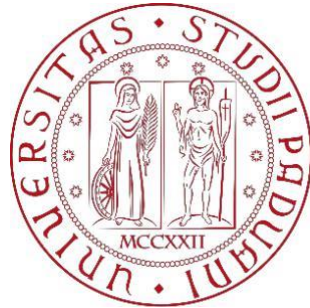


# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA



## FACOLTÀ DI SCIENZE SOCIOLOGICHE

LAUREA MAGISTRALE

In Culture Formazione e Società Globale

**La salute sessuale della popolazione detenuta in ambito detentivo**

*Candidata:*

*Serena Fabris*

*Relatrice:*

*Prof.ssa Francesca Vianello*

a.a. 2022\2023



# INDICE

<i>Introduzione</i> .....	1
<b>Capitolo primo, Diritto alla salute</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 Protezione dei diritti umani e detenzione</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2 Diritto alla salute, legislazione e legislazione territoriale</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3 Affettività e legislazione detentiva</b> .....	<b>19</b>
<b>1.4 Diritto alla sessualità in carcere: un vuoto legislativo</b> .....	<b>27</b>
<b>Capitolo 2 Letteratura di riferimento e proposte normative</b> .....	<b>32</b>
<b>2.1 Salute sessuale dei detenuti, letteratura di riferimento</b> .....	<b>32</b>
<b>2.2 Grafici e dati</b> .....	<b>40</b>
<b>2.3 Proposte di legge internazionale e nazionale ed esempi concreti</b> .....	<b>51</b>
<b>Cap 3 La sessualità dietro le sbarre</b> .....	<b>57</b>
<b>3.1 Pratiche di diritto alla sessualità</b> .....	<b>57</b>
<b>3.2 Le stanze dell'amore, l'ultimo caso di cronaca in Italia</b> .....	<b>62</b>
<b>3.3 Salute detentiva come salute collettiva e casi di violenza intramuraria</b> .....	<b>68</b>
<b>CONCLUSIONI</b> .....	<b>73</b>
<b>Dedica</b> .....	<b>78</b>

### ***Introduzione***

Al centro di questo elaborato di tesi, viene posto uno dei temi meno dibattuti ma più controversi del mondo dello studio del penitenziario, ovvero, la salute sessuale in campo detentivo della popolazione detenuta. La chiave di lettura sarà sociologica e legislativa partendo dallo stato di diritto all'interno del carcere, passando per la produzione legislativa europea ed italiana, citando articoli costituzionali, decreti-legge e proposte di legge rispetto all'argomento, mai entrate in vigore.

Il tema è difficile, controverso e spinoso per la letteratura contemporanea. Da una parte ci si scontra con una sanità precaria, sempre più comuni sono gli studi di medici carcerari che denunciano la patogenità delle condizioni dei nostri istituti di pena, dall'altra contro la legge che vieta la pratica sessuale e nega il diritto alla sessualità.

Il problema della salute sessuale diviene importante grazie alla consapevolezza che la norma che vieta la suddetta pratica spesso viene disattesa; quindi, come si tutela la salute rispetto a qualcosa la cui pratica, di fatto, viene vietata dalla legge? Qual è il confine tra legalità e realtà effettiva? Quali sono i rischi e le ripercussioni psicologiche e sanitarie di una castrazione obbligatoria? Se è vero che la civiltà di uno Stato si vede dalle condizioni dei propri istituti penitenziari, forse, le analisi delle problematiche dovrebbero essere più coerenti con quella che è la realtà dei fatti, più specificatamente della salute dei nostri detenuti.

Il tema di ricerca quindi, attraverso un excursus temporale, indagherà come lo stato italiano e non solo, a livello normativo, abbia cercato nel tempo, di interessarsi a queste questioni. Quali sono state le proposte di legge e in che modo il tema del diritto al piacere sia stato oggetto di interesse. La negazione della pratica sessuale sottende un deficit legislativo rispetto all'argomento e quindi una mancanza di tutele. In più, questa norma, porta con sé delle ripercussioni? Violenza, abuso, prostituzione, malattie sessualmente trasmissibili, disturbi psichiatrici e psicologici possono essere ricollegati alla negazione della sessualità? Se sì, in che termini e in che numeri?

L'analisi inoltre cercherà di rispondere ad un quesito altrettanto controverso e difficile ovvero: La sessualità negata e la proibizione del diritto al piacere,

si contrappone ai diritti fondamentali dell'uomo previsti dai primissimi articoli della nostra Costituzione?

Inizio già a rispondere ad alcune domande che mi sono posta prima di cominciare la stesura della tesi citando l'articolo 2 della Costituzione

*“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.” Art.2 Costituzione*

È o non è un diritto inviolabile dell'uomo quella dell'espressione della propria sessualità? Sì, è un'espressione naturale dell'essere vivente ed è proprio per questo che il suo esercizio non può essere compresso in ragione di una colpa. Impossibile non citare un'altra questione problematica ovvero, la trasformazione che, l'oggetto *sfera sessuale* ha a livello legislativo. I contenuti delle proposte che si avvicinano di più a questa tematica vertono principalmente sulla tutela delle relazioni affettive, in particolare relazioni pre-detentive. Quindi non esiste un diritto alla sessualità ma un, eventualmente, diritto all'affettività. In altre parole, la tutela viene proposta con una certa stabilità alle coppie eterosessuali con un certo tipo di legame affettivo (sposate o no).

La sfera sessuale, che non comprende solo coppie eterosessuali, andrebbe tutelata per ciò che è e non per ciò che “dovrebbe essere”. Il ventaglio della sessualità è più ampio di ciò che si vorrebbe tutelare, una rappresentazione affettiva e sessuale detentiva diversa da quella che, ipoteticamente, potrebbe essere, metterebbe seriamente a repentaglio la salute della popolazione detenuta e dell'intera collettività.

Il problema di fondo, quindi, è molteplice ed è opportuno soffermarsi non solo sulla richiesta dei detenuti di poter avere, in condizione di intimità, incontri con coloro con cui detengono una relazione d'affetto, ma anche occuparcene dal punto di vista della salute, fisica.

Al di fuori del nostro Stato, ma non troppo distante, il problema non viene ignorato, in paesi come Spagna, Norvegia, Danimarca e Svizzera è prevista la possibilità di usufruire di spazi all'interno dei quali i detenuti possono trascorrere alcune ore in compagnia delle persone con cui condividono un legame d'affetto, senza il controllo visivo del personale penitenziario.

## Capitolo primo, Diritto alla salute

### 1.1 Protezione dei diritti umani e detenzione

I diritti riconosciuti alla popolazione detenuta sono in primo luogo quelli proclamati come universali. L'esercizio dei diritti avviene in una condizione di pervasivo controllo della loro vita, con la totale negazione di svolgere qualsiasi cosa senza chiedere il permesso. Partendo dal presupposto che, al recluso, viene negato il diritto alla libertà, l'esercizio dei diritti di cui possono godere sono circoscritti nella loro naturale appartenenza alla sfera umana, mai personale.

I tassi di reclusione sono elevati, Antigone segnala che al 30 giugno 2021 il numero di persone detenute si attesta a 53.637, di cui 2.228 donne (4,2%) e 17.019 stranieri (32,4%), per 50.779 posti ufficialmente disponibili e un tasso di affollamento ufficiale del 105,6%<sup>1</sup>. Il tema dei diritti, di fatto, coinvolge centinaia di migliaia di persone, merita importanza ed è per questo che ho deciso di posizionarlo in apertura alla mia tesi.

La chiave di lettura del primo capitolo sarà Storica, Politica e Sociologica, cercherò di capire quando, nel mondo, è stata percepita la necessità di prestare più attenzione a coloro che si trovano dietro alle sbarre e citarne le prime formulazioni di critica.

Negli Stati Uniti almeno fino alla metà degli anni Settanta, veniva adottato dai federali la così detta "*hand off doctrine*" (E. Santoro, 1975) secondo la quale i detenuti perdevano tutti i diritti costituzionali e legali, venendo sostanzialmente condannati alla morte Civile. In linea di principio i detenuti

---

<sup>1</sup> [A partire da SMCV, numeri, storie, proposte per un nuovo sistema penitenziario - Rapporto di metà anno 2021.docx \(antigone.it\)](#)

erano esclusi dalla protezione della legge e del diritto e lasciati interamente alla discrezione della direzione delle strutture di detenzione.

A livello storico, l'estensione dello Stato di diritto dei detenuti, ebbe i suoi albori negli anni Settanta sulla scia della Rivoluzione giuridica che conferì i diritti di cittadinanza alle minoranze razziali. L'interesse allo Status giuridico del detenuto va quindi di pari passo con quello della tutela delle minoranze, il sistema Federale divenne più sensibile alle sollecitazioni che arrivavano dalle celle di reclusione. Il cambio di paradigma sul trattamento della suddetta popolazione avvenne per un insieme di motivazioni, fra cui anche una più specifica attenzione per quella che era *l'habeas corpus*<sup>2</sup> (Coppi G.), combinato con *Civil Rights Act*<sup>3</sup> (1964), che fornì ai detenuti degli efficaci strumenti procedurali con cui denunciare gli abusi dell'amministrazione.

La storia ci insegna che il cambiamento si ripercuote in ogni suo ambito sociale e culturale, i movimenti per i diritti civili portarono lo Stato Federale ad esaminare ogni aspetto del regime carcerario, che, negli anni Settanta, emanò decreti ed ingiunzioni su temi come la disciplina, la buona condotta, le condizioni di vita, la salute dei detenuti.

Da qui si avvia un processo di analisi fittizia prima negli Usa dopodiché anche negli Stati europei occidentali. Nella nostra storia ci sono casi in cui interi sistemi carcerari sono stati dichiarati incostituzionali per i propri trattamenti. Questi ultimi, purtroppo, sono avvenimento che tutt'ora anche in Italia avvengono, un esempio recente la dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'articolo *41-bis, comma 2-quater, lettera E* dove il Giudice deliberante

---

<sup>2</sup> *Habeas Corpus*: letteralmente "che tu abbia il corpo", è una locuzione latina utilizzata nei sistemi giuridici di common law, per indicare l'ordine emesso da un giudice di portare un prigioniero al proprio cospetto, per verificare le condizioni personali ed evitare una detenzione senza concreti elementi di accusa (Brocardi.it)

<sup>3</sup> *Civil Right Act* Legge del 1964 che negli Stati Uniti vietò la discriminazione basata sulla razza, il colore della pelle, le religioni, il sesso o le origini in ogni pratica di lavoro, elezioni e delle scuole, nelle aree pubbliche

afferma che l'articolo costituisca una "irragionevole compressione non solo del diritto di costoro alla libertà e segretezza della propria corrispondenza, ma anche e soprattutto dei loro diritti di difesa e al giusto processo, come garantiti dalla Costituzione e dalla CEDU" (Podestà G, 2022). Ma facciamo un passo indietro.

La prima fonte di diritto internazionale relativa al trattamento carcerario dei detenuti è stata l'adozione delle *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* adottate nel 1955 dal Primo Congresso delle Nazioni Unite sulla prevenzione del crimine e il trattamento dei delinquenti. Si trattava di disposizioni generali applicabili, proprio per la loro genericità, a qualsiasi modello di penitenziario. Il testo non era giuridicamente vincolante ma nell'effettivo spingeva verso uno specifico prototipo di istituzioni penitenziaria indicandone finalità e contenuti. Sarà proprio Michel Foucault con il suo celebre "*Surveiller et punir. Naissance de la prison*" (1975) a descrivere dettagliatamente il modello penitenziario che andava affermandosi durante tutto il dopoguerra nei paesi occidentali. Il Filosofo con il suo lavoro oltre a tracciare i meccanismi teorici e sociali dei sistemi penali che caratterizzarono la modernità, mise per la prima volta in crisi il concetto punizione e colpa espiata dalla prigione come rilevante. Si concentrò sui cambiamenti culturali che portarono la prigione a dominare i corpi attraverso dinamiche di potere.

*"non destinate a sanzionare l'infrazione, ma a controllare l'individuo, a neutralizzare il suo stato di pericolosità, a modificarne le tendenze criminali, e a non cessare fino a che il cambiamento non sia stato ottenuto"* (Foucault 1975)



Il filosofo analizzò il cambiamento della pena del XIX secolo che fu rapido ma non immediato, e cercò di capire in che modo si passò dalla “pubblica pena” rappresentata l'eccessivo potere del sovrano, ai “lavori forzati” per arrivare poi alla pena generalizzata e controllata. Fece un'analisi meticolosa sulla disciplina e su come essa avesse oggetto in maniera dettagliata aspetti del corpo di ciascuna persona individuandone quattro caratteristiche:

- Segregazione cellulare- determina la distribuzione spaziale dei corpi
- Organica- attraverso la codificazione delle attività in istruzioni dettagliate da seguire, tutte correlate fra loro
- Genetica- controlla l'evoluzione nel tempo dell'attività dei corpi
- Combinatoria- fa sì che la forza combinata di più corpi si fonda in una forza di massa

Rispetto al passato, le così dette *Standard Minimum Rules* del 1955 si propongono di umanizzare il trattamento e di limitare il potere penitenziario, affermando di certo importanti principi quali: l'assistenza medica (art.20-26), la riabilitazione “contingente alla possibilità di risorse” (Art.59), il divieto di discriminazioni (Art 6), la separazione dei detenuti con il fine di proteggere i più vulnerabili (Art.8), la salubrità dell'ambiente (Art. 10 e 14), il lavoro come strumento di riabilitazione (Art.9). Non bisogna dimenticare che le Nazioni Unite, nonostante la concessione di alcuni diritti, prevedono comunque un regime detentivo molto severo ed estremamente medicalizzato.

Nel 1987 il Consiglio d'Europa adottò la Convenzione Europea per la Prevenzione della Tortura e dei Trattamenti Inumani e degradanti. “*Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti.*” (Art. 3 Convenzione Europea)

Le esigenze di tutela dei diritti delle persone private della libertà personale hanno avuto riconoscimento giuridico solo nella più recente storia del diritto positivo. Fu proprio con l'articolo 3 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo che rese la tortura con finalità repressiva dei delitti, come un crimine contro l'umanità. Quindi siamo negli anni Ottanta, quando l'allora commissione europea dei diritti dell'uomo decreta che, la titolarità dei diritti e delle libertà previste dalla Convenzione non venivano meno con la privazione della libertà personale. L'art. 3 attribuisce di fatto, la responsabilità allo Stato un dovere inderogabile di proteggere la dignità e l'integrità fisica della persona (Tyler, 1979).

Esso svolge un ruolo essenzialmente preventivo e non ha alcun potere di condanna formale degli Stati che violano la Convenzione, ma solo quello di dare loro suggerimenti per rimuovere le violazioni e prevenirne il ripetersi, diversamente dalla Corte Europea dei diritti dell'uomo che hanno il diritto di condanna nei confronti dello Stato che viola determinati comportamenti.

Il Cpt svolge un ruolo di pressione politica e nel 2002 ha elaborato degli Standards che se applicati dagli Stati sarebbero utili ad evitare casi di tortura, esprimendosi su argomenti come: *Custodia della polizia*, in cui si conferiscono al detenuto diritto ad un avvocato, diritto ad un medico e diritto di notifica dell'arresto ad una parte vicina al detenuto, sulla *Detenzione* il Cpt si predispose all'ascolto della popolazione detenuta in quanto a denunce di maltrattamenti, *Assistenza sanitaria* accesso a un medico all'ingresso in carcere e in qualsiasi momento della detenzione, garanzia di una cura equivalente a quella garantita nel mondo libero, consenso informato del paziente e riservatezza, assistenza sanitaria preventiva (relativa a: igiene, malattie infettive, prevenzione del suicidio), assistenza medica attenta ai

bisogni delle categorie più vulnerabili, competenza professionale (ne parlerò più specificatamente nel capitolo sul diritto alla salute), sulla popolazione detenuta *Straniera*, sugli *Internamenti forzati negli istituti psichiatrici*, sui *minori*, sulle *donne*, sulla *Formazione del personale di polizia*, sulla *Lotta all'impunità*.

La Sociologia della vita del penitenziario da tempo ci dice che il conferimento dei diritti ai detenuti non ha cambiato il carcere. Erving Goffman fu il pioniere della critica contro le istituzioni totali, in primis i manicomi e il trattamento riservato agli internati. In *Asylums* del 1964, il sociologo, ci parla di come l'istituzione totale non sia in grado di conseguire il proprio fine, ovvero quello di creare un cittadino disciplinato. La riabilitazione non è che una giustificazione dell'istituzione penitenziaria, il potere non è esercitato verso la rieducazione ma verso il contenimento ed il mantenimento dello scopo dell'istituzione stessa e del mantenimento dell'equilibrio dei vari gruppi in conflitto (Caputo G; 2010). Il carcere è quindi visto un ambiente contenitivo dove il personale penitenziario ha il compito di mantenere l'ordine dentro ed impedire le fughe, esercitando un certo tipo di potere sui corpi della popolazione detenuta assicurando un ambiente accettabilmente vivibile e sicuro, trascurando però importanti spazi e diritti che condizionano inevitabilmente la qualità della vita dei detenuti.

