questo senso, il consenso informato mantiene la propria funzione di garanzia della libertà di autodeterminazione e, conseguentemente, i requisiti che ne caratterizzano la validità; presuppone, tuttavia, di «integrare l'informazione in ragione della natura digitale di queste prestazioni, perché il rapporto costi-benefici non può riguardare solo il trattamento sanitario, ma anche lo strumento di telemedicina proposto»⁶³⁹. Ne deriva che il paziente deve essere posto nelle condizioni di operare una scelta consapevole tra la prestazione erogata in modalità telematica e quella resa secondo le modalità tradizionali.

Ulteriore elemento di complessità, si rinviene con riferimento alla relazione di cura, per come configurata ex art. 1 comma 8 della l. n. 219/17, il quale riconosce che «il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura». Tale impostazione valorizza il rapporto interpersonale quale presupposto per la nascita di «quella empatia, tra questi due attori, fondamentale

⁶³⁷Caredda M., *Il diritto alla salute nelle carceri italiane. Questioni ancora aperte*, op. cit., p. 186.

⁶³⁸ Ministero della Giustizia, Relazione finale agli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, tenutasi a Roma, 18-19 aprile 2016, https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_19_3.page?previousPage=mg_2_19.

⁶³⁹Montanari Vergallo G., *Telemedicina: da eccezione a sistema?*, in Razzano G., (a cura di), *La missione salute del PNRR: opportunità e prospettive*, Jovene, Napoli, 2024, p. 225.

Conclusioni

nella relazione clinica, dal momento che la vicinanza favorisce l'ascolto, la percezione emotiva e, quindi, la cura umanizzante»⁶⁴⁰. Inoltre, il contatto diretto contribuisce al sorgere di sentimenti di fiducia nei confronti del professionista favorendo una più pronta e consapevole accettazione delle proposte terapeutiche da parte del paziente. Tuttavia, l'erogazione a distanza delle prestazioni sanitarie introduce il rischio, di una possibile “disumanizzazione” della relazione di cui poc'anzi. Tale rischio risulta ancor più accentuato nel contesto penitenziario, ove la libertà e l'autodeterminazione – inclusa quella sanitaria – risultano strutturalmente compromesse. La mediazione tecnologica può, infatti, incidere negativamente su quegli elementi di umanità, prossimità ed empatia che, come visto, costituiscono presupposti essenziali della relazione di cura medico-paziente, producendo effetti “desocializzanti” e “disumanizzanti”⁶⁴¹. A ciò si aggiunge il rischio di “depersonalizzazione”, connesso all'assenza di contatto fisico tipico delle prestazioni sanitarie mediate da strumenti digitali, tale fattore incide ulteriormente su un vissuto già connotato negativamente per i soggetti *in vinculis*, i quali sperimentano una marcata deprivazione di fisicità, affettività e contatto umano, con conseguenti rilevanti ricadute sul piano della sofferenza personale.

Le riflessioni in tema di telemedicina si arricchiscono di ulteriori profili di complessità quando si considera il potenziale impiego degli strumenti di intelligenza artificiale nell'ambito della salute e delle cure sanitarie⁶⁴². Tali riflessioni devono, inoltre, essere interpretate alla luce delle riflessioni già avviate in materia di intelligenza artificiale da parte dei giuristi e, in particolare, dal diritto costituzionale⁶⁴³, con particolare riguardo alla garanzia dei diritti fondamentali e alla tutela della loro

⁶⁴⁰ Montanari Vergallo G., *Telemedicina: da eccezione a sistema?*, op. cit., p.227.

⁶⁴¹ In particolare, «alcuni professionisti sanitari hanno fatto riferimento a questo concetto nell'ambito dell'utilizzo della telemedicina, in particolare, dei servizi di telepsichiatria», Botrugno C., *Telemedicina e diritto alla salute in carcere: stato dell'arte, rischi e opportunità*, op. cit., pp.

⁶⁴² Si riporta brevemente un progetto interessante di sperimentazione della realtà virtuale all'interno degli istituti penitenziari statunitensi, “*Therapeutic virtual reality in prison: Participatory design with incarcerated women*”, Teng M.Q., Gordon E., Massachusetts Institute of Technology, USA, 2021. Il progetto prevede la creazione di un programma di reinserimento tramite realtà virtuale con l'obiettivo di aiutare le donne incarcerate a esercitarsi a rispondere a situazioni di reinserimento ad alto stress, prima del loro rilascio. Il prototipo di realtà virtuale prevede un lavoro di progettazione partecipativa basato sulla comunità detenuta, su cui l'articolo citato si concentra in particolare, ritenendo che le donne detenute, con le loro esperienze e considerazioni, siano le agenti e non semplicemente le utenti della progettazione. L'obiettivo del progetto è quello di scrivere, produrre e pilotare media terapeutici di realtà virtuale che ritraggano situazioni di rientro realistiche che solitamente aumentano il rischio di recidiva. Alla realizzazione dei media hanno, dunque, partecipato: sei donne detenute, sei guardie e personale del carcere, quattro ufficiali del Departments of Correction, nove ex detenuti (cinque donne, quattro uomini o persone non binarie); due donne in recupero dalle dipendenze; e una serie di fornitori di servizi di reinserimento governativi e non governativi, assistenti sociali e avvocati. Lo studio, tuttavia, sottolinea come le caratteristiche completamente immersive, incarnate e altamente controllabili della realtà virtuale possano avere effetti problematici sulle detenute, in quanto soggetti esposti in modo sproporzionato a traumi.

⁶⁴³ Sul tema si rimanda a Fasan M., *Intelligenza artificiale e costituzionalismo contemporaneo principi, diritti e modelli in prospettiva comparata*, Università degli Studi di Trento, Collana della Facoltà di Giurisprudenza, 2024; Tommaso Edoardo Frosini, *L'orizzonte giuridico dell'intelligenza artificiale*, in *Perspective sul n. 1/2022 di biolaw Journal – Rivista di biodiritto*; Balaguer Callejón F., *La constitución del algoritmo*, Fundación Manuel Giménez Abad, 2022; Simoncini A., *Il linguaggio dell'intelligenza artificiale e la tutela costituzionale dei diritti*, Associazione Italiana dei Costituzionalisti, n°: 2/2023, www.rivistaaic.it.

tenuta in un contesto tecnologico che si colloca al di fuori dei tradizionali riferimenti normativi. Ad oggi, queste riflessioni restano in larga misura preliminari e prive di una solida base empirica, poiché le applicazioni concrete sono ancora in fase di sviluppo. Rimane tuttavia aperta la questione di come l'integrazione tra telemedicina e intelligenza artificiale possa agire nella tutela e garanzia del diritto alla salute, in particolare, per come esso si espliciti negli istituti penitenziari, contesti già caratterizzati da specifiche criticità organizzative e strutturali.

