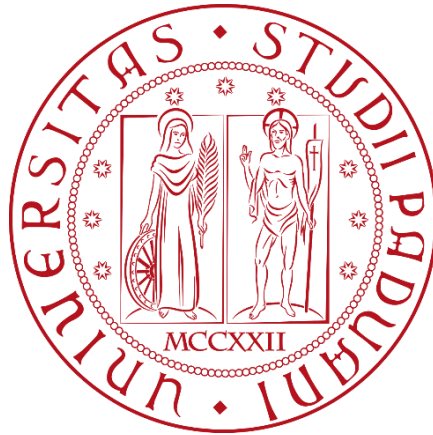




UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia
applicata**

**Corso di laurea in
SCIENZE SOCIOLOGICHE**

***Disagio, sofferenza e cura sotto controllo:
una prospettiva di genere.***

Relatrice:

Prof.ssa Francesca Vianello

Laureanda:

Elena Pinto

Matricola: 2100863

A.A. 2025/2026

Indice

Introduzione	5
Capitolo primo. La detenzione femminile	9
1.1 Cenni storici	9
1.2 Il carcere femminile dal 1975 ad oggi	12
1.3 Il dibattito in letteratura	16
1.4 I numeri della detenzione femminile	19
Capitolo secondo. La sofferenza delle donne detenute	33
2.1 Identità penitenziaria e processi di spersonalizzazione	33
2.2 Processi di infantilizzazione e minorazione	36
2.3 Processo di prigionizzazione	37
2.4 La salute in carcere per le donne	38
2.4.1 Alcuni fattori del disagio e della sofferenza	38
2.4.2 Il carcere che ammalava	44
2.5 Cura in carcere: il controllo onnipotente	48
Capitolo terzo. La sanità penitenziaria in Veneto: uno sguardo di genere	57
3.1 Gli istituti penitenziari	57
3.1.1 La casa di reclusione della Giudecca (Venezia)	57
3.1.2 La casa circondariale Montorio (Verona)	60
3.1.3 La casa circondariale di Belluno	61
3.2 La salute in carcere in Veneto	62
3.3 Sanità penitenziaria in Veneto: intervista alla referente regionale	67
Riflessioni conclusive	
Bibliografia	77
Sitografia	79

Introduzione

La presente tesi si propone di analizzare il tema della detenzione femminile, una dimensione della realtà penitenziaria che solo negli ultimi decenni ha acquisito una crescente rilevanza nell'ambito degli studi sociologici e storici. Il limitato interesse riservato a questo fenomeno può essere ricondotto principalmente alla presenza numericamente esigua delle donne all'interno della popolazione detenuta, con particolare riferimento al contesto penitenziario italiano. Tale marginalità sul piano quantitativo non deve tuttavia tradursi in una sottovalutazione della complessità del fenomeno, che si configura come una realtà articolata e attraversata da profonde ambivalenze di natura storica, strutturale e teorica.

Il primo capitolo inizia da un excursus storico della detenzione femminile, in quanto, storicamente, l'internamento delle donne non era legato soltanto alla commissione dei reati, ma anche, e forse soprattutto, al controllo della loro condotta morale e sessuale. A partire dal XVI secolo, conservatori, rifugi, asili e istituti religiosi accoglievano donne considerate "pericolose" o "pericolanti" e l'obiettivo era spesso quello di rieducarle e ricondurle ai ruoli tradizionali di moglie e madre, attraverso il lavoro domestico, la preghiera e l'imposizione di comportamenti considerati virtuosi.

Con la nascita del carcere disciplinare nell'Ottocento, questa impostazione non scomparve e le donne continuarono a essere considerate soggetti fragili, devianti o bisognosi di correzione morale. Anche dopo l'Unità d'Italia, le carceri femminili rimasero poche e scarsamente considerate dalle politiche di riforma. La gestione fu a lungo affidata alle suore, mentre le attività proposte alle detenute erano principalmente legate ai tradizionali ruoli femminili, come cucito, pulizia e lavori domestici.

Una svolta importante arrivò con la riforma penitenziaria del 1975, che introdusse progressivamente una gestione laica delle carceri femminili per passare da una funzione prevalentemente moralizzatrice a una concezione fondata sulla rieducazione e la risocializzazione del detenuto, in generale. Tuttavia, il sistema penitenziario continuò a essere strutturato prevalentemente secondo un modello maschile. Le donne, essendo una minoranza numerica, sono spesso collocate in piccole sezioni femminili all'interno di istituti maschili, con una conseguente carenza di attività, servizi e risorse. Particolarmente problematiche risultano le questioni relative alla salute, alla maternità, alla sessualità, all'affettività e al mantenimento dei rapporti con i figli e con la famiglia. La distribuzione

degli istituti femminili sul territorio può inoltre costringere le detenute a scontare la pena lontano dal proprio ambiente familiare.