*“si impadronisce di parte del tempo e degli interessi di coloro che da essa dipendono, offrendo in cambio un particolare tipo di mondo: il che significa che tende a circuire i suoi componenti in una sorta di azione inglobante. Questo carattere inglobante o totale è simbolizzato nell'impedimento allo scambio sociale e all'uscita verso il mondo esterno” (Goffman, 2001)*

Siamo nel 900, quando grazie anche al contributo e allo sviluppo degli studi Pedagogici, che si sviluppa finalmente l'idea della pena come riabilitazione: la privazione della libertà deve essere utile per il condannato e soprattutto alla società.

In Italia otteniamo dei cambiamenti con l'approvazione della riforma sul regolamento penitenziario del 1975 e con la legge Gozzini nel 1986, con questi due provvedimenti la vita del detenuto viene regolata a livello legislativo. (Ministero della giustizia | Carcere e probation)

La natura con il quale fu attuata la riforma, ovvero il regolamento penitenziario del 1975 (OP), venne disposta con legge quindi il potere dell'amministrazione in questo caso divenne più vincolante. Con la nuova disciplina alle già presenti regole di condotta dei detenuti, si aggiunsero delle regole sull'organizzazione e sull'amministrazione del penitenziario. Per la prima volta in Italia viene messo il detenuto al centro della disciplina, sin dal'art.1 che definisce il contenuto ed i limiti del trattamento penitenziario: Umanità, rispetto della dignità della persona, esclusione dalle discriminazioni, imparzialità, indicazioni dei detenuti con il loro nome, proiezione verso il reinserimento sociale ed individualizzazione del trattamento. (Legge 354/1975 "Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà").

Diciamo che, con l'entrata in vigore della nostra costituzione prima (1° gennaio, 1948) e del regolamento penitenziario poi, i principi dello stato di diritto fanno il loro ingresso in carcere, il quale smette di essere un'istituzione chiusa e regolata da norme illiberali.

In Italia, Le coordinate fondamentali nella quale si costruisce la soggettività del detenuto e dei suoi diritti, sono rintracciabili nella nostra Costituzione,

tanto nell'articolo 13 in tema dell'inviolabilità della libertà personale, quanto nell'articolo 24 in tema di diritto di azione e di difesa giurisdizionale e in particolare nell'articolo 27, comma 3, sul divieto di trattamenti contrari al senso di umanità e sulla finalità rieducativa della pena.

*“Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”*. Articolo 27 della Costituzione italiana comma 3

La carta fondamentale della repubblica, con l'articolo 27, si oppose in maniera rivoluzionaria contro quelle che erano le teorie classiche sullo scopo della pena, decretando settant'anni fa, che la funzione della pena doveva essere rieducativa. Sulle orme della Convenzione Europea, i nostri costituenti, molti dei quali vissero il carcere sotto regime fascista, pensarono alla Costituzione come qualcosa che doveva guardare verso il futuro, indi per cui con l'articolo 27 cercarono di trasformare la funzione retributiva della pena in una funzione della pena utile, per la comunità. La pena doveva svolgere la funzione di recupero della persona, chi subisce la pena alla fine dovrà essere una persona diversa e in possibilità ancora più diversa da quando ha commesso il reato. In Italia questa è e dovrebbe essere la grande scommessa del carcere. (Bortolato; Vigna; 2020). Le novità introdotte dalla Costituzione si tradussero in norme legislative con l'approvazione del Regolamento Penitenziario del 75.

## **1.2 Diritto alla salute, legislazione e legislazione territoriale**

L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS, 1948) definisce la salute come: “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia”. Il diritto alla salute si concretizza in vari diritti: quello all'integrità psicofisica, quello ai trattamenti sanitari, quello all'autodeterminazione sanitaria.

Gli studi dei medici penitenziari che denunciano la patogenità della vita carceraria sono, nell'ultimo trentennio, in costante aumento. La maggior parte di questi studi sottolinea inoltre che l'ambiente del carcere favorisce la tendenza al suicidio, come essi siano focolari delle più disparate malattie dato il sempre più crescente sovraffollamento e di come, il trattamento psicologico e mentale della popolazione detenuta sia estremamente medicalizzato (Standard Minimum Rules, art.22).

Victor Serge Scriveva che un detenuto, già dopo la prima ora di carcere, è una persona mentalmente squilibrata (V. Serge, 1980) ed esiste un accordo generale tra i medici penitenziari sul fatto che la detenzione comporta:

- 1) l'erosione dell'individualità, il danneggiamento, cioè della capacità individuale di pensare e di agire in modo autonomo
- 2) la deculturazione, ossia la perdita dei valori e delle attitudini che il soggetto aveva prima dell'ingresso in carcere
- 3) danni fisici e psicologici che affliggono l'individuo durante il periodo della sua permanenza in carcere
- 4) l'isolamento, la carenza cioè di interazione sociale con il mondo esterno e con gli altri individui chiusi in carcere;
- 5) la privazione degli stimoli, con adattamento alla povertà dell'ambiente fisico che circonda l'individuo ed al ritmo monotono e lento della vita istituzionale

6) l'estraniamento, ovvero l'incapacità di adeguarsi alle novità dell'ambiente esterno (tecnologiche, sociali, ecc.) una volta conclusa l'esperienza dal carcere (F.Ceraudo).

In Italia il diritto alla salute ha rilievo costituzionale, l'articolo 32 dispone: "la Repubblica tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti", inoltre viene riconfermato dall'articolo numero 2 e 3 della nostra Costituzione con la tutela dei diritti fondamentali dell'uomo, fra cui la salute e il principio di uguaglianza.

Sino al 1970 in Italia, le prestazioni sanitarie personali richieste dai detenuti erano affidate ai medici del territorio ed il carcere se ne serviva in maniera totalmente improvvisata, non vi era un personale specializzato all'interno delle strutture. Con la legge 740 dello stesso anno, tutto il personale di competenza quali: medici, infermieri e farmacisti, si staccarono progressivamente dalla sanità pubblica nazionale inserendosi in quello che diventò il trattamento sanitario penitenziario del detenuto.

Nel 1997, a Roma, si tenne per la prima volta dentro ad un istituto di pena, ovvero quello di Rebbia, un'assemblea con il risultato di produrre un forte cambiamento rispetto alle istanze presentate dagli internati e dal servizio medico esterno al carcere rispetto alla situazione sanitaria.

Con questa assemblea, cui partecipanti furono i ministri: Rosy Bindi della sanità, Livia Turco degli affari sociali, Giovanni Maria Flica della giustizia si giunse, alla promulgazione della Legge-Delega n. 419 del 30 novembre 1998 che, all'art. n. 5 cui tema centrale era il "Riordino della Medicina Penitenziaria".

Nell'articolo A di questa legge veniva proposto un trattamento specifico per assicurare il diritto alla salute del detenuto mediante *“forme progressive di inserimento, con opportune sperimentazioni di modelli organizzativi anche eventualmente differenziati in relazione alle esigenze ed alle realtà del territorio, all'interno del Servizio sanitario nazionale, di personale e di strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria”*. (Gazzetta Ufficiale, 1998).

Tale progressivo passaggio di funzioni aveva previsto anche una fase transitoria, rispetto alla quale furono scelte sei regioni (Lazio, Toscana, e Puglia, in seguito anche Emilia-Romagna, Molise e Campania) dove sperimentalmente sarebbero state trasferite tutte le funzioni sanitarie, mentre in materia di tossicodipendenza e di prevenzione generale il trasferimento venne effettuato in tutte le regioni italiane.

Il diritto alla salute in carcere è stato soggetto di numerosi interventi legislativi ma il divario tra diritto e sistema sanitario tra cittadini liberi e detenuti si “risolse” con la legge n. 230 del 1999, praticamente vent'anni dopo la legge n.833 nel 1978, che prevedeva l'unitarietà tra i sistemi sanitari autonomi (per esempio quello militare), ed il sistema sanitario nazionale. Al decreto 230 fece seguito un “progetto obiettivo” triennale che riguardava diverse branche sanitarie di interesse penitenziario quali: igiene degli ambienti, assistenza farmaceutica, medicina d'urgenza, assistenza ai migranti, patologie infettive, tutela della salute mentale. Il progetto ebbe un inizio travagliato, uno svolgimento irregolare dato dall'organizzazione regionale ed una conclusione non ottimale. Nel 2002 venne emesso dalla commissione istituita presso il ministero della sanità che, il progetto sperimentale date le plurime difficoltà aveva raggiunto un livello ottimo. Purtroppo questa dichiarazione venne smentita 2003, quando, dopo un'indagine parlamentare



finalizzata all'esatta conoscenza dello stato dell'arte della riforma della medicina penitenziaria, testimoni privilegiati quali operatori in carcere, volontari e stesse ASL dichiararono all'unanimità che: il costante degrado del sistema sanitario penitenziario violava il principio costituzionale di uguaglianza di trattamento nell'assistenza sanitaria per le persone recluse, a fronte di un loro crescente numero, sebbene il numero globale dei nuovi entrati fosse rimasto costante a partire dal 1991.

Nel 2007 venne istituita una nuova commissione interministeriale, formata questa volta oltre che da nuovi ministeri anche da Enti: Giustizia, Funzione Pubblica, Sanità, Economia, A.R.A.N., Conferenza Stato Regione), un ruolo particolare in questo caso veniva dato alla massiccia presenza delle regioni la maggior parte delle quali partecipava attivamente al tavolo di consultazione; in seguito la Conferenza Stato-Regioni ne avrebbe individuate tre, Lazio, Toscana e Calabria, che successivamente avrebbero trainato il processo di riforma anche nelle altre parti del territorio italiano (Rapporto Antigone, 2008)

Nel libro *Farsi la galera* di Elton Kalica, più specificatamente nel capitolo intitolato "*Contenere il malessere? Salute e socialità in carcere*", trattato da Alvise Sbraccia, vengono analizzati frammenti di interviste ed etnografie inerenti a quello che fu il periodo transitorio e sperimentale della riforma penitenziaria, che avvenne nel 2008.

La riforma comportò quello che il nostro diritto identifica come Decentramento Amministrativo, dal 1° aprile 2008, il compartimento della sanità penitenziaria non è più competenza del Ministero della Giustizia ma dell'Asl di riferimento del territorio, quindi diventa competenza della regione.

A partire dalle prime sperimentazioni regionali: Toscana, Lazio, Puglia, Emilia-Romagna la riforma venne realizzata in maniera sostanzialmente differenziale e frastagliata con l'obiettivo specifico di parificare il trattamento sanitario in riferimento ai residenti sul territorio (detenuti e non). Sempre Sbraccia ci tiene a sottolineare, che il quadro generale clinico degli Istituti di pena contengono un quadro patologico particolare, dato anche dal contesto e dalla condizione di marginalità sociale dei suoi abitanti. A questo dato, si aggiunge il cambio di responsabilità rispetto al servizio sanitario del penitenziario che, diventando competenza della regione, ha prodotto dei risultati piuttosto disomogenei sul territorio nazionale.

Uno dei tratti innovativi della riforma fu quello di sottrarre medici ed infermieri dal controllo gerarchico dell'amministrazione penitenziaria, con l'obiettivo di creare una figura di medico che riesca ad esercitare un contropotere a fronte degli istituti e dei comandi di polizia penitenziaria (Ronco 2011; Cherchi 2017). Questo modello di autonomia diede vita a differenti modalità di agire a livello clinico, alcune Asl decisero di esercitare la sottrazione del paziente detenuto con l'invio alle strutture ospedaliere esterne per i trattamenti clinici, a volte con corsie preferenziali rispetto alle comuni liste d'attesa. Altre amministrazioni hanno preferito potenziare la presenza di specialisti all'interno, altre ancora hanno lasciato gli organici e i monti orari di presenze invariati.

Sbraccia dice che una gestione così diversificata nella gestione del servizio sanitario a livello territoriale, favorisce la creazione di contratti lavorativi scadenti e che la già di per se particolaristica conformazione del penitenziario, riproducendosi sul piano sanitario, ricalca quello che Pietro Buffa identifica

come “individualismo penitenziario ossia l’idea che “Ogni carcere è un mondo a sé”.

Nel 2019 c’era un solo medico di base in ogni carcere per ogni 315 detenuti, per un totale di 1.000 medici di base e di guardia nei circa 200 istituti di pena italiani. Troppo pochi per garantire un servizio adeguato. Il 70% dei medici è precario. Ovviamente, il numero varia da carcere a carcere a seconda della capienza della struttura, ma in media come si è detto è presente un medico ogni 315 detenuti. In alcune realtà manca addirittura il medico di base (Ansa, 2019).

A dieci anni dalla riforma, Antigone propone un’analisi intitolata: *“La riforma della sanità penitenziaria compie 10 anni: più ombre che luci”*. Dal report si evince che permangono criticità che non permettono la piena affermazione delle cure, principio cardine della riforma.

Si identificano casi di: assenza di adeguati spazi vitali (68,4%), quindi celle che non raggiungono la soglia minima di metri cubi (6 mq, identificati dal Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura), celle senza riscaldamento (8,4%), celle senza acqua calda (43 %), celle senza di docce (58,7%), in 4 istituti (il 4.7%) wc non separato dal resto della cella. Questi dati rappresentano una situazione posizionata al di sotto degli standard minimi consentiti, contro i diritti umani e potenziali focolai di malattie fisiche e psichiche: assenza d’igiene ed assenza di spazio. Le ricerche condotte, generalmente su base locale/regionale, evidenziano come la popolazione detenuta risulti in media per il 60-70% portatrice di patologie croniche. Riconfermando le teorie già riportate da Sbraccia e riportate dal rapporto Antigone del 2018, il carcere sembra che produca come struttura in sé delle

patologie, specifiche del proprio contesto. Questo evidentemente è ancor più vero quando prendiamo in considerazione i disturbi psichici, dove nello specifico è anche arduo differenziare nettamente i casi in cui il carcere è ricettacolo di varie forme di disagio psichico, dai casi in cui è lo stesso carcere a creare e acuire tali disturbi.

Gli attivisti di Antigone affermano che la riforma penitenziaria ha gravato sulle spalle della già fragile sanità locale, inoltre da buona istituzione totale, il carcere riproduce fedelmente le caratteristiche e le condizioni della sanità fuori acutandone le problematiche ed aggiungendone altre. Si interrompono i rapporti di continuità terapeutica, le cartelle cliniche dei pazienti-detenuti non sono registrate quindi nella maggioranza dei casi l'istituzione non è a conoscenza delle caratteristiche sanitarie del recluso, in più nei casi di persone con disabilità Antigone manifesta un'assoluta inadeguatezza nella strumentazione, nelle terapie e nell'architettura degli istituti di pena analizzati nel 2018, 86 carceri di cui più della metà presentavano servizi precari e inadeguati rispetto ai punti appena sopracitati. (Rapporto Antigone, 2018).

Diversificazione, diversità, diseguaglianza, sono tutti termini onnipresenti nei rapporti e nelle descrizioni di qualsiasi sfaccettatura del carcere: diversificata amministrazione, diverse procedure penali, diversi trattamenti da parte del personale, diversa gestione del personale, diverse opportunità, diversi accessi alle cure.

Nel 2020, incombe nelle vite di tutti la Pandemia causata dal virus Covid 19, quello che dalla sociologia del penitenziario e non solo viene definito "il virus delle diseguaglianze".

Davanti alla malattia non siamo tutti uguali, ci sono categorie di persone più a rischio di altre e come al solito si tratta delle categorie di persone già di per

sé più vulnerabili, la pandemia non ha fatto altro che sottolineare queste diseguaglianze: persone anziane con patologie pregresse più a rischio rispetto all'infezione da Covid, lavoratori in nero e operai che non hanno potuto svolgere lo smart working, le donne che hanno dovuto svolgere il triplo del lavoro dentro alle mura domestiche. Fra queste categorie, in cima alla lista, abbiamo quella dei detenuti, per tre intuitivi motivi:

- Lo stretto contatto fra detenuti dato dal sovraffollamento
- Lo scarso accesso al servizio sanitario
- La rapida diffusione degli agenti patogeni tra detenuti (B.F. Henry, 2020; S.A. Kinner et al., 2020).

La pandemia Covid quindi si scontra con una delle più grandi lacune della nostra nazione, come si fa a conciliare il distanziamento sociale con il sovraffollamento carcerario? Secondo i rapporti di Antigone, la pandemia iniziò con un tasso di sovraffollamento del 130,4%, in alcuni casi persino 12 detenuti a cella mentre in altri si segnalava la violazione del criterio dei 3 metri quadri a detenuto (Antigone, 2020).

Ragioni strutturali e contingenti hanno reso quasi impossibile rispettare le tradizionali misure di contenimento: distanziamento fisico, quarantena volontaria per casi sospetti, isolamento sanitario per i positivi. A ciò si aggiunga la quasi totale mancanza di materiale di protezione: mascherine, disinfettanti, guanti, ecc. (T. Burki, 2020; M. Cingolani, L. Caraceni, N. Cannovo, P. Fedeli, 2020).