In conclusione, le profonde e incessanti trasformazioni tecnologiche, sociali e culturali impongono un costante ripensamento delle tradizionali categorie giuridiche. Nel presente lavoro si è inteso riaprire, in una prospettiva di genere, una serie di interrogativi riguardanti il perimetro della nozione di diritto alla salute, il principio di uguaglianza e la finalità rieducativa della pena; questioni che hanno da sempre impegnato la dottrina e che si ripropongono con rinnovata attualità alla luce delle trasformazioni sociali e tecnologiche. Rilevano, in questo senso, le riflessioni sul rapporto tra uguaglianza e differenza, che interrogano il nesso tra genere e luogo detentivo come spazio non neutrale ma attraversato da corpi sessuati. Interrogarsi circa l'adeguata tutela della salute delle donne detenute negli istituti penitenziari significa indossare le lenti dell'analisi di genere, e in questo caso della medicina di genere, per cogliere gli specifici bisogni di una popolazione "doppiamente reclusa"⁶⁴⁴. Pertanto, l'analisi di genere non può essere esclusa dalle metodologie di ricerca, né dagli strumenti ermeneutici utilizzati per interpretare e applicare il diritto; la sua omissione comporterebbe la perpetuazione di una visione parziale e inadeguata della realtà sociale poiché costruita solo e soltanto sul soggetto di diritto maschile. L'integrazione dell'approccio di genere assume una funzione essenziale nell'attuazione del principio di uguaglianza – nella lettura dell'antisubordinazione di genere – e quale espressione di una costruzione *duale* del reale, letto in combinato disposto con il principio personalista che «riconosce e garantisce i diritti inviolabili» dell'individuo, «sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge al sua personalità».

⁶⁴⁴ Si fa riferimento all'espressione utilizzata da Anna Lorenzetti in Lorenzetti A., *Genere e detenzione. Le aporie costituzionali di fronte a una "doppia reclusione"*, BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, n.1, 2021 nel quale il tema dell'espiazione della pena per le donne si esplica come doppia privazione, espressione della marginalizzazione e dell'assimilazione dei bisogni femminili a quelli del soggetto maschile di riferimento.

Conclusioni

Bibliografia

AGNELLA C. *Continuità disciplinare nell'internamento femminile: due approcci storico-sociologici a confronto*, in *L'esecuzione Penale Delle Donne: Temi, Ricerche, Prospettive*, Antigone, semestrale di critica del sistema penale e penitenziario, Anno XVII, 2 2022, <https://www.antigone.it/>.

ALABAO, N. *La inquebrantable fe en la prisión del feminismo "mainstream"*. CTXT, 2022. <https://ctxt.es/>.

ALBANO, A., LORENZETTI, A., PICOZZI, F. *Sovraffollamento e crisi del sistema carcerario. Il problema "irrisolvibile"*, Giappichelli, Torino, 2021.

ALMEDA, E. *Por unas nuevas estadísticas de la ejecución penal femenina*, in Nicolás, G., Bodelón, E. (a cura di.), *Género y dominación: Críticas feministas del derecho y el poder*. Anthropos, 2009.

Corregir y castigar. El ayer y hoy de las cárceles de mujeres. Bellaterra, Barcellona, 2002.

AMBROSET, S. *Criminologia femminile. Il controllo sociale*. Unicopli, Milano, 1994.

ANASTASIA, S., CALDERONE, V., MANCONI, L. (a cura di) *Abolire il carcere. Una ragionevole proposta per la sicurezza dei cittadini*. Chiarelettere, Milano, 2015.

ANASTASIA S., EFFER T., (a cura di), *Madri e non solo. Ricerche interdisciplinari sul carcere delle donne e le sue alternative*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2025.

ANTONELLI, S. *Suicidi e autolesionismo: 5 donne si sono uccise in carcere nel 2022*, in Associazione Antigone, *Dalla parte di Antigone. Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, 2023 <https://www.antigone.it/>.

Bambini in carcere, in Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, 2023, <https://www.antigone.it/>.

ANTONELLI, V. *Breve storia del Servizio sanitario nazionale*, in Amministrazione in cammino, 2009, <https://www.amministrazioneincammino.luiss.it/>.

La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza, in Federalismi.it, fascicolo 7, 2018, <https://www.federalismi.it/>.

Bibliografia

- AZZARÀ, A. *Vittime in divisa: ordine pubblico, armi e criminalizzazione del dissenso nel d.l. sicurezza*, in Rivista Antigone, 2, 2024, www.antigone.it .
- BACCARO, L. *Carcere e salute*. Edizioni Sapere, Bari, 2003.
- BAIGUERA ALTIERI, A. *Il riduzionismo e l'abolizionismo penitenziario*, in Diritto.it., 2016, <https://www.diritto.it/>.
- BALAGUER CALLEJÓN F. *La constitución del algoritmo*, Fundación Manuel Giménez Abad, 2022.
- BALBONI, E., BUZZACCHI, C. *Autonomia differenziata: più problemi che certezze*, in Osservatorio sulle fonti, 1, 2023, <http://www.osservatoriosullefonti.it>.
- BALBONI E. *Un esigente ed ambizioso manuale per l'uso della autonomia differenziata: una traccia culturale*, in Astrid Rassegna, 18, 2024.
- BARRESI, P. A. *Beyond fairness to future generations: An intragenerational alternative to intergenerational equity in the international environmental arena*, in Tulane Environmental Law Journal, 11, 1997.
- BARUS, D. *Carceri: le donne più esposte all'epatite C.*, Fondazione Umberto Veronesi Magazine, 2021, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine>.
- BELLO, B. G. *Intersezionalità. Teorie e pratiche tra diritto e società*. Franco Angeli, Milano, 2020.
- BERNARDINI, M. G. *La capacità vulnerabile*. Jovene, Napoli, 2021.
- BERNSTEIN, E. *¿Las políticas carcelarias representan la justicia de género? La trata de mujeres y los circuitos neoliberales del crimen, el sexo y los derechos*, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, 2014, <https://www.elsevier.es/es>.
- BODELÓN E., *Derecho y Justicia no androcéntricos*, in Quaderns de Psicologia, Vol. 12, 2, 2010.
- BONASSI, F., DE MARINIS, F. *La detenzione femminile raccontata attraverso gli occhi di una "detenuta comune"*, in Associazione Antigone, XVIII rapporto sulle condizioni di detenzione, 2021, www.antigone.it .
- BOSWORTH, M. *Confining femininity: A history of gender, power and imprisonment*, in Theoretical Criminology, 4, 3, 2000.