Nella seconda parte del capitolo viene analizzato il dibattito della letteratura, soprattutto attraverso il pensiero di Tamar Pitch, che si pone la domanda fondamentale: “*quale pena per le donne?*” Pitch individua tre possibili risposte: applicare alle donne la stessa pena prevista per gli uomini, prevedere una pena diversa oppure utilizzare una concezione della giustizia elaborata a partire dall’esperienza femminile anche per gli uomini. Viene poi affrontato il dibattito sulla distinzione tra Justice Model e Care Model, modelli che si ispirano rispettivamente alla logica retributiva (il Justice Model) e alla logica riabilitativa (il Care Model) della pena; si illustrano quindi brevemente vantaggi e possibili rischi dei due modelli, perché anche il modello della rieducazione può trasformarsi in una forma di controllo e correzione del comportamento, imponendo alle donne modelli di femminilità considerati “virtuosi”.

Viene quindi proposta una maggiore attenzione alle caratteristiche specifiche della condizione femminile, privilegiando quando possibili percorsi alternativi al carcere e interventi orientati alla cura e alla reintegrazione.

Il secondo capitolo analizza la sofferenza e il disagio vissuti dalle donne reclusi all'interno delle istituzioni penitenziarie, a partire dall'ingresso in carcere, momento che rappresenta un'esperienza di forte spersonalizzazione.

Definendo la struttura penitenziaria come un'istituzione totale, si evidenzia come i rituali di ammissione, quali perquisizioni corporali, spogliazione dei vestiti e passaggio dal "lei" al "tu", perdita progressiva di abitudini e riferimenti della vita precedente, sono percepiti in particolare dalle donne come atti di profonda violazione dell'intimità e riduzione del corpo a semplice oggetto da controllare. Questa perdita di autonomia si estende all'intera vita detentiva, dove la necessità di richiedere permessi per ogni minima azione costituisce una vera e propria dipendenza che compromette il senso di autodeterminazione e la responsabilità adulta. Un altro fenomeno importante è la prigionizzazione, cioè l'adattamento alla cultura e alle regole del carcere. Questo adattamento può aiutare a sopravvivere alla detenzione, ma può rendere più difficile recuperare autonomia e responsabilità per il futuro reinserimento nella società.

Il capitolo prosegue con l'analisi della sofferenza che il carcere può portare, che non si manifesta necessariamente attraverso una violenza evidente, ma spesso attraverso una forma più sottile di controllo e incertezza. Il sistema premiale e disciplinare condiziona infatti l'accesso a opportunità come permessi, misure alternative, lavoro esterno o miglioramenti

delle condizioni detentive. La necessità di mantenere una condotta considerata adeguata può generare uno stato di ansia permanente e di autocontrollo, soprattutto quando le regole informali sono poco chiare o percepite come arbitrarie. L'incertezza riguarda anche le informazioni, i tempi delle decisioni e soprattutto l'attesa, che diventa una delle principali fonti di sofferenza.

Infine, il capitolo evidenzia il problema del diritto alla salute in carcere; sebbene le persone detenute abbiano formalmente diritto a cure equivalenti a quelle dei cittadini liberi, nella pratica l'assistenza può essere condizionata dalle esigenze di sicurezza e dalle carenze del sistema. Ne deriva una tensione tra cura e controllo, particolarmente evidente anche nell'utilizzo degli psicofarmaci.

Il terzo capitolo analizza la sanità penitenziaria in Veneto con uno sguardo di genere: nella prima parte vengono descritte le tre strutture penitenziarie che nella regione ospitano donne, che sono la Casa di reclusione femminile della Giudecca a Venezia, una sezione femminile della Casa circondariale Montorio di Verona e la Casa Circondariale di Belluno che ospita un esiguo numero di persone transgender.

Il capitolo prosegue descrivendo l'organizzazione della sanità penitenziaria regionale; tale modello è pensato per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso un sistema costituito da hub e spoke, che collega gli istituti penitenziari ai servizi territoriali e ospedalieri. L'obiettivo è assicurare alle persone detenute un'assistenza equivalente a quella della popolazione libera, comprendendo prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e assistenza specialistica.

Nella parte finale viene riportato quanto emerso dall'intervista con la Referente regionale della sanità penitenziaria; in tale intervista emerge innanzitutto come la numerosità ridotta della popolazione detenuta femminile determini una certa neutralizzazione dei protocolli e dell'organizzazione sanitaria rispetto al genere, mancando anche dati disaggregati appunto per genere.

Nel prosieguo del colloquio emergono alcune contraddizioni operative della sanità penitenziaria in Veneto: da lato la Referente rivendica l'efficacia di realtà virtuose come l'ICAM per le madri e per le gestanti e i percorsi lavorativi nel carcere della Giudecca, dall'altro denuncia come, a fronte della garanzia dei LEA e della reale effettuazione degli screening ginecologici, ci sono spesso evidenti problemi pratici, in quanto l'accesso alle prestazioni specialistiche esterne indispensabili, come mammografie e visite oncologiche, viene infatti condizionato dai limiti organizzativi della Polizia Penitenziaria e dalle scorte per i trasporti, un ostacolo che l'intervistata evidenzia come particolarmente acuto nel

contesto insulare della Giudecca.