Per non parlare delle così dette “categorie a rischio” della popolazione detenuta come: persone con disabilità, persone tossicodipendenti, persone immunodepresse e con patologie pregresse, la pandemia ha ulteriormente alimentato la loro condizione di vulnerabilità, sottolineandone tutte le criticità

già presenti sopracitate quali: continuità terapeutica, conoscenza dei dati e delle cartelle cliniche dei pazienti detenuti, somministrazione di cure e farmaci.

### **1.3 Affettività e legislazione detentiva**

La caratteristica fondamentale della pena è principalmente la privazione, che comporta la sospensione dei rapporti umani e delle relazioni personali. Tuttavia, i legislatori non hanno mai del tutto interrotto le interazioni tra le strutture penitenziarie e il contesto socio-affettivo esterno. Infatti, l'individuo sottoposto alla reclusione ha il diritto di incontrare i familiari, riconoscendo implicitamente l'importanza irrinunciabile dell'avvicinamento del detenuto al mondo esterno, in particolare a quello delle sue relazioni affettive.

Permettere ai detenuti di coltivare i propri legami affettivi rappresenta un concreto sforzo per umanizzare la detenzione e costituisce un importante segnale di prospettiva per i condannati ed i loro cari. Impedire l'affettività della persona significa, sostanzialmente, privare anche la moglie o la compagna ed i figli, se ce ne sono, che non detengono colpe. Interrompere i legami umani di un individuo significa negargli la sua precedente storia di vita.

Il termine affettività deriva dal latino *affectus*, significa “inclinazione agli affetti, alla vita e ai rapporti affettivi”. In psicologia, “l’insieme dei fatti e dei fenomeni affettivi che caratterizzano le tendenze e le reazioni psichiche di un individuo”; in senso giuridico, invece, l’affettività è inglobata nel diritto alla dignità umana che rientra nei diritti inviolabili dell’uomo, sanciti all’articolo 2 della Costituzione Italiana. Fra i diritti riconosciuti dall’ordinamento ai

soggetti privati della libertà emerge quello legato alle relazioni familiari e affettive.

Il legislatore del 1975 pose il rapporto affettivo-sociale del detenuto come pilastro su cui fondare l'attività di rieducazione. A livello costituzionale gli articoli 29 e 31<sup>4</sup> salvaguardano i rapporti familiari e le relazioni affettive, invece, a livello europeo la Raccomandazione R (2006) del Comitato dei Ministri agli Stati Membri sulle Regole penitenziarie europee al punto 24.1 afferma che "i detenuti devono essere autorizzati a comunicare il più frequentemente possibile con la famiglia, con terze persone, con i rappresentanti di organismi esterni e a ricevere visite da dette persone"<sup>5</sup>.

L'articolo 28 dell'ordinamento penitenziario è rivolto nella sua interezza ai rapporti con le famiglie<sup>6</sup>; in tale norma si intravedono due aspetti: da un lato il legislatore ha cercato, con l'introduzione di questo articolo, di limitare gli effetti de socializzanti dovuti alla privazione della libertà personale, dall'altro ha attribuito al rapporto affettivo con la famiglia la funzione di elemento determinate nel trattamento rieducativo.

L'art.64 delle Regole penitenziarie europee, tutela l'equilibrio tra esigenza punitiva dello Stato e la necessaria garanzia dei diritti umani: *"la detenzione, comportando la privazione della libertà, è punizione in quanto tale. La condizione della detenzione e i regimi di detenzione non devono quindi*

---

<sup>4</sup> Articolo 29, comma 1, Costituzione: "La Repubblica riconosce i diritti della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio"; Articolo 31, comma 1, Costituzione: "La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose."

<sup>5</sup> Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri sulle Regole penitenziarie europee, adottata dal Consiglio dei Ministri l'11 gennaio 2006, in occasione della 952esima riunione dei Delegati dei Ministri.

<sup>6</sup> Articolo 28, L. n. 354/1975: "Particolare cura è dedicata a mantenere, migliorare o ristabilire le relazioni dei detenuti e degli internati con le famiglie".

*aggravare la sofferenza inerente ad essa, salvo come circostanza accidentale giustificata dalla necessità dell'isolamento o dalle esigenze della disciplina".*

Di conseguenza le relazioni familiari sono considerate necessarie ai fini del reinserimento del reo, e quindi *"ogni sforzo deve essere fatto per assicurarsi che i regimi degli istituti siano regolati e gestiti in maniera da [...] mantenere e rafforzare i legami dei detenuti con i membri della loro famiglia e con la comunità esterna, al fine di proteggere gli interessi dei detenuti e delle loro famiglie"*.

Le relazioni familiari diventano quindi, punto imprescindibile per il recupero del condannato, affermando con l'art 28 che *"la famiglia costituisce per l'ordinamento un sicuro punto di riferimento al quale dedicare particolare cura"*, sottolineandone nuovamente che il recupero del condannato non può avvenire, interrompendone i legami familiari.

Il rapporto familiare è tutelato attraverso differenti interventi, attuati dal direttore dell'istituto su indicazione del gruppo di osservazione <sup>7</sup>, essi comprendono la possibilità di concedere colloqui oltre i limiti della disciplina ordinaria e l'autorizzazione di visite da parte di persone ammesse ai colloqui per trascorrere parte della giornata e consumare un pasto insieme. Determinante, per quanto attiene al momento iniziale, è il colloquio di primo ingresso in cui il detenuto è invitato, ai sensi dell'articolo 29, comma 1, ordinamento penitenziario, a comunicare il nominativo di un congiunto o altro soggetto a cui dare le informazioni circa il fatto e, al comma 2, prevede

---

<sup>7</sup> Gruppo di Osservazione e Trattamento ( G.O.T.) definito dalla Circolare 9 ottobre 2003 sulle Aree educative, il quale è un "gruppo allargato" composto da un funzionario pedagogico e da tutti soggetti che si relazionano con il detenuto o che partecipano al trattamento dello stesso, come il personale della polizia penitenziaria, i volontari e gli insegnanti. Il G.O.T. si riunisce periodicamente per aggiornarsi sullo stato di evoluzione o involuzioni del detenuto<sup>207</sup> ed il buon esito del patto trattamentale di ogni singolo detenuto o internato, non può che concorrere alla riduzione della recidiva ed all'aumento di un clima generale di sicurezza.



la stessa comunicazione anche in caso di malattie gravi e decessi; l'amministrazione provvede immediatamente al trasferimento della notizia alle persone interessate.

Uno dei primi fattori che aiutano a mantenere il rapporto tra la famiglia e il recluso riguarda la decisione del luogo in cui scontare la pena, che di solito deve essere "nella stessa zona in cui risiede o in una località vicina".

L'articolo 42, comma 1 e 2, dell'ordinamento penitenziario, consente il trasferimento del detenuto in un istituto il più vicino possibile alla residenza stabile della famiglia; l'articolo 45, comma 1 e 2, dell'ordinamento penitenziario, prevede l'assistenza necessaria per le famiglie dei detenuti al fine di preservare e migliorare tali relazioni e, soprattutto, per rimuovere eventuali ostacoli al loro reinserimento sociale; dopodiché è presente anche l'articolo 23 dell'ordinamento penitenziario, che consente il versamento diretto delle somme guadagnate dal detenuto lavoratore alle persone a carico degli assegni familiari.

Tra le misure previste dal sistema carcerario, per salvaguardare le relazioni tra i detenuti e la comunità, si dà grande importanza ai colloqui. Questi sono regolati principalmente dall'articolo 18 del sistema carcerario e inoltre dagli articoli 37 e 61 del regolamento di attuazione 230/2000.

L'articolo 18 dell'Ordinamento penitenziario al primo comma afferma che *“I detenuti e gli internati sono ammessi ad avere colloqui (e corrispondenza) con i congiunti e con altre persone, anche al fine di compiere atti giuridici”, riservando al comma terzo “particolare favore ai colloqui con i familiari”.*

Il Regolamento carcerario non specifica in modo dettagliato le modalità e la quantità di incontri o conversazioni telefoniche a cui il prigioniero ha diritto, né indica la frequenza con cui dovrebbero essere concessi.

Il regolamento di esecuzione, all'articolo 37 comma 5, stabilisce come norma che le conversazioni avvengano in stanze senza pareti divisorie o all'aperto, e solo se vi sono motivi sanitari o di sicurezza particolari, che si svolgano in stanze interne con pareti divisorie. Inoltre, lo stesso comma prescrive che in ogni caso "le conversazioni sono monitorate dal personale del Corpo di polizia penitenziaria".

Si è constatato che per i carcerati "ordinari" sono programmati sei incontri al mese, mentre per i carcerati condannati per uno dei crimini indicati nell'articolo 4-bis, comma 1, primo periodo, dell'ordinamento penitenziario, l'articolo 37, comma 8 del regolamento esecutivo stabilisce che il numero di colloqui "non può superare i quattro al mese".

I locali delle conversazioni devono essere arredati in modo tale da impedire il passaggio di oggetti e l'assenza del vetro divisorio è consentita solamente con i figli e nipoti minori di dodici anni e in assenza di parenti maggiorenni. Questi incontri si distinguono dai normali colloqui anche per la presenza di controllo audiovisivo e la possibilità di videoregistrazione.

Per quanto riguarda le conversazioni con figli di età inferiore ai dieci anni, è importante notare che l'articolo 61 del regolamento esecutivo, che prevede la possibilità di trascorrere parte della giornata e di condividere un pasto con la famiglia, ha lo scopo di preservare il rapporto genitoriale. La facoltà di concedere i colloqui varia a seconda della posizione giuridica del soggetto che deve accedervi: fino alla sentenza di primo grado, l'autorità giudiziaria competente è responsabile; per gli imputati condannati in primo grado e per i

condannati con sentenza definitiva, tale responsabilità spetta al direttore dell'istituto.

Oltre ai colloqui, un importante mezzo di comunicazione con l'esterno è rappresentato dalla corrispondenza telefonica, che è un complemento essenziale per una corretta rieducazione del detenuto grazie alla possibilità di fruizione. La sua disponibilità dipende da un alto livello di autodeterminazione, consapevolezza e responsabilità che sono fattori fondamentali per il successo del processo di recupero.

Il dialogo e la posta sono dunque i principali mezzi, nonché diritti fondamentali del detenuto, per mantenere relazioni con la propria famiglia.

La legge 653/86 ha introdotto una nuova normativa riguardante i permessi premio, che ha notevolmente ampliato le opportunità per i detenuti di trascorrere del tempo fuori dal carcere.

L'articolo 30 ter è particolarmente significativo, poiché consente l'uso di permessi premio, anche se in determinate condizioni, e riconosce la possibilità per il detenuto di coltivare interessi effettivi, culturali o lavorativi al di fuori della struttura carceraria.

I permessi per motivi affettivi rappresentano forse la prima risposta civile a questo mondo di sofferenza e privazione dati dalla condizione di detenzione e quindi anche dalla mancanza di affetto e di amore.

La prigionia rappresenta un evento altamente traumatico per gli individui coinvolti; esso non ha il controllo sul "con chi" stabilire relazioni e gli affetti sono esclusi da qualsiasi possibilità di scelta.

La solitudine, la distanza e l'impossibilità di avere contatti regolari con i propri cari spesso portano a un crollo psicofisico che colpisce l'intera famiglia, causando una rottura inevitabile del rapporto emotivo-sentimentale.

L'individuo è costretto a lasciare il proprio lavoro, la propria casa e gli affetti, ovvero tutti gli elementi che costituivano il suo progetto di vita. Per questo motivo, la prigione può rappresentare una grave minaccia per gli obiettivi di vita dell'individuo, il suo sistema di difesa, la sua autostima e il suo senso di sicurezza.<sup>8</sup>

Nel tempo, questa minaccia si traduce in una progressiva disorganizzazione della personalità. In questo contesto, i colloqui con i familiari diventano di fondamentale importanza, poiché rappresentano gli unici momenti in cui i detenuti possono rivivere i propri legami sociali e il proprio passato.<sup>9</sup>

I rapporti esistenti prima dell'entrata in prigione, che avevano già subito il trauma causato dalla commissione del reato, possono deteriorarsi o addirittura rompersi durante la detenzione a causa della distanza sia fisica che ideale che separa il detenuto dal partner o dai suoi figli.

Per questi motivi, durante il periodo di carcerazione, si può notare un aumento del senso di sconfitta, di abbandono e di solitudine; è evidente, quindi, che non solo la persona reclusa, ma anche tutta la sua famiglia o tutte quelle persone con le quali il detenuto aveva una relazione affettiva prima dell'ingresso in prigione, sono punite sul fronte dell'affettività.

La Costituzione italiana sostiene che il detenuto, tramite la pena, deve essere rieducato e ri-socializzato, ma ciò diventa molto difficile se gli si priva della

---

<sup>8</sup> Sono stati infatti definiti "vittime dimenticate", J. Matthews, *Forgotten victims. How prison affects the family*, Nacro, London 1983

<sup>9</sup> Santoro Emilio, *Carcere e società liberale*, 1997

possibilità di vivere le relazioni affettive che fanno parte della sua identità. Accade spesso che i familiari siano idealizzati durante la detenzione, tanto che al momento della liberazione il detenuto si trovi di fronte a persone che sembrano essere degli estranei, sia che venga percepito come un estraneo anch'esso che irrompe nella vita familiare destabilizzando quell'equilibrio che si era creato dopo la sua partenza.

Si può evidenziare, quindi, come incontri frequenti e intimi con le persone con cui si ha un legame affettivo abbiano un ruolo insostituibile nel difficile percorso di recupero del reo: da qui l'esigenza di avvicinare, per quanto possibile, il detenuto al mondo esterno e, in particolare, a quello dei suoi affetti.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Brunetti C. op. cit. pag. 300

#### **1.4 Diritto alla sessualità in carcere: un vuoto legislativo**

Il concetto di sessualità negata ha diverse sfumature, “negate” sono quelle sessualità che si svincolano dai confini di una sessualità socialmente definita come “normale”, quindi monogama ed eterosessuale. Ma negate sono anche quelle sessualità che sembrano non poter trovare possibilità di espressione, come quella di uomini e donne che vivono in un’istituzione carceraria.

La sessualità a livello detentivo raramente viene analizzata come atto sessuale nella sua forma più naturale, ma viene mischiata e confusa con il diritto l’affettività.

Quello che con le mie parole vorrei spiegare è che in Italia, la castrazione obbligatoria, anche a livello critico, non viene analizzata come negazione di un diritto naturale o espletazione biologica, ma come diritto a mantenere legami con la propria famiglia ed il proprio Partner.

Negare la sessualità vuol dire negare il diritto alla genitorialità, e non solo, vuol dire negare la possibilità di ricucire legami con la famiglia, lì dove i rapporti in potenziale si sono deteriorati e stanno appesi ad un filo, in attesa di nuovo giudizio.

Partendo dal presupposto che la sessualità non è negata in quanto atto in sé, ma è una conseguenza dell’applicazione dell’articolo 18 dell’ordinamento penitenziario che, concede colloqui solo in condizione di sorveglianza:

*“I colloqui si svolgono in appositi lovali sotto il controllo a vista e non auditivo del personale di custodia” Art.18 O.P.*

il diritto alla sessualità si insidia in maniera informale e silenziosa nel gioco interpretativo della legge, come diritto alla genitorialità, spesso del partner e non del condannato e attraverso i permessi premio.

Il nostro legislatore, nel 1975, diede molta importanza al mantenimento dei legami familiari, l'art. 28 recita:

*“particolare cura è dedicata a mantenere, migliorare, o ristabilire le relazioni dei detenuti e degli internati con le famiglie”;*

Se analizzassimo questa norma in senso precettivo, obbligo dell'amministrazione dovrebbe essere quello di incentivare ed assicurare queste dinamiche. Triste è affermare che le ore di colloquio disponibili e le telefonate, non bastano a mantenere, migliorare o ristabilire alcuna relazione familiare.

La sessualità in carcere trova sfogo giuridico solo attraverso i permessi premio, cui strumento è l'articolo 30 Ter. Dell'ordinamento penitenziario<sup>11</sup>

*“il magistrato di sorveglianza, sentito il direttore dell'istituto, può concedere permessi premio di durata non superiore ogni volta a quindici giorni per consentire di coltivare **interessi affettivi, culturali o di lavoro**. La durata dei permessi non può superare complessivamente quarantacinque giorni in ciascun anno di espiazione”.*

Di questi permessi possono usufruirne solo i detenuti con condanna definitiva, coloro che invece sono in attesa di giudizio ovvero il 40 % della popolazione detenuta in Italia, non possono, per non parlare dei recidivi, cui

---

<sup>11</sup> Art. 30 ter della legge n. 354 del 1954

legge Cirielli n. 251 del 2005 prevede condizione di ammissione ai permessi premio ancora più severa.

Rispetto alla totalità della popolazione, questi diritti riguardano solo un piccolo ventaglio di coloro che abitano gli istituti penitenziari e solo a discrezione di coloro che hanno il potere decisionale quindi il magistrato di sorveglianza e il direttore dell'istituto.

Un'interessante testimonianza di come questa norma a livello effettivo viene applicata l'ho riscontrata nelle parole della ex dirigente del carcere di Bollate, Lucia Castellano.