BOTRUGNO, C. *Telemedicina e diritto alla salute in carcere: stato dell'arte, rischi e opportunità*, in BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, 3, 2021, <https://www.biodiritto.org/>.

BOURDIEU, P. *Il dominio maschile*. Feltrinelli, Milano, 2023.

BRAITHWAITE L.R., TREADWELL H.M., ARRIOLA K.R.J, *Health Disparities and Incarcerated Women: A Population Ignored*, Vol 95, 10, American Journal of Public Health Editorials, 2005.

BROWN WEISS, E. *In fairness to future generations: International law, common patrimony and intergenerational equity*, United Nations University, 1989.

BUFFA P., *Carcere e covid-19. Diario di una pandemia*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2022.

BURDESE, C. *Subito dopo la commissione per l'architettura penitenziaria, I bandi PNC per interventi edili nelle infrastrutture penitenziarie*, Convegno “Abitare il carcere. Gli spazi della pena nella società digitale”, Roma, 2022, www.michelucci.it.

BURIN, M. *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*, 2012, <https://dspace.uces.edu.ar/jspui/handle/123456789/1529> .

BUSATTA, L. *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Giappichelli, Torino, 2018.

La riforma della sanità carceraria: ultima tappa di inveroamento del progetto costituzionale?
in Menghini, A., Fornasari, G. (a cura di), *Salute e carcere*, Editoriale scientifica, 2023.

BUTLER, J. *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. Routledge, 1990.

CAMERA, G. *Liberi, detenuti e ristretti: diverse prospettive del diritto alla salute*, in Massaro, A. (a cura di), *La tutela della salute nei luoghi di detenzione. Un'indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR*, RomaTre Press, 2017.

CAPUTO, G. *La salute incarcerata tra cura, diritto e giustiziabilità*, in Botrugno, C., Caputo, G. (a cura di), *Vulnerabilità, carcere e nuove tecnologie*, Phasar Edizioni, Firenze, 2020.

CARBONE, A. *Peccatrici: Il controllo sociale sulle donne nel Mezzogiorno moderno*, in *Itinerari di ricerca storica*, 30, 2, 2016.

CAREDDA, M. *La salute e il carcere. Alcune riflessioni sulle risposte ai bisogni di salute della popolazione detenuta*, in *Costituzionalismo.it*, 2, 2015, <https://www.costituzionalismo.it/> .

Bibliografia

- *Il diritto alla salute nelle carceri italiane*, in Ruotolo, M., Talini, S. (a cura di), *Diritti dei detenuti nel sistema costituzionale*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2017.

CAREDDA M., FIORELLI G., GONNELLA P., MASSARO A., RICCARDI A., RUOTOLO M., TALINI S., *Identità ed esecuzione penale*, Atti della I edizione del Corso di Alta Formazione “Pena, processo e Costituzione”, Ventotene 15-18 maggio, Editoriale Scientifica, Napoli, 2024.

CARLASSARE, L. *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in Alessi, R. (a cura di), *L'amministrazione sanitaria*. Neri Pozza, Milano, 1967.

CARNEVALE, F., BALDASSERONI, A. *Storia della sanità pubblica e della prevenzione*, in Salute e Territorio, 1999.

CASTELLANO, L. *La tutela della salute in condizioni di detenzione*, in I numeri del cancro in Italia, Intermedia Editore, 2024.

CERAUDO, F. *Principi fondamentali di medicina penitenziaria*, SEU Pisa, 1988.

CIOLLI, I. *Diritti delle generazioni future, equità intergenerazionale e sostenibilità del debito*, in Diritto e Conti, Bilancio comunità persona, 1, 2021, <https://dirittoeconti.it/>.

CIUFFOLETTI, S. *Le politiche legislative sulla detenzione femminile in Italia*, in Studi sulla questione criminale, IX, 3, 2014.

- *The female brain: la prospettiva biologicamente orientata nella tutela dei diritti delle donne detenute*, in Botrugno C. e Caputo G. (a cura di), *Vulnerabilità, carcere e nuove tecnologie Prospettive di ricerca sul diritto alla cura*, Phasar Edizioni, Firenze, 2020.

CIUFFOLETTI, S., DIAS VIEIRA, A. *Reparto D: Un tertium genus di detenzione?* in Rassegna penitenziaria e criminologica, 1, 2015.

CIUFFOLETTI, S., FRANCHI, S. *Donne e carcere*, in Corleone, F. (a cura di), *Carcere e giustizia*, Fondazione Michelucci, 2019.

COIANTE, A. *L'implementazione della telemedicina come elemento strutturale del SSN: dalla frammentarietà all'uniformità. La stabilizzazione post-PNRR e il possibile ruolo dei LEA*, in Federalismi, 28, 2025, <https://www.federalismi.it/index.cfm>.

D'ALOIA, A. *Generazioni future (diritto costituzionale)*, STAMPA, 2016.

DAVIS, A. *Aboliamo le prigioni. Contro il carcere, la discriminazione, la violenza del capitale*. Minimum Fax, Roma, 2022.

DE BEAUVOIR S., *Il secondo sesso*, 1949.

DE CESARE G., *Sanità, diritto amministrativo*, in Enciclopedia del diritto, XLI, Giuffrè, Milano, 1989.

DE GIOIELLIS, D. *Regime penitenziario di rigore e diritto alla salute*, in Massaro, A. (a cura di), *La tutela della salute nei luoghi di detenzione. Un'indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR*, RomaTre Press, 2017.

DE ROCCO, G. *Peace and love, Victoria*, in Coppola, M. M., Donà, A., Reale, C. M., Tuselli, A. (a cura di) Atti del convegno nazionale 25-26 novembre 2022, *Gender R-Evolutions: immaginare l'inevitabile, sovvertire l'impossibile*, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Trento, 2022.

- *Aboliamo il carcere. Immaginare un futuro senza prigioni*, Eris, Torino, 2025.

DE VITO, R. *Questione carcere. Un'introduzione*, in *Questione Giustizia*, 2, 2015, <https://www.questionegiustizia.it/>.

- *Frammenti di un nuovo discorso amoroso: la Corte costituzionale n. 10 del 2024 e l'affettività in carcere*, in *Questione Giustizia*, 2024, <https://www.questionegiustizia.it/>.

DEL VAL CID, C., VIEDMA ROJAS, A. *Condenadas a la desigualdad*. Icaria, 2012.

DI CARLO, C. *Ripensare la maschilità nella salute pubblica*, in *Genius*, in *Genius, Rivista di studi giuridici sull'orientamento sessuale e l'identità di genere*, 15 giugno 2025, <https://www.geniusreview.eu/>.