Il dramma in questa norma sta nella discrezionalità di colui e colei che detengono il potere decisionale in ambito detentivo. La testimonianza afferma, che i permessi premio oltre ad escludere una sostanziale percentuale di coloro che abitano il carcere per via della loro condizione giudiziaria, essi sono direttamente proporzionali alla struttura familiare e affettiva che il condannato prima del suo ingresso in carcere possedeva. Il magistrato concede permessi premio a propria discrezione dando molta importanza a ciò che possiede l'internato ovvero: una casa, una famiglia ed una relazione affettiva stabile.

Il ruolo del sistema dovrebbe essere quello di attenuare su questa disparità per assicurare chi, non detiene di legami affettivi stabili e strutture un uguale esercizio di diritto. La giustizia di comunità ha il compito di creare nel territorio i presupposti per assicurare questa condizione anche a coloro che si trovano in condizione di difficoltà e la risposta detentiva deve tutelare tutte le condizioni e situazioni affettive.



Un'altra analisi valida da fare sull'articolo 30 Ter, a parte il già citato problema della infima percentuale interessata, è che nel momento in cui viene evidenziata la violenza che si cela dietro la castrazione obbligatoria i legislatori utilizzano la questione permessi premio per difendersi, affermando che alla fine il diritto alla sessualità è assicurato.

Molte, inoltre, sono ormai le denunce corredate scientificamente dei guasti psicologici che l'astinenza comporta sulla personalità del recluso, tutte concordi nel riconoscere che l'attività sessuale nell'uomo rappresenta un ciclo organico che non è possibile interrompere senza determinare nel soggetto, in ogni caso, dei traumi sia fisici che psichici.<sup>12</sup>

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

*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.” Art 32 costituzione*

La salute è costituzionalmente difesa e come tale va tutelata, la compressione di una funzione vitale come quella della sessualità turba la salute fisica e psichica del recluso.

La negazione della sessualità inoltre fa retrocedere la pena ad una pena premoderna ovvero quella corporea.

L'articolo 32 non parla solo di salute in quanto assenza di malattia, la salute sottende uno stato complessivo di benessere fisico ed equilibrio psichico, e questa è legge. La repressione della sessualità favorisce al ricorso a pratiche

---

<sup>12</sup> Ceraudo F, La sessualità in carcere: tra la patologia della rinuncia e la patologia della degenerazione, in Ristretti Orizzonti, Maggio 2012

omosessuali coatte, indotte o addirittura coercitive la repressione delle pulsioni sessuali è responsabile di una intensificazione dei rapporti a rischio, che incrementa in maniera significativa la diffusione di malattie infettive sessualmente trasmissibili.<sup>13</sup>

E sia mai passi che l'omosessualità si distanzi da una normale espressione della sessualità, anzi, ma nel momento in cui è coatta, obbligata e fonte di abuso, svisisce la dignità della persona e al degrado della sua dignità personale, decade quindi il diritto ad una salute come connubio perfetto tra salute fisica e psichica.

Da qui deriva una situazione paradossale, ovvero che il carcere

*“fa ammalare anche chi è in buona salute. Non a caso la prigione è l'unico luogo in cui si apre una cartella clinica a una persona sana, che non è malata, ma che probabilmente lo diventerà”<sup>14</sup>*

I permessi premio e tutto ciò che ne concerne quindi, rappresentano per ora l'unica risposta civile a questo totale clima di privazione e sofferenza, al momento purtroppo non esistono risposte concrete ed efficaci in sede operativa, ma esistono molti esempi in Europa da cui poter prendere spunto e proposte interessanti, che analizzerò andando avanti con la stesura.

---

<sup>13</sup> [Comitato Nazionale per la Bioetica - \(governo.it\)](http://www.governo.it)

<sup>14</sup> Castellano L, Stasio D., Diritti e castighi, storie di umanità cancellata in carcere, 2009

## **Capitolo 2 Letteratura di riferimento e proposte normative**

### **2.1 Salute sessuale dei detenuti, letteratura di riferimento**

Comincerò questo secondo capitolo esponendo sinteticamente cosa sono le infezioni sessualmente trasmissibili (IST), per poi argomentare un discorso su ciò che può essere la salute sessuale dei detenuti servendomi della povera letteratura disponibile e del mio senso critico in materia.

Il ministero della salute definisce le Infezioni Sessualmente Trasmissibili come un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuse in tutto il mondo che possono essere causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine per milioni di persone ogni anno e le cui cure assorbono ingenti risorse economiche (Ministero Della Salute, 2021)<sup>15</sup>

Oggi si conoscono circa trenta quadri clinici di IST determinati da oltre 20 patogeni sessualmente trasmessi. Decorrono spesso senza sintomi e questo aumenta la probabilità di contagio di altri individui sani e di cronicizzazione, con possibili conseguenze anche sulla funzione riproduttiva (infertilità) e con un alto rischio di trasmissione verticale in corso di gravidanza e/o al momento del parto.

Notoriamente, le IST sono strettamente associate all'infezione da HIV attraverso una sinergia epidemiologica che ne rafforza la diffusione reciproca; le persone con IST costituiscono una popolazione ad alto rischio di acquisire o trasmettere l'HIV attraverso le lesioni di continuo presenti a livello genitale, tanto da indurre l'OMS a raccomandare l'offerta del test HIV a tutte le persone con una IST.

---

<sup>15</sup> [Infezioni sessualmente trasmesse \(salute.gov.it\)](http://salute.gov.it)

Grazie alla maggiore mobilità e alla tendenza ad avere più partner le IST sono in continuo aumento, la popolazione principalmente soggetta ad esse sono i ragazzi tra i 15 e i 24 anni (Ministero Della Salute, 2021).

Gli agenti responsabili delle IST si trasmettono attraverso qualsiasi tipo di rapporto sessuale (vaginale, anale, orale) per contatto con i liquidi organici infetti (sperma, secrezioni vaginali, sangue, saliva). La trasmissione delle IST può anche avvenire:

- Attraverso il sangue quindi: trasfusioni, scambio di siringhe infette, tatuaggi e piercing
- Con i trapianti di tessuto o di organi
- Per passaggio diretto da madre a feto

L'incidenza delle IST nel mondo è in continuo aumento e la loro prevenzione rappresenta uno degli obiettivi prioritari di sanità pubblica. L'OMS stima che ogni anno un'adolescente su 20 presenti un'IST batterica e l'età in cui tali infezioni si acquisiscono diventa sempre più bassa.

Le malattie sessualmente trasmissibili si dividono principalmente in due grandi categorie: quelle causate da batteri e quelle causate da virus, poi ve ne sono altre due quelle causate da protozoi e quelle causate da parassiti.

Le IST causate da **batteri** sono:

- Infezione Da Clamidia
- Gonorrea
- Sifilide
- Ulcera Venerea e Cancroide

- Donovanosi o Granuloma inguinale
- Infezioni batteriche non gonococciche e non clamidiali

Le IST causate da **Virus** sono:

- Infezione d HIV
- Herpes genitale
- Condilomi Ano-Genitali, comunemente chiamato HPV o Papilloma Virus di cui comune è la vaccinazione, soprattutto per le donne giovani
- Epatite B ed Epatite C
- Mollusco Contagioso
- Infezioni da citomegalovirus

Le IST causate da **Protozoi**:

- Infezione da trichomonas

Le IST causate da **Parassiti**:

- Pediculosi al Pube
- Scabbia

I detenuti sono esposti al rischio di contrarre infezioni sessualmente trasmissibili ed ematiche più del resto della popolazione libera. (Cicarese, 2020)

La loro vulnerabilità è dovuta a diversi fattori: scarse condizioni economiche, cultura di origine, precarie condizioni di vita in carcere e l'alta frequenza di comportamenti a rischio prima e durante l'incarcerazione come l'abuso di sostanze e le pratiche sessuali non protette.

Questi comportamenti possono contribuire a diffondere le infezioni al di fuori del carcere creando un “ponte” verso la popolazione che sta fuori.

Le IST (Infezioni Sessualmente Trasmesse) sono ampiamente diffuse in tutto il mondo e colpiscono milioni di persone ogni anno. Il carico di possibile mortalità e morbilità che derivano dalle IST compromette la qualità della vita, la salute sessuale\riproduttiva e persino la salute dei neonati e bambini. (OMS, 2016).

L’istituto superiore di Sanità ha recentemente riportato che negli ultimi dieci anni il numero di persone con IST accertate, principalmente condilomi, sifilide, clamidia e gonorrea è progressivamente aumentata.

Uno degli aspetti più drammatici di queste malattie oltre alla interconnessione salute, corpo, mente è la scarsa conoscenza per ciò che riguarda la trasmissione, la gravità ma soprattutto la loro prevenzione insieme a ciò che sono gli screening periodici che una persona sessualmente attiva dovrebbe fare, questa lacuna si presenta anche in alcuni ambienti sanitari. (Goodman K., 2018)

I dati aggiornati sulla prevalenza delle IST dei detenuti e sui fattori di rischio, in Italia, sono pochi e mancano strumenti per i detenuti e dati sulla consapevolezza delle IST per gli stessi.

Come già detto, non tutelando il benessere del recluso non viene tutelata nemmeno la salute del cittadino libero.

Prima di partecipare alla *European Conference 2012 on infectious diseases, harm reduction policies & human rights in prison*, di Viterbo, Stefan Enggist, direttore e responsabile della sanità del Carcere dell’OMS Europa denunciò le inadempienze attuali su questo fronte a livello Europeo.

I dati alla mano parlavano di un'incidenza delle IST fra le dieci e le venti volte in più rispetto a ciò che accade nella popolazione esterna e le motivazioni segnalate dallo stesso furono da ricercare:

- nella mancanza di basi per una politica sanitaria efficiente, che si faccia carico della responsabilità sanitaria di coloro che sono reclusi (“quando si pensa a una prigione, automaticamente si fa riferimento a sicurezza e custodia come uniche priorità del luogo. Ma spesso, gli stessi responsabili o coloro che decidono, sono ignari del fatto che nel momento in cui uno Stato priva una persona della sua libertà, esso diventa pienamente responsabile per la salute e il benessere di quella persona”)
- Nella persistenza di un'artificiosa divisione tra società detenuta e società esterna
- Nella mancanza di un'integrazione fra politiche sanitarie nazionali e politiche interne al carcere (unico punto su cui l'Italia ha fatto passi avanti rispetto agli altri paesi europei), soprattutto in ottica di riduzione del danno

Recita il Ministero della Salute:

*“Considerato il decorso spesso asintomatico o il quadro clinico aspecifico di molte di queste infezioni, la strategia migliore da adottare è la prevenzione attraverso l'informazione e l'educazione a comportamenti sessuali responsabili.*

*Fondamentale è informare sugli strumenti necessari a ridurre il rischio di contagio, quali l'uso del preservativo ed eseguire alcune vaccinazioni ad oggi disponibili”* (Ministero della salute 2021).

La salute della popolazione detenuta, essendo il risultato di un insieme di fattori, ha esigenze particolari.

Le persone che accedono all'ambiente detentivo hanno un rischio maggiore di contrarre infezioni gravi come quella da Human Immunodeficiency Virus (HIV), da virus dell'epatite A (HAV), B (HBV) o C (HCV), ma anche altre patologie a trasmissione sessuale (come la sifilide o la gonorrea) e a trasmissione aerea come l'infezione tubercolare (American Journal of Public Health, 2002).

Secondo Sergio Babudieri, professore associato di malattie infettive dell'Università degli Studi di Sassari e Presidente della Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili aumenta in maniera significativa per coloro che appartengono ad una popolazione svantaggiata, come quella detenuta.<sup>16</sup>

A causa di fattori sociali come la segregazione, l'offerta e la percezione della necessità di assistenza sanitaria, lo status socio-economico e l'abuso di sostanze, creando differenze epidemiologiche in questo sottogruppo con un possibile impatto sul resto della popolazione generale.

Un interessante report svolto in America dall'Arizona Arrestee Reporting Information Network (AARIN) e dal centro dell'Università per la prevenzione della violenza e di sicurezza della Comunità dello Stato dell'Arizona ha confermato che il numero dei detenuti che hanno contratto malattie sessualmente trasmissibili in carcere è estremamente elevato. Con riferimento, ad esempio, alla gonorrea e alla clamidia, sono stati scoperti tassi rispettivamente di 80,6 e 14,5% superiori alla popolazione generale nei

---

<sup>16</sup> S. BADUDIERI, Infezioni sessualmente trasmesse nelle persone detenute, in <https://www.sanitapenitenziaria.org>, 13 giugno 2016



detenuti di sesso femminile e di 54,4 e 23,7% superiori in quelli di sesso maschile<sup>17</sup>

Le IST sono uno dei più importanti problemi di salute mondiale, l'OMS afferma che più di un milione di IST vengono acquisite ogni giorno e i sistemi di incarcerazione giocano un ruolo fondamentale nella loro diffusione, gli studi dimostrano che fenomeni simili avvengono anche fra la popolazione dei senza tetto, insomma si può dire che la diffusione delle malattie sessualmente trasmissibili nelle popolazioni più vulnerabili e meno abbienti sia sostanziale.

Sempre Babudieri afferma, che l'approccio del trattamento a partire dal soggetto sintomatico continua ad essere funzionale all'interruzione della proliferazione delle IST ma purtroppo non sufficiente. Il professore suggerisce controlli periodici, sensibilizzazione e fornitura di mezzi di prevenzione, a maggior ragione negli istituti di pena.

La popolazione detenuta e le IST sono un guanto di sfida importante per le strategie di controllo, occorrono programmi di prevenzione sulla comunità, ricerche sulla consapevolezza della popolazione detenuta su questo argomento e distribuzione di preservativi che ancora oggi rappresentano il metodo di prevenzione più efficace in assoluto.

Paradossalmente, l'offerta di screening in ambito carcerario sembra essere più facile rispetto a quello della popolazione libera grazie alla possibilità effettiva di svolgere dei programmi mirati all'interno delle strutture.

Come ben analizzato nel primo capitolo, la distribuzione di profilattici andrebbe contro l'ordinamento penitenziario,

---

<sup>17</sup> S. BADUDIERI, Infezioni sessualmente trasmesse nelle persone detenute, in <https://www.sanitapenitenziaria.org>, 13 giugno 2016

*“Ci sono persone che hanno patologie trasmissibili sessualmente che magari vanno a letto con persone che sono sane; quindi, lì rischiano di prendere delle patologie. [...] all’ingresso magari non hanno delle patologie, poi loro stessi detenuti ti chiedono: ah! ma sai, vorrei fare il test dell’HIV. E lì già inizi a nasare qualcosa. Oppure quando iniziano a dire, che ti chiedono un sacco di, di supposte di glicerina, per evacuare. Lì devi un attimo iniziare a nasare, ad essere in maniera molto discreta, a capire la situazione che c’è. Molti ci chiedono i guanti. Ora non sappiamo che uso ne facciano. Loro dicono per pulire i bagni. Io spero vivamente che li usino come preservativi.”*

18

Ma i fatti parlano più delle norme, queste sopra riportate sono le parole di un’infermiera, tratte dalla ricerca sul campo di Luca Decembrotto, presso il carcere di Bologna.

Non adattando l’Istituzione alla prevenzione ed al controllo il carcere si rende colpevole della proliferazione delle IST, diventando patologizzante ed afflittivo.

---

<sup>18</sup> Decembrotto L., Ricerca fenomenologica dell’identità e della pratica sessuale in ambito detentivo, 2013

## 2.2 Grafici e dati

Il presupposto da tenere in considerazione prima di leggere queste informazioni è che i dati rilevanti su questo argomento sono drammaticamente scarsi. La rassegna letteraria presente al giorno d'oggi sembra confermare però sia la notevole presenza di IST negli Istituti di pena, sia la loro proliferazione che, in percentuale, una notevole maggioranza delle stesse nella popolazione detenuta rispetto a quella libera.

Uno dei documenti più interessanti che ho consultato è stato pubblicato nel 2015 dall'Agenzia Regionale Della Sanità Toscana, che attraverso uno studio multicentrico è riuscita a mappare notevolmente l'andamento della proliferazione delle infettive in ambito detentivo e non solo.

L'indagine presa in analisi è stata fatta inizialmente sulle malattie infettive non specificatamente sulle IST; quindi, abbiamo anche patologie "miste" nel senso che possono essere causate da comportamenti come la pratica sessuale non protetta ma anche da altri comportamenti a rischio come la somministrazione di droga per via endovenosa con siringhe infette, un esempio di queste patologie che io chiamo "miste" o multi-causali sono quelle derivanti dal Virus dell'HIV.

I dati raccolti da questo studio coinvolgono tutti coloro che si sono sottoposti a visita fino al 2014 e le malattie infettive registrate dalle ASL italiane rappresentano il 9.3% di tutte le patologie, 1812 persone che costituiscono l'11,5 % dei detenuti sottoposti a visita.

Le ASL italiane che hanno fornito i dati per questa ricerca sulla popolazione detenuta sono: Toscana, Veneto, Lazio, Liguria, Salerno, Umbria.

**1. Distribuzione (N e %) delle diagnosi infettive e parassitarie - Analisi per regione partecipante - Anno 2014**

Regione	Malattie infettive	
	N	%
Toscana	447	11,3
Veneto	185	6,9
Lazio	1.037	8,9
Liguria	330	10,2
Azienda Salerno	44	11,3
Umbria	91	8,0
<b>Totale</b>	<b>2.134</b>	<b>9,3</b>

Come già riportato l'analisi fatta da questo studio è sulle malattie infettive in generale, io prenderò in considerazione solo le IST, ovvero le infezioni sessualmente trasmissibili.

Sulla tabella possiamo vedere come al terzo posto vi sia l'HIV (2%), al quinto la sifilide (0,5%), infezione da Herpes simplex (0,1 %), condiloma acuminato (0,1%)

**2. Distribuzione (N e %) delle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014**

Malattie infettive e parassitarie	N	% sul totale delle diagnosi	% sul totale dei visitati (N=15.751)
Epatite C	1.165	54,6	7,4
Epatite B	321	15,0	2,0
HIV	310	14,5	2,0
TBC	104	4,9	0,6
Sifilide	71	3,3	0,5
Micosi della cute e annessi cutanei	49	2,3	0,3
Epatite A	27	1,3	0,2
Infezioni da <i>Herpes simplex</i>	15	0,7	0,1
Condiloma acuminato	14	0,7	0,1
Altre epatiti	3	0,1	0,0
Epatite Delta	3	0,1	0,0
Altro	52	2,4	0,3
<b>Totale</b>	<b>2.134</b>	<b>100,0</b>	<b>11,5</b>

Le epatiti, tutte come in realtà anche l'HIV, sono patologie multi-causali, tipiche dei soggetti tossicodipendenti, con problemi di alcolismo ma anche di coloro che attuano comportamenti a rischio come il sesso non protetto.

Da questo studio si evince che la prevalenza di HCV (Epatite C) maggiore si è presente in Liguria con l'11,8% dei detenuti affetti da questa patologia per poi passare al Lazio (9,4%) e l'ASL Salerno (7,1%). Se confrontiamo i dati ottenuti con quanto osservato nella popolazione generale il divario appare evidente. Infatti, indipendentemente dalla regione, il dato complessivo (7,4%) è circa 3 volte superiore al dato registrato nella popolazione libera italiana<sup>19</sup> (valore che fra i detenuti nella regione Liguria, supera le 4 volte).

Per ciò che riguarda l'HBV (Epatite B) sembra essere in linea con i dati nazionali, positività tra il 2 ed il 7%.

Le coinfezioni invece quini: HCV e HIV, HCV e HBV sembrano essere più alte

Regioni	HCV (N=1.165)	HBV (N=321)	HCV-HIV (N=160)	HBV-HIV (N=26)	HCV-HBV (N=80)	HBV- HCV-HIV (N=22)
Toscana (N=3.403)	6,1	1,9	0,6	0,0	0,2	0,0
Lazio (N=6.366)	9,4	2,2	1,3	0,2	0,5	0,1
Veneto (N=2.607)	3,0	1,1	0,5	0,2	0,4	0,2
Liguria (N=1.591)	11,8	4,0	2,1	0,6	1,5	0,6
Umbria (N=1.248)	4,5	1,4	0,5	0,0	0,4	0,0
Salerno (N=536)	7,1	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Totale (N=15.215)</b>	<b>7,4</b>	<b>2,0</b>	<b>1,0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,5</b>	<b>0,1</b>

L'infezione da HIV, invece, è al 2 % sulla popolazione detenuta presa in analisi, 321 persone. La media italiana libera è dello 0,006%<sup>20</sup>

Il genere più interessato sono le persone Transgender con il 34 % dei positivi, susseguito dalle donne la cui prevalenza è del 4.6 %. In linea con l'andamento

<sup>19</sup> Weinbaum CM, Sabin KM and Santibanez SS. Hepatitis B, hepatitis C, and HIV in correctional populations: a review of epidemiology and prevention. AIDS, 2005, 19 (suppl 3):S41–S46.

<sup>20</sup> Istituto Superiore di Sanità. DATI HIV E AIDS - Notiziario ISS volume 27, n.9 suppl 1. Novembre 2014.

della popolazione generale questo virus colpisce principalmente persone comprese tra i 40 e i 59 anni<sup>21</sup>, la quale presentano il 50% dei HIV-positivi.

I detenuti provenienti da Nord Africa ed Est Europa in confronto agli italiani hanno dei valori percentuali molto bassi, Italiani 2,6 %

**3. Caratteristiche demografiche (N e %) dei detenuti HIV-positivi calcolate sul numero di detenuti presenti in alcune regioni italiane sottoposti a visita medica – Analisi per genere, età e cittadinanza – Anno 2014**

Caratteristiche generali	Detenuti HIV-positivi (N=310)	
	N	%
<b>Genere</b>		
Maschio (N=14.835)	254	1,7
Femmina (N=869)	40	4,6
Transgender (N=47)	16	34,0
<b>Età</b>		
18-29 aa (N=3.222)	18	0,6
30-39 aa (N=5.210)	84	1,6
40-49 aa (N=4.182)	140	3,3
50-59 aa (N=2.239)	61	2,7
60 e più (N=893)	7	0,8
<b>Cittadinanza</b>		
Italiana (N=7.726)	200	2,6
Nord africana (N=2.232)	21	0,9
Est europea (N=2.889)	27	0,9
Altro (N=1.548)	49	3,2

La sifilide è una complessa infezione sessualmente trasmissibile causata dal batterio *Treponema Pallidum*, e rappresenta dopo l'AIDS la malattia sessualmente trasmissibile con il più alto numero di mortalità.

Anche per ciò che riguarda questa patologia la stima della popolazione infetta supera di gran lunga quella della popolazione libera.

<sup>21</sup> Puglia M, Da Frè M, Voller F. HIV e AIDS in Toscana. Aggiornamento al 31 dicembre 2013. Agenzia regionale di sanità, Firenze; 2014.

L'ECDC, il tasso di sifilide registrato è di 4,6 casi ogni 100.000 residenti<sup>22</sup>, valori nettamente inferiore a quelli registrati della popolazione detenuta.

Il valore osservato della popolazione detenuta in Italia, lo 0,5% dei detenuti presenta questa Patologia, 71 persone della popolazione detenuta sottoposta a controllo.

Anche in questo caso le persone Transgender sembrano coloro più colpiti con un valore del 21,3%.

La tabella numero 4 non evidenzia significative differenze in base all'età, mentre si evidenzia che le persone provenienti dall'Est Europa presentano tassi sensibilmente maggiori rispetto al resto delle etnie presenti.

**4. Caratteristiche demografiche (N e %) dei detenuti con diagnosi di sifilide calcolate sul numero di detenuti presenti in alcune regioni italiane sottoposti a visita medica – Analisi per genere, età e cittadinanza – Anno 2014**

Caratteristiche generali	Detenuti affetti da sifilide (N=71)	
	N	%
<b>Genere</b>		
Maschio (N=14.835)	54	0,4
Femmina (N=869)	7	0,8
Transgender (N=47)	10	21,3
<b>Età</b>		
18-29 aa (N=3.222)	13	0,4
30-39 aa (N=5.210)	28	0,5
40-49 aa (N=4.182)	17	0,4
50-59 aa (N=2.239)	10	0,4
60 e più (N=893)	3	0,3
<b>Cittadinanza</b>		
Italiana (N=7.726)	18	0,2
Nord africana (N=2.232)	5	0,2
Est europea (N=2.889)	28	1,0
Altro (N=1.548)	15	1,0

<sup>22</sup> European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2014 - sexually transmitted infections, including HIV and blood - borne viruses. Stockholm: ECDC; 2015

Un altro studio molto interessante è quello di Giulia Ciccarese, pubblicato nel 2019, svolto presso l'Istituto Circondariale di Genova Marassi, l'istituto di pena più grande di Genova.

Lo studio si proponeva di valutare l'incidenza delle IST, i comportamenti a rischio e il livello di conoscenza della popolazione rispetto a queste malattie, il gruppo di riferimento sono detenuti uomini.

Quindi un approccio diverso rispetto a quello soprariportato. Per indagare il livello di conoscenza dei detenuti la ricercatrice si è servita di questionari cui hanno risposto in forma anonima i condannati consenzienti, somministrato dal medico operante nella clinica del carcere.

Il questionario era formato da 40 domande, alcune a risposta multipla che esploravano i seguenti argomenti: elementi socio-demografici (Età, paese di nascita, religione, livello di istruzione, attività lavorativa, prima dell'incarcerazione), esposizione a comportamenti correlati alle IST (Comportamenti sessuali, uso di droghe), livello di conoscenza delle principali IST, modalità di trasmissione, possibili conseguenze e metodi di prevenzione. Ai detenuti è stato chiesto anche di ricordare i comportamenti sessuali degli ultimi due anni prima della detenzione e in qualsiasi momento dell'uso di droghe.

Per ottenere i dati clinici sulle IST dei detenuti invece, dopo il consenso del direttore e del medico operante, sono state analizzate le cartelle cliniche dei detenuti per ottenere dati medici e di laboratorio sulle possibili infezioni.

Al loro arrivo, nel carcere di Genova, tutti i detenuti sono sottoposti a screening per le infezioni da HIV, HBV, HCV e sifilide e durante la



detenzione possono richiedere un consulto medico se mostrano sintomi di qualche malattia.

Chi mastica un po' della materia che è sociologia del carcere, sicuramente si sarà imbattuto nel libro "Farsi la galera" di Elton Kalika<sup>23</sup>, io ho avuto anche il privilegio di poterlo ascoltare di persona. Lui fu un ex detenuto del carcere due palazzi di Padova e nel libro, un'etnografia della sua esperienza detentiva, dedica un intero capitolo all'assistenza medica e di quanto lui abbia sofferto per potersi far curare un ascesso al dento, mesi. Quindi non metterò in discussione ciò che dice la ricercatrice, ma ci tengo a precisare che non sempre, non in tutti gli istituti di pena e non tutta la popolazione detenuta riesce ad accedere alle cure o alle visite con estrema facilità, Kalika evidenzia una prassi cliniche penitenziaria quasi "punitiva", un malessere fisico ignorato dalla valenza pedagogica quindi quasi inflitto e di una strategia medica dei confronti del paziente che tende alla deterrenza (Pascali, V. 2018)

Comunque, andando avanti, il carcere di Genova ospitava 672 detenuti maschi, le cartelle cliniche analizzate furono 662 di persone tra i 18 e i 79 anni, 48% italiani, 52 % migranti. Il 18,4 % dei detenuti, ovvero 122, all'entrata presentavano malattie infettive. In particolare, 12 detenuti erano infetti da HIV (1,8%), 18 da HBV (2,7%), 83 da HCV (12,5%) e 9 da HCV, ed affetti da sifilide latente erano l'1,3 %. La ricercatrice ci tiene a specificare che le cartelle cliniche non vi era la presenza di tutte le più comuni IST come verruche genitali e condilomi, Herpes ed Uterite.

Per ciò che concerne invece la parte che riguardava la conoscenza delle IST, le domande demografiche e i comportamenti a rischio evidenziano che una

---

<sup>23</sup> Elton K., Santorso S., "Farsi la Galera. Spazi e culture del penitenziario", 2018, Ombre Corte, pg.165.

consistente percentuale della popolazione detenuta, il 76%, aveva una buona conoscenza sulle IST ma che qualsiasi informazione in più sarebbe ritenuta utile. Per ciò che riguarda invece, l'individuazione da un elenco delle IST, solo il 12% degli intervistati ha individuato correttamente le otto patologie sessualmente trasmissibili presenti fra le proposte (Epatite A, B e C, Herpes Simplex, candida e verruche genitali\condilomi). Più della metà sapeva che le IST si possono acquisire da qualsiasi partner (63%), che la trasmissione può avvenire anche attraverso il sesso orale (51%) che il preservativo non è solo un contraccettivo ma che è anche un metodo per evitare le IST (83%). Tuttavia, la maggior parte della popolazione presa in considerazione ignorava quali fossero i fluidi corporei causanti la trasmissione, cosa fosse un Pap Test e quali IST causassero tumori.

## 5. Esempi di domande sui comportamenti a rischio

Domanda	Italiani (n=79)	Stranieri (n=32)
Livello di istruzione	scuola superiore/università 41%; <b>scuole elementari/medie 59%</b>	scuola superiore/università 25%; <b>scuole elementari/medie 75</b>
Conoscenza delle IST (identificare le IST da un elenco di 8 malattie).	<b>ottimale (identificazione delle 8 IST elencate) 10%</b> ; basso (identificazione di meno di 8 IST) 90%	<b>ottimale (identificazione delle 8 IST elencate) 6%</b> ; basso (identificazione di meno di 8 IST) 94%
Come si acquisisce un IST?	"Avere rapporti sessuali con qualsiasi partner" o "anche attraverso un solo rapporto sessuale" 59%; risposte errate 41%.	"Avere rapporti sessuali con qualsiasi partner" o "anche attraverso un solo rapporto sessuale" 44%; risposte errate 66%.
La trasmissione è possibile attraverso il sesso orale?	si 52%; no/non so 48%	si 50%; no/non so 50%
Quali mezzi contraccettivi proteggono dalle malattie sessualmente trasmissibili?	preservativo, astinenza 38%; risposte sbagliate 62%	preservativo, astinenza 37%; risposte sbagliate 63%
Quali sono i fluidi corporei ad alto rischio di trasmissione dell'HIV?	<b>Sangue, liquido spermatico e secrezioni vaginali 38%</b> , risposte errate 62%.	<b>Sangue, liquido spermatico e secrezioni vaginali 28%</b> , risposte sbagliate 72%
Sapete cos'è il PAP test?	<b>si 81%</b> ; no 19%	<b>si 9%</b> ; no 91%
Quale di queste infezioni può indurre l'insorgenza di tumori?	HPV (risposta corretta) 24%; risposte errate 76%.	HPV (risposta corretta) 16%; risposte errate 84%
Esiste un vaccino che protegge da alcune IST?	<b>si (identificazione di almeno uno tra HPV e HBV) 21%</b> ; risposte sbagliate/non so 79%	<b>si (identificazione di almeno uno tra HPV e HBV) 12%</b> ; risposte errate/non so 88%
Quanti partner sessuali ha avuto nei 2 anni precedenti la detenzione?	<b>≥2 soci 53%</b> ; <2 soci 47%	<b>≥2 partner 62%</b> ; <2 partner 38%
Che tipo di partner sessuali ha avuto?	lavoratori occasionali/sessuali 58%; stabile/non risponde 42%	lavoratori occasionali/sessuali 62%; stabile/non risponde 38%
Prima della detenzione, utilizzava un metodo contraccettivo che fosse anche un metodo per prevenire le IST?	preservativo/astinenza 48%; nessuno o metodi contraccettivi che non prevengono le IST 52%	preservativo/astinenza 53%; nessuno o metodi contraccettivi che non prevengono le IST 47%
Ha mai avuto un'IST?	<b>si 37%</b> ; no 63%	<b>si 31%</b> ; no 69%
Ha mai bevuto alcolici?	<b>si 86%</b> ; no 14%	<b>si 94%</b> ; no 6%
Ha mai fatto un tatuaggio in prigione?	si 21%; no 79%	si 22%; no 78%
Ha mai fatto uso di droghe?	<b>si 62%</b> ; no 38%	<b>si 75%</b> ; no 25%
Avete mai ha fatto uso di farmaci per via endovenosa?	<b>si 53%</b> ; no 47%	<b>si 29%</b> ; no 71%
Ha mai scambiato aghi da iniezione con altre persone?	<b>si 50%</b> ; no 50%	si 100%; no 0%

Nelle conclusioni di questo studio, la ricercatrice evidenzia il fatto che le IST più comuni come: papilloma virus, condilomi, herpes e clamidia, non siano

mai state presenti, nemmeno una volta nelle cartelle cliniche prese in esami, il che risulta strano data la grande diffusione sia nella popolazione detenuta, sia nella popolazione libera. Probabilmente non vi è nemmeno a livello clinico la consapevolezza dei possibili danni che possono arrecare alla salute queste infezioni.

I dati non evidenziano collegamenti rilevanti con la promiscuità sessuale, piuttosto con l'uso di droghe, la scarsa igiene e rapporti con sexworkers pre-detentivi.

Al di là dei risultati ottenuti, ho deciso di riportare lo stesso questo caso studio in tesi. Se avessi l'opportunità di entrare in carcere come ricercatrice, sicuramente mi rifarei a questo tipo di metodologia, prendendo in esame prima le cartelle cliniche facendo compilare in forma anonima i questionari.

Le domande oltre ad essere pertinenti indagano i possibili comportamenti a rischio avvenuti durante i due anni antecedenti all'incarcerazione, quindi a mio avviso, in potenziale il quadro comportamentale del campione potrebbero essere chiari ed attendibili.

Particolarmente interessate trovo la ricerca sulla consapevolezza delle IST e sulle conoscenze possedute da parte della popolazione in esame rispetto a questo tema. Deludente trovo la poca attendibilità delle cartelle cliniche prese in esame perché non combaciano con l'andamento delle IST della popolazione libera e nemmeno con altri studi Europei rispetto a questo tema.