DI GIROLAMO A., *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 3/4, 2007.

DODA I., *Cosa c'è oltre la rabbia: trauma, giustizia e soggettività femminista.*, in *L'indiscreto*, <https://www.indiscreto.org/>.

DONINI, M. *Sicurezza e diritto penale*, in Donini, M., Pavarini, M. (a cura di), *Sicurezza e diritto penale*, Bononia University Press, Bologna, 2011.

ERRICO, M. T. *Art. 11 Servizio sanitario*, in Consolo, S., Russo, G. (a cura di), *Codice penitenziario commentato* (5a ed.), Laurus Robuffo, 2023.

Bibliografia

- FABINI, G., *Donne e carcere: quale genere di detenzione?* Associazione Antigone, XIII Rapporto sulle condizioni di detenzione, Roma, 2017, www.associazioneantigone.it.
- FACCHI, A., GIOLO, O. *Libera scelta e libera condizione*, Il Mulino, Bologna, 2020.
- FADDA M. L., *Differenza di genere e criminalità. Alcuni cenni in ordine ad un approccio storico, sociologico e criminologico*, 2012, www.dirittopenalecontemporaneo.it.
- FASAN, M. *Intelligenza artificiale e costituzionalismo contemporaneo*, Università degli Studi di Trento, Collana della Facoltà di Giurisprudenza, 2024.
- FERRERO, I. “Eva delinquente”: la scuola positiva e l'imputabilità al femminile, in Mantovani, G., *Donne ristrette*, Ledizioni, 2018.
- IORE S., MILLEFIORINI M., *Femminismo anticarcerario: dal pensiero anarchico all'abolizionismo*, in DonnaWomanFemme, *Gattebuie. Voci femministe sul carcere*, Utopia, 143-144, 2025.
- IORELLI G., GONNELLA P., MASSARO A., RICCARDI A., RUOTOLO M., TALINI S., (a cura di) *Pena e nuove tecnologie tra “trattamento” e “sicurezza”*, Atti della I Spring School del Centro di ricerca “Diritto penitenziario e Costituzione – European Penological Center”, Ventotene 20-23 aprile 2022.
- FOUCAULT M., *Sorvegliare e punire. Genealogia della prigione*, Torino, Einaudi, 1976.
- FRANCHINA A., *Lo spazio del carcere e per il carcere Implicazioni architettoniche e urbane dello spazio della pena nel Bel Paese* in Ass. Antigone, *Torna il carcere, XIII Rapporto sulle condizioni di detenzione*, www.antigone.it.
- FROSINI, T. E. *L'orizzonte giuridico dell'intelligenza artificiale*, in *Perspective*, 1, 2022.
- GALEOTTI, S., *Il valore della solidarietà*, *Diritto e società*, 1, 11, 1996.
- GIANFORMAGGIO L., *Eguaglianza, donne e diritto*, Facchi A., Faralli C, Pitch T. (a cura di), Il Mulino, Bologna, 2005.
- GIBSON, M. *Ai margini della cittadinanza: le detenute dopo l'Unità italiana (1860-1915)*, *Storia delle donne*, 3, 2007.
- GIUFFRÈ, F. *La solidarietà nell'ordinamento costituzionale*, Giuffrè, Milano, 2002.

GRAZIOSI M., *Infirmis sexus. La donna nell'immaginario penalistico*, in *Democrazia e Diritto*, 2, 1993.

- *Salute della donna e detenzione*, Relazione per gli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, Tavolo 3 - Donne e carcere, 2016.

GRIECO S., *Il diritto all'affettività delle persone recluse. Un progetto di riforma tra esigenze di tutela contrapposte*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2022.

GREEN, B. L., DASS-BRAILSFORD, P., HURTADO DE MENDOZA, A., METE, M., LYNCH, S. M., DEHART, D. D., BELKNAP, J. *Trauma experiences and mental health among incarcerated women*, in *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8,4, 2016.

GROSSI V. P., *Equilibri impossibili? Regionalismo differenziato e livelli essenziali delle prestazioni dopo la sentenza della Corte costituzionale, n. 192 del 2024*, in *Osservatorio costituzionale*, Associazione italiana dei Costituzionalisti, fascicolo 4, 2025.

GRUNDETJERN, H. *Women's gender performances and cultural heterogeneity in the illegal drug economy*, in *Criminology*, 53, 2015.

GRUPO DE GÉNERO DEL FORO SOCIAL PERMANENTE Y SEMINARIO DE JUSTICIA FEMINISTA, *La justicia feminista a debate algunos apuntes.*, 2019, <http://forosoziala.eus>.

JORDAN, B. K., SCHLENGER, W. E., FAIRBANK, J. A., CADDELL, J. M. *Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women, II: convicted felons entering prison*, *Archives of General Psychiatry*, 53, 1996.

KARLSSON, M. E., ZIELINSKI, M. J. *Sexual victimization and mental illness prevalence rates among incarcerated women: A literature review*, *Trauma Violence Abuse*, 21, 2, 2020.

LEVORATO, C. *Salute e PNRR: un'altra occasione persa per gli enti locali*, in Costa, P., Pizzolato, F., Scalone, A. (a cura di), *L'autonomia locale e le dimensioni dell'eteronomia*, 2023.

LICHTENSTEIN, B., MALOW, R. *A critical review of HIV-related interventions for women prisoners in the United States*, in *J Assoc Nurses AIDS Care*, 2011.

LOMBARDI, P. *Ambiente e generazioni future: la dimensione temporale della solidarietà*, in *Federalismi.it*, 1, 2023, <https://www.federalismi.it/>.

Bibliografia

LORENZETTI, A. *Maternità e carcere: alla radice di un irriducibile ossimoro*, in *Questione Giustizia*, 2, 2019, <https://www.questionegiustizia.it/> .

- *La Corte costituzionale e il percorso di progressiva tutela alla madre detenuta nel suo rapporto con la prole*, in *Associazione Italiana dei Costituzionalisti*, 3, 2020, <https://www.associazionedeicostituzionalisti.it/it/> .
- *La giurisprudenza costituzionale sulla maternità reclusa. In Liber Amicorum Per Pasquale Costanzo*, in *Diritto costituzionale in trasformazione*, IV. I diritti fondamentali nel prisma del costituzionalista, Consulta OnLine, 2020.
- *Genere e detenzione. Le aporie costituzionali di fronte a una “doppia reclusione”*. *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2021, <https://www.biodiritto.org/>.
- *Genere e condizioni di vulnerabilità nell'emergenza: l'inesorabile emersione di una doppia marginalità*, in *Catelani, E., D'Amico, M. (a cura di.), Effetto Covid. Donne: la doppia discriminazione*, Il Mulino, 2021.
- *Il sistema delle fonti nel settore penitenziario. Una prospettiva di diritto costituzionale*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2021.
- *PNRR e (dis)eguaglianza di genere: la grande illusione?* *La Magistratura*, 2022, <https://lamagistratura.it/> .