Il Servizio Nazionale della Toscana, nel 2011, pubblicò un documento di medicina penitenziaria affermando la preoccupante presenza di IST nei nostri Istituti di pena, solo in Toscana la presenza di persone condannate con IST, erano 400.

## 6 Documento Regione Toscana sulla presenza di IST in carcere



Nello Stesso documento, oltre all'elenco delle IST più comuni si evidenzia che, le infezioni sono date da comportamenti sessuali a rischio. Si suggeriscono analisi e screening e prevenzione con uso di profilattico.

La consapevolezza di questa problematica è ampia, ma mai del tutto approfondita.

Come dice Sergio Babudieri, professore associato di malattie infettive dell'Università degli Studi di Sassari, il punto di partenza per arginare questa piaga del sistema carcerario non è solo la prevenzione, ma è la consapevolezza interna agli istituti di pena e la sensibilizzazione rispetto ai comportamenti e agli atteggiamenti attraverso un intervento, interno, mirato.

Ma finché il sistema penitenziario non circoscriverà le proprie normative, purtroppo, la questione "Sesso -sicuro- dietro le sbarre" sarà sempre un

argomento ostico da affrontare, l'unica cosa che noi come ricercatori possiamo fare è insistere, affinché perlomeno la letteratura diventi più ampia.

### 2.3 Proposte di legge internazionale e nazionale ed esempi concreti

Le Regole Penitenziarie Europee si basano su due principi chiave: il principio di normalizzazione, per il quale la vita in prigione deve essere il più possibile simile a quella fuori, e il principio di responsabilizzazione, per il quale i detenuti devono essere costantemente assegnati responsabilità e compiti da svolgere in modo autonomo. In base a questi principi, il Consiglio d'Europa incoraggia gli Stati membri a implementare un regime di detenzione "aperto", in cui i detenuti possano partecipare a attività che mettano alla prova le loro abilità e possano anche mantenere e sviluppare relazioni soddisfacenti e costanti con il mondo esterno <sup>24</sup>.

La tematica della sessualità intramuraria non è sconosciuta all'interno delle aule parlamentari.

Tra il 1996 ed il 2012 vi sono state ben otto proposte di legislative finalizzate a concedere l'opportunità di aver incontri e rapporti sessuali con il o la propria partner. Tuttavia, queste proposte sono sempre decadute e mai finalizzate<sup>25</sup>.

Il primo progetto di legge fu il n. 1503 del 1996 presentato dall'onorevole Pietro Folena. Nell'introduzione di tale proposta si afferma che una rivoluzione del modo di intendere i rapporti tra il detenuto e i suoi cari sia necessaria non solo per garantire agli individui di poter soddisfare i propri bisogni fisici e sessuali, ma principalmente per salvaguardare rapporti che in caso contrario rischierebbero di sfaldarsi dopo anni di detenzione.

---

<sup>24</sup> M. CRETENOT, Dalle prassi nazionali alle linee guida europee: iniziative interessanti nella gestione penitenziaria, Antigone, Roma, 2013, pp. 8-9.

<sup>25</sup> A. GADALETA, S. LUPO, S. IRIANNI, Le dimensioni dell'affettività, in Le Dispense dell'Istituto Superiore di studi penitenziari, 2013, n. 3, p. 28.

Nell'art. 2 di questa proposta vi era l'idea di istituire delle visite private, ovvero istituire degli appositi locali dove, il condannato, avrebbe potuto incontrare il proprio partner in un clima di intimità senza alcun controllo visivo e per un tempo non inferiore alle quattro ore.

Inoltre, nell'art. 4, si propose che il giudice potesse concedere un permesso della durata non superiore ai quindici giorni, per ogni semestre di detenzione con la finalità per il condannato di poter trascorrere del tempo con la famiglia e con il o la convivente <sup>26</sup>.

Diciamo anche qui, l'intento, come disse l'onorevole Folena stesso, non era quello di combattere per il diritto alle sessualità degli internati ma più per tutelare l'ambito affettivo ed emotivo:

*“Se riguardasse solo la sfera sessuale sarebbe riduttivo. Lo spirito della nostra iniziativa riguarda più in generale la sfera affettiva. La necessità di restituire al detenuto quel momento di contatto personale e intimo che rientra nello spirito della legge penitenziaria: cioè, il reinserimento del detenuto nella società civile”<sup>27</sup>*

Nel corso della tredicesima legislatura, con il nuovo regolamento penitenziario avanzato da Alessandro Margara, il tema della sessualità e dell'affettività venne nuovamente alla ribalta.

Il progetto segnava alla direzione la possibilità di autorizzare i condannati e gli internati a trascorrere un periodo di tempo, fino a ventiquattro ore, con familiari e conviventi in apposite unità abitative.

---

<sup>26</sup> A. GADALETA, S. LUPO, S. IRIANNI, Le dimensioni dell'affettività, in Le Dispense dell'Istituto Superiore di studi penitenziari, 2013, n. 3, pp. 29-31

<sup>27</sup> D. MASTROGIACOMO, Stanze dell'amore per detenuti e coniugi, in <https://ricerca.repubblica.it>, 20 maggio 1997.

In questo caso la sorveglianza avrebbe potuto essere solo esterna e gli agenti sarebbero potuti intervenire solo sotto richiesta dei “beneficiari”<sup>28</sup>. La messa a disposizione di complessi abitativi con lo scopo di assicurare intimità ai condannati con famiglia e partner, sarebbe stato un modo per tutelare in primis l’affettività nella sua totalità ed in secundis, il diritto alla sessualità sarebbe stato assicurato.

Ovviamente anche qui, il diritto alla sessualità non fu analizzato come diritto e necessità di sfogo di un istinto naturale, ma di metodo efficace per un ricongiungimento emotivo con in partner e salvaguardia del rapporto <sup>29</sup>.

Nonostante l’effettivo possibile miglioramento che sarebbe potuto avvenire grazie a questo progetto, purtroppo, non passo al vaglio del Consiglio Di Stato.

Come già citato nel primo capitolo, le visite intime, sarebbero in aperto contrasto con il famoso art.18, comma 2 o.p., il quale prescrive l’obbligatorio controllo visivo da parte degli agenti sui condannati durante i colloqui.

La sentenza che diede valutazione negativa a questo progetto fu la n.61 del 2000:

“le scelte proposte nel nuovo regolamento non potessero essere legittimamente effettuate in sede regolamentare attuativa o esecutiva, in quanto postulano piuttosto l’intervento del legislatore, al quale solo spetta il

---

<sup>28</sup> C. BRUNETTI, Il diritto all'affettività per le persone recluse, in Rassegna Penitenziaria e Criminologica, 2008, v. 12, f. 3, p. 118.

<sup>29</sup> A. GADALETA, S. LUPO, S. IRIANNI, Le dimensioni dell’affettività, in Le Dispense dell’Istituto Superiore di studi penitenziari, 2013, n. 3, p. 35.



potere di adeguare sul punto una normativa penitenziaria che sembra diversamente orientata”<sup>30</sup>

L'intervento proposto si oppone contro la norma primaria, quindi viene considerato illegittimo.

A seguito di questa vicenda furono presentate numerose proposte in parlamento rispetto alla sessualità dietro alle sbarre:

- il progetto di legge n. 3020 del 12 luglio 2002, a firma dell'Onorevole Marco Boato
- Il progetto di legge n. 63 del 26 aprile 2006, a firma del Senatore Luigi Malabarba
- il progetto di legge n. 3810 del 21 ottobre 2010, a firma dell'Onorevole Schirru Amalia
- il progetto di legge n. 3420 del 24 luglio 2012, a firma dei Senatori Della Seta e Ferrante<sup>31</sup>

Il 23 Settembre 2015, la Camera dei deputati assegnava al governo, la competenza a riformare il processo penale e l'ordinamento penitenziario tramite decreto legislativo con il d.d.l. AC 2798

Una delle principali direttive fu quella di poter inserire strumenti audiovisivo di comunicazione ed il riconoscimento dell'affettività dei detenuti.

Da qui furono istituiti diciotto tavoli tematici, chiamati Stati generali dell'esecuzione penale.

---

<sup>30</sup> 5 Parere del Consiglio di Stato n. 61 del 17 aprile 2000.

<sup>31</sup> A. GADALETA, S. LUPO, S. IRIANNI, Le dimensioni dell'affettività, in Le Dispense dell'Istituto Superiore di studi penitenziari, 2013, n. 3, p. 28.

Ad ogni tavolo fu assegnata una tematica per affrontare delle modifiche al sistema penale penitenziario.

Di nostro interesse è il tavolo 6 “Mondo degli affetti e territorializzazione della pena”, il quale si occupò del diritto e del riconoscimento dell’affettività dei condannati.<sup>32</sup>

Qui fu avanzata la proposta, già analizzata, dei più comunemente detti “Permessi premio”, identificati con l’art. 30-*quinquies* dell’ordinamento penitenziario. Questo articolo però oltre ad essere assicurato solo a coloro che già, al di fuori delle mura, possedano del capitale sociale e non, stabile ovvero: Un partner, una casa, una famiglia e per evidenze cautelari, il tavolo 6 affermò che questo permesso poteva essere richiesto solo da coloro che, a discrezione del direttore del carcere, non potesse essere incline a commettere reati.

In più il tavolo 6 elaborò anche un nuovo istituto giuridico della visita.

Si trattava della possibilità di poter incontrare delle persone esterne in assenza del controllo visivo, in unità abitative appositamente attrezzate all’interno degli istituti penitenziari, con durata di massimo quattro ore<sup>33</sup>.

Nel 2017 il d.d.l. fu approvato in via definitiva dalle Camere con la legge 23 giugno 2017, n. 103, la c.d. riforma Orlando.

Ma della tematica del tavolo 6, nei cinque decreti che ne susseguirono nel 2018, non vi era traccia.

---

<sup>32</sup> A. ZAFFANELLA, Dal perimetro della cella a quello del cuore: l’affettività in carcere, in *Giurisprudenza Penale*, 2019, f. 2-bis, p. 199.

<sup>33</sup> STATI GENERALI DELL’ESECUZIONE PENALE, Tavolo 6 - Mondo degli affetti e territorializzazione della pena, in <http://www.giustizia.it>, 5 febbraio 2016

In conclusione, a questa rassegna sulle proposte di riforma e di cambiamento rispetto alla sessualità dei detenuti ho qualcosa da dire.

Negli anni, come abbiamo potuto vedere, l'oggetto "sessualità in carcere" è stato ampiamente affrontato anche a livello legislativo. Riconoscere il diritto alla sessualità è un tentativo di umanizzazione della pena, ma ogni tentativo di riforma viene ignorato e svilito.

L'opinione pubblica etichetta come "buonista" ogni tentativo di miglioramento della vita dei condannati, quanto basterebbe entrare anche solo una volta nei nostri istituti di pena per vedere quanta sofferenza e degradazione si cela dietro queste istituzioni.

Bisognerebbe dare importanza a quelli che sono i rapporti che i detenuti riescono a mantenere al di fuori, anche con le persone che non appartengono al loro nucleo familiare, come partner ed amici.

*“Una riforma che miri a conciliare il complicatissimo binomio tra carcerazione e affettività non potrà esulare da tutti questi elementi: necessari affinché, anche in una prigione grigia possa scaturire un fiore nel perimetro della mente e non l'ingabbiamento dell'anima”<sup>34</sup>*

---

<sup>34</sup> A. ZAFFANELLA, Dal perimetro della cella a quello del cuore: l'affettività in carcere, in *Giurisprudenza Penale*, 2019, f. 2-bis, p. 205.

### Cap 3 La sessualità dietro le sbarre

#### 3.1 Pratiche di diritto alla sessualità

Convenuti sul fatto che, il diritto alla salute sessuale sia strettamente legato al diritto di poterla esercitare, esporrò alcuni esempi di realtà carcerarie in cui la sessualità è permessa.

Secondo la letteratura presente, una delle eccellenze in questo campo è dato dal sistema penitenziario danese.

La Danimarca ha risolto questa questione da decenni, affermando che, la castrazione obbligatoria sia una punizione non necessaria dato che la privazione della libertà è già di per sé una punizione sufficiente.

Negli istituti danesi i condannati possono trascorrere del tempo con i propri familiari, amici, partners, in totale intimità <sup>35</sup>.

Per far sì che questo avvenga, ogni istituto di pena possiede al suo interno una zona interamente dedicata alle relazioni. Si tratta di “tante piccole stanzette” dotate di divani-letto, cucine, seggioloni per i bambini e dentro ad ogni armadietto vi è un pacchetto di preservativi.

Oltre al fatto che vi sono delle apposite strutture per incentivare i rapporti con l'esterno, durante questi incontri gli agenti non sono presenti e non possono interferire con gli incontri, almeno che non vi siano problemi di sicurezza.

Il sistema danese abbraccia un'ottica di rispetto e civiltà nei confronti dei condannati, di educazione e non di punizione.

Un altro metodo di umanizzazione della pena è applicato dal sistema penitenziario spagnolo. Con la fine del Franchismo, il sistema penitenziario spagnolo mutò il proprio *modus operandi*, affermando che non vi poteva

---

<sup>35</sup> <http://www.ristretti.it/areestudio/estero/danimarca/danimarca.htm>

essere rieducazione senza il mantenimento dei legami familiari, amicali e con i partner.

Vi sono normative specifiche del sistema penitenziario spagnolo che puntano ad evitare la disintegrazione di questi legami, vedendoli come diritti e non come premi <sup>36</sup>.

Le visite riservate sono il mezzo principale con cui il condannato riesce a mantenere questi tipi di legami, ci sono due tipologie distinte di visite, una destinata agli amici e alla famiglia, ed una intima destinata all'incontro con il partner <sup>37</sup>.

L'articolo 45.4 RP prevede la possibilità per i detenuti, su richiesta preventiva, di godere di almeno una comunicazione intima al mese, di durata compresa tra una e tre ore, a meno che non vi siano ragioni di ordine. Lo scopo di questo tipo di provvedimento è quello di garantire il diritto all'esercizio della sessualità dei detenuti che non possono uscire. <sup>38</sup>

L'articolo 45,4 PR spagnolo differisce diametralmente dal nostro articolo 30 Ter sui permessi premio, in Spagna per usufruire degli incontri intimi non è necessario né dimostrare di essere sposati, tanto meno di avere un certo tipo di capitale sociale o affettivo, non è necessario nessun requisito per poterne usufruire.

Proprio per questo motivo, i permessi si ottengono con estrema facilità sia per coppie etero sia per coppie omosessuali <sup>39</sup>. Tali incontri sono concessi per un

---

<sup>36</sup> J. A. M. VAZQUEZ, *Afectividad y circe: un binomio (casi) posible en la experiencia española*, in *Giurisprudenza Penale*, 2019, f. 2-bis, p. 65.

<sup>37</sup> A. GADALETA, S. LUPO, S. IRIANNI, *Le dimensioni dell'affettività*, in *Le Dispense dell'Istituto Superiore di studi penitenziari*, 2013, n. 3, p. 52

<sup>38</sup> C. R. FERNANDEZ, *Las relaciones del interno con el mundo exterior y su importancia para la reeducación y reinserción social*, in *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 17 luglio 2015.

<sup>39</sup> T. TROTTA, *El sexo en las cárceles española*, in <https://www.vice.com>, 4 novembre 2014.

massimo di due ore una volta al mese, non è prevista alcun tipo di sorveglianza, perciò vengono svolti nella totale *privacy*. Gli unici condannati esclusi da questo tipo di pratica sono coloro che hanno ricevuto sanzioni disciplinari gravi.

Coloro usufruenti dei permessi di uscita e che quindi possono incontrare il partner al di fuori dell'istituto di pena in totale riservatezza non possono usufruire delle visite private.

Prima e durante le visite private sono previste, ispezioni corporali per mantenere la sicurezza dell'istituto.

Per la Corte Nazionale Spagnola, queste visite sono necessarie per la funzionalità della pena, per l'umanizzazione del carcere e per la rieducazione del condannato. Il mantenimento dei legami affettivi familiari è un potente strumento contro la desocializzazione delle persone ristrette ed un aiuto concreto per non cadere in recidiva una volta usciti, de traumatizzante.

*“[p]ara quienes se encuentran en libertad, el mantenimiento de estas relaciones no es el ejercicio de un derecho, sino una manifestación más de la multiplicidad de actividades y relaciones vitales que la libertad hace posibles. Los derechos fundamentales, que garantizan la libertad, no tienen ni pueden tener como contenido concreto cada una de esas manifestaciones de su práctica, por importantes que éstas sean en la vida del individuo”.*

(Tribunal Constitucional, 89/1987, de 3 de junio)<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> C. R. FERNANDEZ, Las relaciones del interno con el mundo exterior y su importancia para la reeducación y reinserción social, in Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, 17 luglio 2015.

Il dibattito sulle “Stanze dell’amore” ha origine in Europa, in Francia negli anni 80.