LUCIANI, M. *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, 1980.

- *Salute, I) Diritto costituzionale*, in *Enciclopedia giuridica*, XXVII–XXXII. Treccani, Roma, 1991.
- *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m della Costituzione)*, in *Politica del diritto*, Fascicolo 3, 2002.
- *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in *Luciani M, Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli, Torino, 2011.

MACKINNON, C. A. *Le donne sono umane?* Edizioni Laterza, Roma, 2012.

MAISTO, F. *La sanità penitenziaria negli Stati Generali dell'Esecuzione Penale*, in *Rivista Antigone*, 1/2, 2016, www.associazioneantigone.it.

MANONELLES, A. B. *Régimen disciplinario y mujeres presas. Un análisis criminológico con perspectiva de género*, Instituto de las Mujeres., Madrid, 2020.

MANTOVANI, G. *Donne ristrette*. Ledizioni, Milano, 2018.

MASSARO, A. *Salute e sicurezza nei luoghi di detenzione: coordinate di un binomio complesso*, in A. Massaro (a cura di), *La tutela della salute nei luoghi di detenzione. Un'indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR*, RomaTre Press, 2017.

- *Il malinteso della donna come vittima vulnerabile: il diritto penale di fronte ai gender-based crimes*, in Genius, 2025, <https://www.geniusreview.eu/>.

MCCLANAHAN, S. F., MCCLELLAND, G. M., ABRAM, K. M., TEPLIN, L. A. *Pathways into prostitution among female jail detainees and their implications for mental health service*, Psychiatric Services, 1999.

MEOLA, F. *Detenzione e questioni di genere: a proposito della condizione carceraria femminile*, BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, 4, 2022, <https://www.biodiritto.org/>.

MIEDICO, M. *La criminalità femminile e i reati a scopo di lucro*, in C. Pecorella (a cura di), *La criminalità femminile. Un'indagine empirica e interdisciplinare*, Mimesis, Milano, 2020.

MERCINO, A. A. *Infrazioni disciplinari e punizioni*, in Associazione Antigone, *Dalla parte di Antigone. Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, 2023.

MILLET, K. *Sexual politics*, University of Illinois Press, 1970.

MINNELLA C., *Il decreto sicurezza e il nuovo reato di rivolta in carcere*, Altalex, 2025, <https://www.altalex.com/>.

MIRAVALLE M., *Quale genere di detenzione? Le donne in carcere in Italia e in Europa*, in Mantovani G., *Donne ristrette*, Ledizioni, Milano, 2018.

- *Dagli ospedali psichiatrici giudiziari alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza: un approccio socio-giuridico*, in Mantovani G., *Donne ristrette*, Ledizioni, Milano, 2018.

MONTANARI VERGALLO G., *Telemedicina: da eccezione a sistema?*, in Razzano G., (a cura di), *La missione salute del PNRR: opportunità e prospettive*, Jovene, Napoli, 2024.

MORANA, D. *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2021.

- *Prima e dopo la cura: nuove dimensioni nella tutela della salute*, BioLaw Journal, Special Issue 2, 2019, <https://www.biodiritto.org/>.

Bibliografia

MOSCONI, G. *Il carcere come salubre fabbrica della malattia*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1, 2005.

- *No prison: l'infondatezza del carcere*, in *Voci di dentro*, 37, 2021, <https://vocididentro.it/>.
- *Decostruire la pena, per una proposta abolizionista*, Meltemi, Milano, 2022.
- *Dove il diritto costruisce il crimine*, in *Voci di dentro*, 53, 2024, <https://vocididentro.it/>.

MURARO L., *Domani si riparte*, in www.libriadielledonne.it, 2019.

NAROTZKY S. *Mujer, mujeres, género : una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (España), 1995.

NICOLÁS LAZO, G., *Debates en epistemología feminista: del empiricismo y el standpoint a las críticas postmodernas sobre el sujeto y el punto de vista*, in Bodelón, E., Nicolás, G. (a cura di), *Género y dominación. Críticas feministas del derecho y el poder*, Anthropos Editorial, 2009.

NOWOTNY, K. M., BELKNAP, J., LYNCH, S., DEHART, D. *Risk profile and treatment needs of women in jail with co-occurring serious mental illness and substance use disorders*, in *Women & Health*, 54, 8, 2014.

NÚÑEZ, L. *El género en la ley penal: crítica feminista de la ilusión punitiva*, Universidad Nacional Autónoma de México, LIBRUNAM, 2021.

OLIVITO E., *“Non è uguaglianza quella che fa dell'uomo la mia misura”*, in Azzariti, Gaetano (a cura di), *Uguaglianza o differenza di genere? Prospettive a confronto*. Atti del Seminario di Roma, 2021.

OKIN, S. M. *Le donne e la giustizia. La famiglia come problema politico*, Dedalo, Bari, 1999.

PALOMBA, G. *La trama alternativa. Sogni e pratiche di giustizia trasformativa contro la violenza di genere*, Minimum Fax, Roma, 2023.

PAVARINI M., *Justice pénal à la carte. L'ultimo “pacchetto sicurezza” [legge 15 luglio 2009 n94]*, Studi e materiali di diritto penale, 2, 2010.

- *Pena*, Enciclopedia delle scienze sociali, Treccani, 1996.

PECORELLA, C. (a cura di). *La criminalità femminile. Un'indagine empirica e interdisciplinare*, Mimesis, Milano, 2020.

- *Donne e violenza. Stereotipi culturali e prassi giudiziarie*, Giappichelli, Torino, 2021.

PEZZINI B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1983.

- *Profili attuali del diritto alla salute*, Gallo C.E., Pezzini B. (a cura di), Giuffrè, Milano, 1998.
- *Nascere da un corpo di donna: un inquadramento costituzionalmente orientato dall'analisi di genere della gravidanza per altri*, in *Costituzionalismo*, fascicolo 1, 2017, <https://www.costituzionalismo.it/>.
- *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale nonostante il riordino del 1992)*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2018.
- *Costituzione italiana e uguaglianza dei sessi. Il principio antisubordinazione di genere*, in Pezzini B., Lorenzetti A. (a cura di), *70 anni dopo tra uguaglianza e differenza. Una riflessione sull'impatto del genere nella Costituzione e nel costituzionalismo*, Giappichelli, Torino, 2019.
- *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, in *BioLaw Journal*, 2, 2019, <https://www.biodiritto.org/>.
- *Solidarietà e politiche sociali tra Costituzione e Unione europea*, in *Atti del Convegno di Firenze*, in Mauro Campus, Stefano Dorigo, Veronica Federico, Nicole Lazzerini (a cura di), *Pago, dunque sono (cittadino europeo). Il futuro dell'Ue tra responsabilità fiscale, solidarietà e nuova cittadinanza europea*, Firenze University Press, 2022.
- *Fascismo/antifascismo: l'alterità politica matrice della Costituzione repubblicana*, in *Costituzionalismo.it*, fascicolo 1, 2025, www.costituzionalismo.it.