Le storie dei detenuti svelanti la sofferenza e la degradazione psicofisica ha messo in luce quanto l’astinenza sessuale possa minare l’integrità psicofisica dei ristretti.

Il programma sulle visite intime in Francia fu approvato nel 1997, dal Ministero di Giustizia, ma si dovette attendere fino al 2003 per delle stanze pilota, “di prova”, in tre istituti differenti, per poi estendere il permesso di incontri intimi e delle stanze dell’amore in tutto il territorio nazionale nel 2009.<sup>41</sup>

Il sistema delle visite private, funziona un po' come quello spagnolo. Si distinguono due tipi di viste, quelle a familiari ed amici e quelle intime.

Le stesse strutture cambiano, quelle destinate a familiari ed amici sono piccoli appartamenti arredati con due o tre camere ed uno spazio esterno (terrazzo o giardino) e sono situate all’interno dell’istituto. Quelle destinate ad incontri intimi invece sono piccole stanze di più o meno 10 metri quadri, dotate di doccia, divano, letto, cucinotto ed alcuni elettrodomestici. A volte queste stanze, dove gli incontri possono avvenire per un massimo di dieci ore, sono situate al di fuori degli istituti di pena per mancanza di spazio <sup>42</sup>.

I condannati possono accedere a questi tipi di permesso una volta ogni tre mesi, sia perciò che concerne le visite familiari, sia per gli incontri intimi. Possono incontrare più visitatori contemporaneamente fino ad un massimo di quattro ed il periodo di tempo è in crescendo, nel senso che si parte da un

---

<sup>41</sup> M. CRETENOT, Dalle prassi nazionali alle linee guida europee: iniziative interessanti nella gestione penitenziaria, Antigone, Roma, 2013, p. 19

<sup>42</sup> M. CRETENOT, Dalle prassi nazionali alle linee guida europee: iniziative interessanti nella gestione penitenziaria, Antigone, Roma, 2013, pp. 19-20

massimo di 6 ore all'inizio della pena per arrivare nel tempo ad un massimo di 72 ore, quest'ultimo tipo di incontro però può avvenire solo una volta l'anno<sup>43</sup>.

Prima di effettuare le visite, i partecipanti sono sottoposti a controllo da parte del personale penitenziario, vi sono anche i così detti controlli randomici per accertare che le visite seguano un determinato clima di ordine e controllo, ovviamente prima di accedere alle stanze il personale penitenziario deve preventivamente avvisare per una questione di privacy.

A luglio del 2018 sono quarantotto su centoottant'otto gli istituti francesi attrezzati alle stanze per le visite private, ma è un numero destinato a salire <sup>44</sup>.

Rambourg nel 2009, pubblica nelle sue ricerche il fatto che, la creazione di questi tipi di stanze siano di grande aiuto nel ricucire legami messi a dura prova dalle sentenze penali, inoltre i suoi studi dimostrano quanto, attraverso il programma di incontri intimi, sia siano ridotte le risse e le violenze dentro agli istituti penitenziari, migliorando quindi inoltre anche il clima generale del penitenziario, potendo lavorare con serenità, cura e rispetto nei confronti dei ristretti <sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup> M. CRETENOT, Dalle prassi nazionali alle linee guida europee: iniziative interessanti nella gestione penitenziaria, Antigone, Roma, 2013, p. 20

<sup>44</sup> S. LIBIANCHI, Argomenti di prevenzione ed igiene pubblica in carcere: la questione della sessualità e delle c.d. "love rooms", in *Giurisprudenza Penale*, 2019, f. 2-bis, p. 317

<sup>45</sup> C. RAMBOURG, L'assignation identitaire des unités de visites familiales, in *Déviance et Société*, v. 33, 2009, pp. 51-67



### 3.2 Le stanze dell'amore, l'ultimo caso di cronaca in Italia

*“Le “cassette dell'amore” dei detenuti che non piacciono alla polizia penitenziaria”* (Editoriale Domani, 2021)

*“Al via l'iter per le “stanze dell'amore” in carcere, è polemica”*

(L'unionesarda.it 2021)

*“La stanza dell'amore in carcere, l'ultima trovata politica”*

(Journio.it 2020)

*“Una sinistra che non conosce vergogna”* (Jpurno.it 2020)

*“Carceri, stanziati 28 Milioni di Euro per le stanzette dell'amore\per rapporti sessuali dei detenuti”* (Il Sussidiario.it 2022)

Parlare di sessualità in carcere, suscita critica, imbarazzo, polemica oltre che perplessità per la maggior parte dell'opinione pubblica.

Mettere in secondo piano il ruolo dell'opinione pubblica in questo tema, da futura sociologa, sarebbe a mio avviso un errore.

L'opinione pubblica muta e incanala le politiche, di destra e sinistra che siano, in una determinata direzione e noi studiosi di questi ambiti, non possiamo dimenticarcelo.

Cosa potrà mai essere la sessualità in carcere, per la maggioranza della popolazione, che esprime la propria opinione su tutto, la sessualità dietro alle sbarre, se non un tabù con una punizione meritata perché se lo meritano?!

Oltrepassando la superficialità, nonché, le classiche discussioni da Bar, in realtà di questo tema se ne parla, a livello legislativo dagli anni Trenta.

Come sopracitato sono state numerose le proposte di legge presentate per arginare questo problema (Capitolo 2.3), cercando di mettersi a pari passo con la maggior parte degli altri stati membri, la sessualità è un diritto imprescindibile, al di là della condizione di recluso.

La proposta che si rifà all'articolo dei 28 Milioni stanziati per le casette dell'amore è una proposta in realtà interessante.

Nel 2022 vennero stanziati dal Governo 28,3 milioni per la costruzione di prefabbricati, simili a quelli dei terremotati, all'interno di una casa circondariale di ogni regione.

Queste casette sarebbero adibite ad incontri intimi con il partner, recita la scheda tecnica del Governo:

*“nell’ambito del panorama italiano lo strumento attraverso il quale meglio si realizza la soddisfazione dei bisogni affettivi e sessuali del detenuto e attualmente ancora quello del permesso premio, di cui all’art. 30 ter O.P., che la legge prevede anche al fine di coltivare interessi affettivi. Tale beneficio, tuttavia, non costituisce una soluzione al problema, non essendo fruibile dalla generalità dei detenuti: esso, infatti, è riservato ai soli condannati che si trovino nelle condizioni descritte dalla legge”.*

Quindi al di là della proposta interessante, noi dal punto di vista politico e sociale, ci interessiamo dei diritti della totalità dei nostri detenuti, il problema per via dell'articolo 30 ter OP, e l'articolo 18, quello sulla sorveglianza, rimane.

Forse, a livello di cronaca, più interessante è che a cinque anni dall'ultima riforma penitenziaria (2018), si ritorna a parlare del diritto alla sessualità e all'affettività con l'ordinanza N.23 del 12 gennaio 2023, con la messa in

discussione però, di quel maledetto articolo che continua a smontare il nostro oggetto di interesse, ovvero il diritto alla sessualità e di conseguenza, alla salute sessuale, ovvero l'articolo 18 OP.

Il magistrato di sorveglianza di Spoleto, Fabio Gianfilippi, pone nuovamente in discussione l'art. 18 della legge 354/1975

*“nella parte in cui non prevede che alla persona detenuta sia consentito, quando non ostino ragioni di sicurezza, di svolgere colloqui intimi, anche a carattere sessuale, con la persona convivente non detenuta, senza che sia imposto il controllo a vista da parte del personale di custodia, per contrasto con gli art. 2, 3, 13, commi 1 e 4, 27, comma 3, 29, 30, 31, 32 e 117, comma 1 Cost., quest'ultimo in rapporto agli art. 3 e 8 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo”<sup>46</sup>.*

Il magistrato, quindi, mette in discussione il controllo a vista durante gli incontri, comparandolo con alcuni fondamentali articoli della costituzione, affermando che l'articolo 18 e le sue conseguenze si pongono, apertamente, contro alcuni dei diritti fondamentali dell'uomo previsti dalla nostra Costituzione e dalla Convenzione Europea sui Diritti dell'uomo.

Ma questa non è di certo la prima volta, antecedentemente, nel 2012 la questione venne sollevata dal magistrato di Sorveglianza di Firenze (Cit. Cap.2.3), che nonostante la pronuncia, da parte della Corte costituzionale di inammissibilità, ella affermò anche che la questione del diritto alla sessualità e all'affettività fosse

---

<sup>46</sup> [Una nuova quaestio sul diritto alla sessualità in carcere - Garante Diritti Detenuti \(garantedetenutilazio.it\)](http://www.garantedetenutilazio.it)

*“una esigenza reale e fortemente avvertita, quale quella di permettere alle persone sottoposte a restrizione della libertà personale di continuare ad avere relazioni affettive intime, anche a carattere sessuale: esigenza che trova attualmente, nel nostro ordinamento, una risposta solo parziale nell’ [...] istituto dei permessi premio [...] la cui fruizione – stanti i relativi presupposti, soggettivi ed oggettivi, resta in fatto preclusa a larga parte della popolazione carceraria. Si tratta di un problema che merita ogni attenzione da parte del legislatore”.*<sup>47</sup>

Scrive Antigone, nel suo report del 2019, che le richieste ed il mal contento dal punto di vista sessuale ed affettivo sono voci del coro di chi sta dentro.

Quelle riportate dalle proposte di riforma e di legge sono esigenze che provengono direttamente da chi questa situazione la vive sul proprio corpo e se le persone dotanti di potere esecutivo prendessero realmente in mano la questione, a livello strutturale e scientifico, il divieto dell’espressione della propria sessualità va veramente contro gli articoli costituzionali sui diritti inviolabili dell’uomo.

*“A venire in rilievo appare innanzitutto il diritto alla libera espressione della propria affettività, anche mediante rapporti sessuali, quale diritto inviolabile riconosciuto e garantito, secondo il disposto dell’art. 2 Cost. Si tratta di un diritto così qualificato dalla stessa giurisprudenza della Corte Costituzionale, che ha esplicito da tempo come l’attività sessuale sia “indispensabile completamento e piena manifestazione” del diritto all’affettività e come costituisca “uno degli essenziali modi di espressione della persona umana [...] che va ricompreso tra le posizioni soggettive*

---

<sup>47</sup> Bevere P., Sentenza Corte Costituzionale n. 301/2012. Il diritto all’affettività e alla sessualità in carcere

*direttamente tutelate dalla Costituzione e inquadrato tra i diritti inviolabili della persona umana che l'art. 2 Cost. impone di garantire” (sent. 561/1987)”.<sup>48</sup>*

E lo stesso ordinamento penitenziario prevede che parte del trattamento debba puntare al reinserimento sociale del condannato, anche attraverso il mantenimento dei legami sociali con famiglia e partner

*“[i]l trattamento tende, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale ed è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni degli interessati.” Art. 1 OP<sup>49</sup>*

*“Il trattamento del condannato e dell'internato è svolto avvalendosi principalmente dell'istruzione [...] e agevolando opportuni contatti con il mondo esterno e i rapporti con la famiglia”. Art.15 OP<sup>50</sup>*

La sessualità, in un clima di perenne controllo, è l'unico aspetto della vita del detenuto a non essere legiferato.

La negazione della sessualità e la totale assenza di tutele e regolamentazioni, sottende che l'Ordinamento penitenziario preveda l'astinenza forzata come metodo di rieducazione.

E la questione è sotto gli occhi di tutti, a livello legislativo l'articolo 18 OP e le sue conseguenze si oppone ad una moltitudine di articoli sulla tutela dei diritti fondamentali dell'uomo. Abbiamo numerosissimi esempi, alcuni citati sulla mia tesi altri no come Albania, Austria, Belgio, Croazia, Danimarca, Francia, Finlandia, Germania, Norvegia, Olanda, Spagna, Svezia, Svizzera

---

<sup>48</sup> Aliprandi D., Affettività e sessualità in carcere: “Ce lo chiede l'Europa”, in Ristretti Orizzonti, 27 maggio 2022

<sup>49</sup> [Art. 1 legge sull'ordinamento penitenziario - Trattamento e rieducazione - Brocardi.it](#)

<sup>50</sup> [Art. 15 legge sull'ordinamento penitenziario - Elementi del trattamento - Brocardi.it](#)

che comprendono gli incontri intimi ma anche amicali e familiari, senza permessi premio e con estrema facilità perché visti come parte del percorso di reinserimento.

Pensare che la legge riguardante gli incontri sessuali negli Istituti Circondariali spagnoli risalga al Post Franchismo e che il nostro Ordinamento Penitenziario, ancora, non abbia concesso questo diritto mi fa ritenere che ancora di passi bisogna farne tanti e di ricerche ancora di più.

Pochi dati, poca letteratura e poco interesse, tanta superficialità soprattutto perciò che riguarda le condizioni psicofisiche dei condannati italiani.

### **3.3 Salute detentiva come salute collettiva e casi di violenza intramuraria**

*“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività” (Art.32, 1° Comma)<sup>51</sup>*

La nostra costituzione vede la salute come un diritto fondamentale dell’individuo e come interesse della collettività.

Lo stato di salute del detenuto si riflette sulla collettività esterna quindi, la tutela di quest’ultima non si esaurisce nel singolo caso ma nell’interesse di tutta la comunità.

Come già trattato nel capitolo numero 1, il carcere purtroppo è un ambiente che favorisce la proliferazione di malattie, dal punto di vista strutturale e non solo.

Nel 2022 Antigone denuncia ancora una volta un sovraffollamento del 119%, 9000 persone in più, e di celle che, nel 35 % dei casi non rispettano i 3 mq previsti dall’OP.

Nel 2019, vi è la presenza di un solo medico di base ogni 315 detenuti per istituto di pena, per un totale di 1000 medici di base in 200 istituti di pena, in alcuni istituti manca totalmente il medico di base (Ansa 2019).

Dietro le sbarre si contano un 4,8% di persone affette da HIV, contro lo 0,2% della popolazione libera ed una possibilità di sviluppare dipendenze da sostanze o di ammalarsi di disturbi mentali in misura maggiore rispetto alla popolazione normale (Antigone, XVII Rapporto sulle condizioni di detenzione).

---

<sup>51</sup> Art.32, comma 1, Costituzione.

Per non parlare di tutte le più comuni malattie infettive cui non ci sono dati per superficialità clinica.

Il reinserimento della persona detenuta in libertà, in condizioni di salute sana, è un dovere civico che il carcere dovrebbe avere come priorità.

Prima o poi la maggior parte delle persone privata della libertà viene reinserita tra i cittadini liberi, è una questione di salute pubblica oltre che un diritto inviolabile dell'uomo prestare attenzione e servizi sanitari idonei alle persone condannate.

Aggiungerei che per le caratteristiche morfologiche del luogo carcere, andrebbero attivati degli iter clinici specifici, servendosi anche di studi sociologici per rendere questo non luogo il meno patogenizzante possibile. Il carcere non può continuare a far ammalare le persone.

Perciò che concerne le infezioni sessualmente trasmissibili, l'ex detenuto che magari ha contratto un'infezione durante la detenzione, una volta uscito, potrà avere altri rapporti sessuali non protetti, perciò contagiare altre persone.

Dal punto di vista della qualità della vita, una buona percentuale delle malattie che ho analizzato nel capitolo due, possono compromettere duramente lo stato di salute psicofisico della persona da poco libera, lasciandolo nei meandri delle incertezze, delle burocrazie sanitarie pubbliche, scadenti anche per i cittadini liberi e portarlo ad una possibilità di recidiva più alta, rispetto ad una persona che si presenta fuori dal carcere sana.

E queste sono questioni banalmente facili da comprendere ma per nulla prese in considerazione, se non da noi che ci interessiamo di questi argomenti e che cerchiamo di analizzarli attraverso i nostri studi.



Un altro argomento che vorrei affrontare sono i casi di violenza sessuale che avvengono dentro le mura degli Istituti di pena.

Sul fatto che l'ambiente carceraria sia monosessuato e che vi sia una sorta di omosessualità indotta è un concetto appurato.

Rimane però la questione della dignità della persona, che prima di entrare in carcere ha avuto esperienza della propria sessualità e, che poi, ha dovuto adattarla al contesto. La chiave di lettura, quindi, deve essere distaccata da una visione paternalistica ed eterosessista della questione sessualità dietro alle sbarre.

La letteratura parla di omosessualità indotta, più facile e meno stigmatizzata nelle carceri femminili, più ostile e violenta nelle carceri maschili, le dinamiche infatti tra uomini e donne all'interno delle carceri sono radicalmente diverse (Decembrotto, 2013).

Infatti la maggior parte di violenze sessuali avviene negli istituti di pena maschili,

*“la prigione non è l'istanza che trasforma un uomo qualunque in un violentatore, bensì il contesto in cui disposizioni all'aggressione sessuale precedentemente acquisite nel corso della costruzione dell'identità maschile del singolo detenuto in altri spazi della casa-degli-uomini e finora eventualmente rimosse, trovano un terreno favorevole alla loro attualizzazione.”*

(Welzer-Lang 2006, p. 224)

Non vi sono abbastanza dati per confermare questa teoria, però Decembrotto afferma che non essendoci rapporti orizzontali, le dinamiche di potere fra detenuti non sono rari e che spesso sfociano in atti violenti, in più il fenomeno

comune della prostituzione fra i detenuti spingono la comunità ad identificare i sexworkers presenti come omosessuali ed esplicitamente disprezzati quindi spesso vittima di violenze machiste, stigmatizzazioni ed a volte anche stupri.