PITCH, T. *Diritto e rovescio: Studi sulle donne e il controllo sociale*, Esi, Napoli, 1987.

- *Dove si vive, come si vive*, in Campelli E., Faccioli F., Giordano V., Pitch T., *Donne in carcere. Ricerca sulla detenzione femminile in Italia*, Feltrinelli, Milano, 1992.
- *Quale giustizia per le donne: appunti per un dibattito* in Campelli E., Faccioli F., Giordano V., Pitch T., *Donne in carcere. Ricerca sulla detenzione femminile in Italia*, Feltrinelli, Milano, 1992.
- *Responsabilità limitate. Attori, conflitti, giustizia penale*, Feltrinelli, Milano, 1998.
- *Sesso e genere del e nel diritto: il femminismo giuridico*, in E. Santoro (a cura di), *Diritto come questione sociale*, Torino, 2010.
- *Il malinteso della vittima. Una lettura femminista della cultura punitiva*, Gruppo Abele, Torino, 2022.

POLITI F., *Il diritto alla salute fra esigenze di bilancio, tutela delle competenze regionali ed incomprimibilità dei livelli essenziali*, in *Giurisprudenza italiana*, Corti supreme e salute, 1, 2018.

Bibliografia

POPAY, J. *Women's experience of health illness and their social roles*, Atti del I° Seminario Internazionale sul “Disagio Psicologico della donna”, Unità Operativa USL 39 Napoli, 1988.

PUGIOTTO A., *Il volto costituzionale della pena (e i suoi sfregi)*, Associazione Italiana dei Costituzionalisti, 2, 2014, <https://www.rivistaaic.it/>.

RAFTER, N. *Partial Justice. Women, Prisons and Social Control*, Transaction Publishers, 1990.

RAMIREZ, S. *La reclusione dei corpi e degli affetti*, in F. Cancellaro, A. Sbraccia (a cura di), *Sostenibilità e trasformazioni della pena negli spazi del penitenziario*, Rivista Antigone, 2, 2024, www.associazioneantigone.it.

RASTRELLI, E. *La salute genere-specifica in ambito penitenziario*, Gender-Specific Med, 2,4, 2016, <https://www.gendermedjournal.it/> .

RAVAGNANI, L., *Adamo, Eva e il furto proibito*, in Pecorella, C. (a cura di), *La criminalità femminile. Un'indagine empirica e interdisciplinare*, Mimesis, Milano, 2020.

RAVAGNANI L., ROMANO C. A., *Women in prison. Indagine sulla detenzione femminile in Italia*, Pensa Multimedia, Lecce, 2013.

RAVAGNANI L, ROMANO C.A., POLICEK N., *Percorsi di vittimizzazione e detenzione femminile*, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 2017.

RAZZANO G., *Equità e integrazione: due principi chiave per un nuovo piano sanitario nazionale. Oltre la “missione salute” del PNRR*, in Rivista Associazione Italiana dei Costituzionalisti, 2, 2024, <https://www.rivistaaic.it/> .

RE L., CIUFFOLETTI S., *La pena rimossa. Detenzione e diniego della sessualità nelle carceri italiane*, in C. Botrugno, G. Caputo (a cura di), *Vulnerabilità, carcere e nuove tecnologie. Prospettive di ricerca sul diritto alla salute*, Phasar Edizioni, Firenze, 2020.

RESTREPO RODRIGUEZ D., Francés Lecumberri P., *Rasgos comunes entre el poder punitivo y el poder patriarcal*, in *Rev. colomb. soc.*, 39,1, 2016.

RINALDI, C., SAIITA, P. *Criminologie critiche contemporanee*, Giuffrè, Milano, 2018.

RONCO, D. *Rappresentazioni su salute, malattia e medicina in carcere, tra struttura e cultura penitenziaria*, in Rivista Antigone, *La tutela della salute in carcere tra diritto vigente e diritto vivente*, n. 1/2, Editoriale Scientifica, Napoli, 2016, www.associazioneantigone.it.

RONCONI S., *La “cattiva madre” è rea e detenuta. Il ritorno di un fantasma patriarcale*, in DonnaWomanFemme, Gattebuie *Voci femministe sul carcere*, Utopia, 143-144, 2025.

RONCONI, S., ZUFFA, G. *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, Ediesse, Roma, 2014.

- *La prigioniera delle donne. Idee e pratiche per i diritti*, Ediesse, Roma, 2020.

ROSELLÓ PEÑALOZA, M., CABRUJA UBACH, T., GÓMEZ FUENTEALBA, P. S. *¿Feminización de la psicopatología o psicopatologización de lo femenino? Construcciones discursivas de cuerpos vulnerables*. Athenea Digital, 19, 2, 2019.

RUBIN, G., *The traffic in Women: Notes on the “Political Economy” of sex*, in R. R. Reiter (a cura di), *Toward an Anthropology of Women*, Monthly Review Press, 1975.

RUOTOLO M., *Dignità e carcere*. Editoriale Scientifica, Napoli, 2011.

RUOTOLO M., TALINI S. (a cura di), *Dopo la riforma. I diritti dei detenuti nel sistema costituzionale*, Volume I e II, Editoriale Scientifica, Napoli, 2019.

- *Il carcere alla prova dell'emergenza sanitaria (a cura di)*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2020.

SALAZAR C., *Crisi economica e diritti fondamentali*, Relazione al XXVIII convegno annuale dell'AIC, rivista, 4, 2013, <https://www.rivistaaic.it/it/>.

SANTORO, E. *Carcere e società liberale* (II ed.), Giappichelli, Torino, 2004.

SARZOTTI, C. *Il campo giuridico del penitenziario: appunti per una ricostruzione*, in E. Santoro (a cura di), *Diritto come questione sociale*, Giappichelli, Torino, 2010.

SAXENA, P., MESSINA, N., *Trajectories of victimization to violence among incarcerated women*, in Health and Justice, 9, 18, 2021.

SCANDURRA A., *L'Osservatorio di Antigone nelle sezioni femminili d'Italia*, in Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone, Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, 2023, www.associazioneantigone.it.