*“Lui faceva [sesso orale con] questi ragazzi e si faceva fare la spesa poi. La settimana dopo. Allora, che cos’è successo? Che un gruppo di ragazzi del suo paese, l’hanno stuprato, letteralmente, e non gliel’hanno fatta la spesa. Questo qui c’è rimasto male perché dopo, se prima lo faceva per avere qualcosa, adesso non lo fa più perché è timbrato, non può più fare niente. Eh, è arrivato a questo punto, si è tagliato. Il, i testicoli, li chiamiamo così, si è tagliato i testicoli e gridava sono gay, mandatemi al terzo piano”*  
(Decembrotto, 2013)

Un piccolo abstract delle interviste di Decembrotto.

Sono molti gli studi che dimostrano che, l’inserimento di incontri intimi dentro agli istituti di pena, potrebbero affievolire i casi di violenza.

Molti studi psichiatrici dimostrano che la negazione della sessualità, essendo qualcosa di irrealistico, portano la persona ad un peggioramento, rendendolo aggressivo e pericoloso<sup>52</sup>.

Il potersi vivere i propri affetti, darebbe la possibilità ai detenuti di vivere una persona nonostante l’alienazione carceraria.

Se seguissimo gli esempi di OP degli stati membri in cui la sessualità e gli incontri intimi sono permessi e vengono visti come diritti fondamentali, potremmo notare, come essi possano essere revocati per cattiva condotta, pericolosità del detenuto o violazione delle norme carcerarie

---

<sup>52</sup> R. WYATT, Male Rape in U.S. Prisons: Are Conjugal Visits the Answer?, in Case Western Reserve Journal of International Law, 2006, v. 37, n. 2, pp. 598-599.

Nonostante questa strategia segua sempre e comunque una dinamica di potere e quindi di controllo e nonostante non sia giusto evocare un diritto fondamentale per una violazione di norma, la trovo una tecnica funzionale al mantenimento dell'ordine, ma soprattutto al contenimento delle violenze.

## CONCLUSIONI

Affrontare un tema di ricerca così spinoso, anche a livello di opinione pubblica è stato difficile per me.

La mia fonte di interesse è partita dal Libro di Kalica, “Farsi la galera” che dovetti preparare per dare un esame esattamente un anno fa, a settembre dell’anno scorso, 2022.

Le parole di quel libro suscitarono in me una forte indignazione e capii che forse, rabbia e frustrazione date dal non poter far nulla, avrebbero potuto essere delle alleate nella mia stesura di tesi.

Il tema della salute fu quello che mi colpì di più, perché lo scrittore parlò della sua esperienza rispetto ad un forte mal di denti dato da un ascesso e delle cure che non arrivavano mai.

Fatalità in quel periodo stavo morendo dai dolori per colpa di un dente che poi mi devitalizzarono ma che ancora mi fa vedere le stelle dal dolore e leggendo le sue parole, empatizzai con lui in un modo talmente tanto viscerale che raramente mi capitò leggendo un libro.

La questione della extra medicalizzazione, degli psicofarmaci, dei trasferimenti negli istituti psichiatrici, anche quelli mi suscitarono indignazione, perché se ne parla veramente troppo poco.

Ho pensato quindi che, dall’alto del mio privilegio di persona libera, non avrei mai potuto capire la questione fino in fondo e che in generale, fino a quando non ci sei dentro, tu non puoi capire, puoi interessartene però.

Allora ho preso la mia rabbia la mia indignazione ed il mio interesse scaturito da questo libro e ho iniziato a leggermi qualche articolo.

Fino a che non mi sono imbattuta in un piccolo stralcio di articolo che parlava di sessualità e di violenza sessuale, di malattie veneree e di metodi alternativi di precauzione che alcuni detenuti usavano in carcere e ho deciso che sarebbe stato questo il mio tema.

Dopodiché mi sono quindi inoltrata nel tema, rimanendo ancora più sconcertata dal fatto che, di dati sulle malattie sessualmente trasmissibili, ce ne sono veramente pochi e che per rendere lo stesso valido, il mio elaborato, oltre alla ricerca, avrei dovuto trovare uno stile.

Ho optato per un'analisi a carattere politico principalmente, perché il tema doveva essere quello, non l'avrei mai cambiato e in realtà attraverso questa analisi mi sono data molte più risposte di quelle che pensassi.

In primis, io penso che la soluzione possa essere solo e soltanto una: aprire il carcere alla sessualità, ai sentimenti ed ai rapporti esterni.

Abbiamo veramente infiniti esempi funzionali, più volte citati, di carceri che permettono gli incontri intimi e che sfuggono all'ottica della premialità.

Il cambiamento va portato alla radice, apportando modifiche all'articolo 18, non si può pensare di dover circoscrivere delle norme presenti per poter assicurare un diritto fondamentale ad una persona, come quello alla salute e quello alla sessualità, perché l'altra faccia del diritto alla sessualità è quello del diritto alla salute, sono equivalenti e si inglobano l'uno con l'altro.

Le conseguenze dell'articolo 18 si scontrano con gli art. 2, 3, 13, commi 1 e 4, 27, comma 3, 29, 30, 31, 32 e 117, comma 1 della Costituzione, quest'ultimo in rapporto agli art. 3 e 8 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo.

Il diritto alla sessualità è un diritto fondamentale quanto più lo è quello alla salute, sulla carta non per me.

Un carcere che non tutela la salute sessuale dei detenuti a rigor di logica non solo vede la castrazione obbligatoria come metodo rieducativo della pena ma asseconda le malattie sessualmente trasmissibili e diventa causa della divulgazione di quest'ultime al di fuori.

Nuovamente ci scontriamo con gli articoli della costituzione, come il 32, che parla di diritto alla salute individuale e collettiva.

Le violenze in carcere a mio parere, soprattutto nelle carceri maschili, sono perpetuate da un luogo e da un contesto che asseconda le dinamiche di potere fra persone detenute.

I casi di abusi sessuali e stupri, non sono argomenti sui quale ci può essere così poca informazione, ma i dati che ci sono e le letterature psichiatriche dimostrano che la cultura di impronta maschilista, l'omofobia e la negazione di espressione della propria sessualità sono un cocktail che assecondano questi casi di violenza ed è un controsenso, dato che il carcere è noto dalla letteratura per essere il luogo del controllo, su tutto, ma su questo no?

La mancata attenzione nei confronti della salute e della salute sessuale dei condannati, dimostra assoluto non interesse per la dignità dei reclusi, oltre a rappresentarsi come solo ed unico contenitore di persone, sempre troppe e sempre con meno diritti.

Le poche ricerche che ci sono riguardanti le malattie sessualmente trasmissibili dimostrano un'assoluta superficialità negli screening clinici dei condannati, dato che, anche nei dati più importanti vengono sempre e solo citate le malattie che "fanno più paura" come le epatiti e l'HIV, e tutte le altre?

Perché non ci sono dati? Mi sembra impossibile che i virus più comuni come quello della clamidia, della gonorrea, del papilloma virus non siano presenti in nessuna scheda clinica di quelle analizzati dagli studi che ho preso in considerazione.

Se avessi avuto anni, per poter scrivere questa tesi, l'avrei fatta sperimentale e avrei chiesto i permessi come ricercatrice di svolgere questa tesi all'interno del carcere Due Palazzi, perché ci sono entrata diverse volte attraverso l'università ed il progetto carceri delle scuole.

Avrei cercato di abbandonare i miei preconcetti ed avrei utilizzato un metodo di ricerca misto, utilizzando questionario ed interviste semi strutturate.

Nel mio ideale di ricerca avrei chiesto al medico di base operante e alle Usl di Padova di poter accedere alle cartelle cliniche delle persone interessate al mio progetto di ricerca, mi sarei data come tempistica 5 anni dalla somministrazione di questionari ed il mio campione di indagine avrebbe compreso uomini di tutte le età.

Ovviamente 5 anni di tempo sono ipotetici, dovrei trovarmi sul campo per valutare il tempo effettivo che mi sarebbe potuto servire per svolgere un tipo di ricerca come questo, che non ho mai svolta.

Avrei comparato le cartelle cliniche all'inizio ed alla fine del mio percorso di ricerca, comparando gli screening delle malattie infettive, che per lo scopo della mia ricerca in realtà dovrebbero essere malattie sessualmente trasmissibili.

In più, probabilmente, mi metterei in un'ottica di poche aspettative ed aprirei la mia mente ad eventuali altre dinamiche, informazioni, fenomeni sociologici che un contesto come il carcere può riportare.

Avrei ascoltato le persone.

Quello della sessualità intramuraria penso che sia un cambiamento dovuto e necessario e penso che per essere il più attinente alla realtà possibile, anche un allargamento della platea delle persone che possono usufruire dei permessi premio, senza prendere in considerazione sempre capitale sociale, familiare, economico, sia anch'essa una soluzione attuabile.

Concludo il mio elaborato con molta speranza, la prima è quella di poter un giorno entrare come ricercatrice dentro le mura dei penitenziari, la seconda di poter un giorno leggere da qualche parte, in che modo gli incontri intimi dei detenuti affievoliscono la durezza della pena e limitano le infezioni sessualmente trasmissibili.



## **Dedica**

A mia nipote Elena,

Ai suoi tre anni,

Alla sua galera.

## **Bibliografia:**

- Aliprandi D., Affettività e sessualità in carcere: “Ce lo chiede l’Europa”, in *Ristretti Orizzonti*, 27 maggio 2022
- Articolo 28, L. n. 354/1975: “Particolare cura è dedicata a mantenere, migliorare o ristabilire le relazioni dei detenuti e degli internati con le famiglie”.
- Articolo 29, comma 1, Costituzione: “La Repubblica riconosce i diritti della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio”
- Articolo 31, comma 1, Costituzione
- Articolo 37, comma 8 primo periodo, Regolamento esecutivo, cit.
- Articolo 32 Costituzione, comma 1, Costituzione
- Bevere P., Sentenza Corte Costituzionale n. 301/2012. Il diritto all’affettività e alla sessualità in carcere
- Bortolato; Vigna Vendetta pubblica
- BRUNETTI C., Il diritto all'affettività per le persone recluse, in *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, 2008, v. 12, f. 3, p. 118.
- Brunetti C. op. cit. pag. 300
- Castellano L, Stasio D., *Diritti e castighi, storie di umanità cancellata in carcere*, 2009
- Ceraudo F., *Principi fondamentali di medicina penitenziaria*, cit., p. 149.
- Cingolani, M., Caraceni, L., Cannovo, N., & Fedeli, P. (2020). The COVID-19 epidemic and the prison system in Italy, in *Journal of Correctional Health Care: The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care*, XX(X): 1-8)
- Cretenot M., *Dalle prassi nazionali alle linee guida europee: iniziative interessanti nella gestione penitenziaria*, Antigone, Roma, 2013, p. 20
- Decembrotto L., *Ricerca fenomenologica dell’identità e della pratica sessuale in ambito detentivo*, 2013

- European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2014 - sexually transmitted infections, including HIV and blood - borne viruses. Stockholm: ECDC; 2015
- Fernandez C.R., Las relaciones del interno con el mundo exterior y su importancia para la reeducación y reinserción social, in Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, 17 luglio 2015.
- Gadaleta A., Lupo S., Irianni S., Le dimensioni dell'affettività, in Le Dispense dell'Istituto Superiore di studi penitenziari, 2013, n. 3, p. 28.
- Gadaleta A., Lupo S., Irianni S., Le dimensioni dell'affettività, in Le Dispense dell'Istituto Superiore di studi penitenziari, 2013, n. 3, pp. 29-31
- Gadaleta A., Lupo A., Irianni S., Le dimensioni dell'affettività, in Le Dispense dell'Istituto Superiore di studi penitenziari, 2013, n. 3, p. 35.
- Gadaleta A., Lupo S., Irianni S., Le dimensioni dell'affettività, in Le Dispense dell'Istituto Superiore di studi penitenziari, 2013, n. 3, p. 52
- Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030.
- Gonin D., La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention, L'Archipel, Paris 1991 (tr. it. Torino, Gruppo Abele, 1994)
- Hammett TM, Harmon MP, Rhodes W. The burden of infectious disease among inmates of and releases from US correctional facilities, 1997. American Journal of Public Health, 2002, 92:1789-1794.
- Istituto Superiore di Sanità. DATI HIV E AIDS - Notiziario ISS volume 27, n.9 suppl 1. Novembre 2014
- Kalica E., Santorso S., *"Farsi la Galera. Spazi e culture del penitenziario"*, 2018, Ombre Corte, pg.165.
- Libianchi S., Argomenti di prevenzione ed igiene pubblica in carcere: la questione della sessualità e delle c.d. "love rooms", in Giurisprudenza Penale, 2019, f. 2-bis, p. 317
- Mastrogiacomo D., Stanze dell'amore per detenuti e coniugi, in <https://ricerca.repubblica.it>, 20 maggio 1997.
- Puglia M., Da Frè M., Voller F. HIV e AIDS in Toscana. Aggiornamento al 31 dicembre 2013. Agenzia regionale di sanità, Firenze; 2014.
- Rambourg C., L'assignation identitaire des unités de visites familiales, in *Déviance et Société*, v. 33, 2009, pp. 51-67

- Rapporto Antigone, 2018
  
- Salfa M. C., Ferri M., Suligo B., *“Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due Sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2020”* Volume 35 - Numero 6 Giugno 2022
  
- Santoro E., *Carcere e società liberale*, cit., pag. 79; G. DI GENNARO
  
- Serge V., 1980
  
- Standard Minimum Rules, art.22
  
- STATI GENERALI DELL’ESECUZIONE PENALE, Tavolo 6 - Mondo degli affetti e territorializzazione della pena, in <https://www.giustizia.it>, 5 febbraio 2016
  
- *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard (trad. it.: *Sorvegliare e punire: la nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1993)
  
- *Tyrer v. United Kingdom*, (app.n. 5856/72), 25 aprile 1978, § 33.
  
- Vazquez J. A. M., *Afectividad y circe: un binomio (casi) posible en la experiencia española*, in *Giurisprudenza Penale*, 2019, f. 2-bis, p. 65.
  
- Vetere E., *I diritti dei detenuti e la loro tutela*, in *Rassegna di studi penitenziari*, 1975, 1, pag. 13.
  
- Weinbaum CM, Sabinb KM and Santibanez SS. *Hepatitis B, hepatitis C, and HIV in correctional populations: a review of epidemiology and prevention*. *AIDS*, 2005, 19 (suppl 3):S41–S46.
  
- Wyatt R., *Male Rape in U.S. Prisons: Are Conjugal Visits the Answer?*, in *Case Western Reserve Journal of International Law*, 2006, v. 37, n. 2, pp. 598-599.
  
- Zaffanella A., *Dal perimetro della cella a quello del cuore: l’affettività in carcere*, in *Giurisprudenza Penale*, 2019, f. 2-bis, p. 205.

## Sitografia

[Art. 1 legge sull'ordinamento penitenziario - Trattamento e rieducazione - Brocardi.it](#)

[Art. 15 legge sull'ordinamento penitenziario - Elementi del trattamento - Brocardi.it](#)

[Una nuova quaestio sul diritto alla sessualità in carcere - Garante Diritti Detenuti \(garantedetenutilazio.it\)](#)

[European Convention on Human Rights \(coe.int\)](#)

[98d286.pdf \(gazzettaufficiale.it\)](#)

[Giulio Coppi, Il writ di habeas corpus. Le origini del baluardo delle libertà civili \(rivisteweb.it\)](#)

[Habeas corpus Brocardi.it](#)

[La Consulta dichiara incostituzionale la sottoposizione a visto di censura della corrispondenza tra il detenuto sottoposto al regime dell'art. 41-bis, co2 ss, O.P. e il proprio difensore - Osservatorio sull'esecuzione penale \(unipi.it\)](#)

[La Costituzione - Articolo 27 | Senato della Repubblica](#)

[Ministero della giustizia | Carcere e probation](#)

[e5bd2175-9be9-5a58-09b1-b0f273ad1035 \(iss.it\)](#)

[Infezioni sessualmente trasmesse \(salute.gov.it\)](#)

<http://www.ristretti.it/areestudio/estero/danimarca/danimarca.htm>

[Recensione di “Farsi la galera. Spazi e culture del penitenziario”, a cura di Elton Kalica e Simone Santorso, di Valerio Pascali \(Università degli studi di Padova\) – Nuova serie dei delitti e delle pene \(wordpress.com\)](#)

S. BADUDIERI, Infezioni sessualmente trasmesse nelle persone detenute, in <https://www.sanitapenitenziaria.org>, 13 giugno 2016

T. TROTTA, El sexo en las cárceles española, in <https://www.vice.com>, 4 novembre 2014.

[Una nuova quaestio sul diritto alla sessualità in carcere - Garante Diritti Detenuti \(garantedetenutilazio.it\)](#)