Bibliografia

SCOTT, J. *Il "genere": un'utile categoria di analisi storica*, in *Rivista di storia contemporanea*, 4, 1987.

SIGNANI, F. *Per una ricerca "genere connotata": aspetti metodologici di una sfida*, in *Sex and Gender-Specific medicine*, 2016, <https://www.gendermedjournal.it/>.

- *Potenziare la gender medicine. I saperi necessari*, Mimesis, Milano, 2024.

SIMONCINI, A. *Il linguaggio dell'intelligenza artificiale e la tutela costituzionale dei diritti*, Associazione Italiana dei Costituzionalisti, 2, 2023, <https://www.rivistaaic.it/>.

SIMONE, A. *La prostituta nata. Lombroso, la sociologia giuridico-penale e la produzione della devianza femminile*, *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 2, 2017.

- *La devianza femminile nell'ordine discorsivo criminologico e nella sociologia giuridico-criminale. Un approccio critico*, in C. Rinaldi, P. Saitta, *Criminologie critiche contemporanee*, Giuffrè, Milano, 2018.

SMART, C. *Women, Crime and Criminology: A Feminist Critique*. Law Book Co of Australasia, 1978.

SMAUS, G. , *Io sono io, per una criminologia critica femminista*, in J. Feest, B. Pali, H. Trenz (a cura di), Castelvechi, Roma, 2024.

SONNINI, E. *Sessualità e affettività femminile nello spazio detentivo. Un'etnografia comparata*, *Rivista Antigone*, XVII, 2, 2022, www.associazioneantigone.it.

STAGNO, C. 'L'universo dei nostri bisogni negati'. *I corpi delle donne di Prima Linea all'interno del carcere*, *Rivista Antigone*, XVII, 2, 2022, www.associazioneantigone.it.

STARNINI G., *Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale*, *Autonomie locali e servizi sociali*, Il Mulino, *Rivista-web*, Fascicolo 1, 2009.

STEFFENONI, S. *Detenzione femminile*, Allegato 7, *Stati generali sull'esecuzione penale*, www.giustizia.it.

TACCARDI, C. *Note ai margini dei rapporti tra detenzione femminile e pregressa vittimizzazione*, in *Rivista Antigone*, XVII, 2, 2022, www.associazioneantigone.it.

TALINI, S., *L'affettività ristretta*, in *Costituzionalismo.it, I diritti dei detenuti*, Fascicolo 2, 2015, www.costituzionalismo.it.

- *La privazione della libertà personale. Metamorfosi normative, apporti giurisprudenziali, applicazioni amministrative*, Editoriale Scientifica srl, Napoli, 2018.
- *Dignità, libertà personale e forme di tutela: dalla riforma del '75 alla normativa sull'emergenza sanitaria*, Rivista Antigone, Fascicolo 1, 2021, www.associazioneantigone.it.
- *Un passo decisivo verso la garanzia della sessualità intramuraria?*, in Sistema Penale, fascicolo 3, 2023, <https://www.sistemapenale.it/>.
- *L'intimità quale diritto inviolabile anche negli istituti penitenziari. Considerazioni a margine della sent. n. 10/2024*, in Quaderni costituzionali, Fascicolo 1, 2024 .

TAMBURRINI, V., *I doveri costituzionali di solidarietà in campo sociale: profili generali e risvolti applicativi con particolare riferimento alla tutela della salute*, in Ianus, diritto e finanza. Rivista di studi giuridici, 18, 2018, <https://www.rivistaianus.it/>.

TENG, M. Q., GORDON, E., *Therapeutic virtual reality in prison: Participatory design with incarcerated women*. Massachusetts Institute of Technology, USA, 2021.

TOMASI, M. *Sperimentazioni cliniche e medicina di genere: la ricerca dell'eguaglianza attraverso la valorizzazione delle differenze*, in B. Pezzini, A. Lorenzetti (a cura di), *70 anni dopo tra uguaglianza e differenza*, Giappichelli Editore, Torino, 2019.

TUBERTINI, C., *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale, Fascicolo 1, 2016.

VALENTINO, M. V., *Diritto alla salute e carcere dall'ottica della detenzione femminile*, in Rivista Antigone, n. 1/2, 2016, www.associazioneantigone.it.

VAN HOUT, M. C., MHLANGA-GUNDA, R., *Contemporary women prisoners health experiences, unique prison health care needs and health care outcomes in sub Saharan Africa: a scoping review of extant literature*, in BMC International Health and Human Rights, 3, 9, 2018.

VEGA, C., *Reflexiones sobre impunidad, punitivismo y justicia en los feminismos en movimiento*, in Sin Permiso, 2019, <https://www.sinpermiso.info/>.

VELLUZZI, V., *L'analogia "occultata" e l'analogia "negata": spunti giurisprudenziali per l'analisi del ragionamento analogico*, in P.A. Persona e amministrazione, 2018, <https://journals.uniurb.it/index.php/pea>.

Bibliografia

- *L'analogia e il diritto : antologia breve*, in Pelliccioli L., Velluzzi V.(a cura di), *L'analogia e il diritto: antologia breve*. Edizioni ETS, 2011.

VERDOLINI, V., *Recensione a Pitch T., Il malinteso della vittima. Una lettura femminista della cultura punitiva*, in *Rassegna Italiana di Sociologia*, Fascicolo 2, 2024.

VERGÈS, F., *Una teoria femminista della violenza. Per una politica antirazzista della protezione*, Ombre corte, 2021.

VIANELLO, F. *Sociologia del carcere. Un'introduzione* (2a ed.), Carrocci editore, Roma, 2019.

WENZEL N. *Group rights*, in *Max Planck Encyclopedia of Public International Law*, 2011.

ZAGREBELSKY, G. *Postfazione*. In S. Anastasia, V. Calderone, L. Manconi (a cura di), *Abolire il carcere. Una ragionevole proposta per la sicurezza dei cittadini*, Chiarelettere, Milano, 2015.

- *Biodiritto e detenzione. Orientamenti della Corte europea dei diritti umani sui diritti dei detenuti*, in *Biodiritto e condizione detentiva*, *Rivista di BioDiritto*, 4, 2022, <https://www.biodiritto.org/>.

ZUFFA, G., *Ripensare il carcere, dall'ottica della differenza femminile*, in *Questione Giustizia*, 2015, <https://www.questionegiustizia.it/>.

Normativa

Legge 26 luglio 1975, n. 354 – Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà, G.U. 9 agosto 1975, n. 212, S.O., Titolo I Trattamento penitenziario, Capo I, Principi direttivi.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 – Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, G.U. n. 1, 1979.

Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, modifiche al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, entrata in vigore 22 dicembre 1998, G.U. n. 286 del 7 dicembre 1998.

Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Suppl. Ordinario del 15 marzo 2006.

Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230 – Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della L. 30 novembre 1998, n. 419, entrata in vigore 31/07/1999, G.U. n. 165 del 16 luglio 1999, Suppl. Ordinario n. 132.

D.P.C.M. 1° aprile 2008 – Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, G.U. Serie Generale n. 126 del 30 maggio 2008.

Accordo 15 marzo 2015 – Ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali», Rep. n. 3/CU, G.U. Serie Generale n. 64 del 18 marzo 2015.

Circolare 10 marzo 2016 – La condizione di disabilità motoria nell'ambiente penitenziario – Le limitazioni funzionali, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

D.P.C.M. 12 gennaio 2017 – Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), ai sensi dell'art. 1, comma 7, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, G.U. n. 27 del 1 febbraio 2017.

Accordo 17 dicembre 2020 – Ai sensi dell'articolo 4, comma 1, D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, www.statoregioni.it.

Bibliografia

Modifiche agli articoli 9 e 41 della Costituzione in materia di tutela dell'ambiente, A.C. 3156-B, XVIII legislatura, Dossier 7 febbraio 2022, www.senato.it.

Circolare 8 agosto 2022 – Iniziative per un intervento continuo in materia di prevenzione delle condotte suicidarie delle persone detenute, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Circolare 26 settembre 2022 – Colloqui, videochiamate e telefonate del DAP, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Normativa europea e internazionale

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Ley Orgánica 4/2023, de 27 de abril, para la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en los delitos contra la libertad sexual, la Ley de Enjuiciamiento Criminal y la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

United Nations, Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders, 21 diciembre 2010, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-rules-treatment-women-prisoners-and-non-custodial>

Giurisprudenza

Corte Costituzionale

Sent. n. 45, 09/06/1965 (ud. 26/05/1965)

Sent. n. 12, 12/02/1966 (ud. 04/02/1966)

Sent. n. 116, 23/11/1967 (ud. 15/11/1967)

Sent. n. 103, 02/06/1977 (ud. 24/05/1977)

Sent. n. 88, 26/07/1979 (ud. 12/07/1979)

Sent. n. 134, 04/05/1984 (ud. 02/05/1984)

Sent. n. 1002, 27/10/1988 (ud. 12/10/1988)

Sent. n. 313, 02/07/1990 (ud. 26/06/1990)

Sent. n. 455, 16/10/1990 (ud. 26/09/1990)

Sent. n. 70, 03/03/1994 (ud. 21/02/1994)

Sent. n. 304, 15/07/1994 (ud. 06/07/1994)

Sent. n. 438, 18/10/1995 (ud. 18/10/1995)

Sent. n. 399, 20/12/1996 (ud. 11/12/1996)

Sent. n. 26, 11/02/1999 (ud. 17/06/1998)

Sent. n. 309, 16/07/1999 (ud. 07/07/1999)

Sent. n. 301, 19/12/2012

Sent. n. 279, 22/11/2013 (ud. 09/10/2013)

Sent. n. 275, 16/12/2016 (ud. 19/10/2016)

Sent. n. 169, 12/07/2017 (ud. 21/03/2017)

Sent. n. 268, 14/12/2017 (ud. 22/11/2017)

Bibliografia

Sent. n. 10, 26/01/2024

Sent. n. 192, 03/12/2024 (ud. 12/11/2024)

Ord., (data ud. 21/02/2001) 06/03/2001, n. 46

Corte di Cassazione

Sezioni Unite Civili, sentenza 21 marzo 1973, n. 796.

Sezioni Unite, sentenza 6 ottobre 1979, n. 5172.

Sezioni Unite Civili, sentenza 15 febbraio 2021 (ud. 9 febbraio 2021), n. 3780.

Sezione I Penale, sentenza 8 aprile 2022 (ud. 25 febbraio 2022), n. 13660.

Cons.Stato, Sez. V, sent. 10 giugno 1955, n.855.

Report

Ass. Antigone, *Dalla parte di Antigone. Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*, 2023, <https://www.antigone.it/>.

Ass. Antigone, *Nodo alla gola. XX Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*, <https://www.antigone.it/>.

Ass. Antigone, *Rapporto di metà anno 2025, L'emergenza è adesso*, <https://www.antigone.it/>.

Ass. Antigone, *XVIII rapporto sulle condizioni di detenzione. Donne ristrette. Lo sguardo di chi abita la prigione*, <https://www.antigone.it/>.

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Report La salute "dentro le mura"*, 2013, https://bioetica.governo.it/media/1825/p113_2013_salute-dentro-le-mura_it.pdf.

Department of Justice, *Women in Prison Fact Sheet*, 1997.

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), *10th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1999*.

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), *Women in prison*, gennaio 2018, <https://rm.coe.int/168077ff14>.

House of Commons Justice Committee, *Women offenders: after the Corston Report, Second Report of Session 2013–14*.

Human Rights Watch, *All too familiar. Sexual Abuse of Women in U.S. State Prisons*, dicembre 1996, https://www.hrw.org/reports/1996/Us1.htm#_1_9.

Instituto de las Mujeres, *Perfil socio-demográfico de las mujeres pensadas con medidas penales alternativas a la prisión: Vulnerabilidad y factores de riesgo*, Blanca Impresores, 2023, pp.50-52.

Le dimensioni dell'affettività - Dispense ISSP n.3 (settembre 2013), Il diritto alla sessualità e affettività quale diritto inviolabile del detenuto; analisi e prospettive applicative de iure condito e de iure condendo. Le affettività ristrette. Aspetti psicologici e profili operativi "Identità di genere: omosessualità e transessualità nella detenzione", Ministero della giustizia Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, <https://www.giustizia.it/giustizia/it/homepage.page>.

Bibliografia

Le diseguaglianze di genere in Italia e il potenziale contributo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per ridurle, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria generale dello Stato, www.rgs.mef.gov.it.

Ministero dell'Interno, Report Donne e criminalità. Analisi dei reati commessi dalle donne e della detenzione femminile negli Istituti Penitenziari, <https://www.interno.gov.it>.

Ministero della Giustizia, Relazione finale agli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, tenutasi a Roma, 18-19 aprile 2016, https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_19_3.page?previousPage=mg_2_19.

OMS, Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva, pp.4, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf>.

Parlamento Europeo. Relazione sulla particolare situazione delle donne detenute e l'impatto dell'incarcerazione dei genitori sulla vita sociale e familiare, A6-0033/2008, Commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere, <https://www.europarl.europa.eu/portal/it>.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, <https://www.governo.it>.

The Corston Report, A review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system, 2007.