Un ultimo elemento fondamentale emerso nell'intervista riguarda il rapporto difficile tra area sanitaria e area penitenziaria, che hanno strutturalmente obiettivi differenti; questa differenza può creare difficoltà di comunicazione e influenzare concretamente il lavoro degli operatori sanitari.

Capitolo primo

La detenzione femminile

In questo capitolo viene affrontata la questione della detenzione femminile, partendo da un breve excursus storico, seguito da una rassegna della letteratura sul tema, per finire con alcuni dati su alcuni aspetti della detenzione delle donne negli istituti penitenziari italiani.

1.1 Cenni storici

Non è affatto semplice ricostruire la storia della detenzione femminile in Italia, soprattutto perché è una storia di piccoli numeri, poco conosciuta e diffusa: le donne presenti nelle carceri italiane sono a tutt'oggi 2.778 il 4,35% del totale della popolazione detenuta (63.801 al 28 febbraio 2026), con notevoli variazioni da regione a regione.

Storicamente, l'universo carcerario femminile è stato interpretato non come un sistema di sanzioni per crimini commessi, ma come uno strumento per ricondurre forzatamente la donna ai ruoli "naturali" di moglie e madre e pertanto erano colpiti tutti quei comportamenti che si allontanavano da quanto ci si aspettasse dalle donne all'interno di una società patriarcale e maschilista. La società si proponeva quindi di riportare sulla giusta strada quelle donne che per vizio o fragilità ne erano deviate. Conservatori, rifugi, ritiri, asili che sono sorti nel contesto italiano a partire dal XVI secolo erano quindi pieni di orfane, povere, prostitute, ragazze madri affidate alle cure-punizioni di donne cattoliche, anticipando alcune funzioni assunte dal carcere disciplinare con la sua affermazione a cavallo tra Settecento e Ottocento. Nel corso del XVII e XVIII secolo sorsero sempre più numerosi "alberghi dei poveri", "case di correzione", "ospedali", "case di lavoro" con l'intento di eliminare dalla città, o perlomeno dalla vista, il ceto sociale più povero che era fonte di turbamento della quiete agli occhi dei ceti più abbienti. Fin da subito si palesa il fatto che vengono colpite e internate donne considerate "a rischio" in quanto, per scelta o meno, non erano sottoposte ad una tutela maschile e quindi ritenute più dedite ad attività illecite e contro la morale comune. Di questa categoria facevano parte anche le zitelle, donne non sposate, alle quali, con bolla papale "Ad exercitium pietatis" (1663) venne adibito il palazzo di S. Giovanni in Laterano.

A Torino, prima e dopo il regno sabaudico, la vita per le donne "pericolose" non era affatto semplice: la Compagnia di San Paolo fondò nel 1683 l'Opera del Deposito in cui

venivano accolte, più o meno volontariamente, "*donne cadute, pericolose o di attuale o imminente scandalo al prossimo*" (cfr. S. Cavallo, Assistenza femminile e tutela dell'onore della Torino del XVIII secolo, in *Annali della Fondazione Einaudi*, vol. XIV, anno 1980).

Nel resto della nostra penisola la situazione non era comunque delle più rosee per poveri, anziani, donne e orfani: nel 1664 a Genova fu fondato l'"Albergo dei poveri": la costruzione di questo grande reclusorio, si pone come estrema soluzione al problema del pauperismo locale. L'albergo ospitava gli inabili (infanzia abbandonata, minorenni sbandati, donne malmaritate, vedove, vecchi, pazzi non furiosi) e gli indigeni (mendicanti e vagabondi) il cui governo rappresentava evidenti problemi di polizia e di ordine pubblico. L'albergo era ubicato appena al di fuori della vecchia cinta muraria per fare in modo che i Protettori dell'Istituzione fossero in grado di controllarne quotidianamente la situazione interna, ma contemporaneamente si isolavano gli ospiti, individui in qualche modo socialmente difformi o pericolosi.

Lo Stato Pontificio si dimostrò uno dei più ostinati nella volontà di riportare al buon costume le donne considerate deviate: l'ospizio di San Michele a Ripa Grande, fondato nel 1679 come opera assistenziale per i «poveri invalidi dell'uno e dell'altro sesso, quanto i fanciulli e le zitelle povere», fu in seguito ampliato e divenne carcere femminile nel 1735, prima della sua trasformazione in istituto educativo nel XIX secolo.

Anche Bologna non fu da meno: mendicanti, poveri e donne pericolose furono internati in diversi istituti, al fine di purificare la città. Esistevano conservatori e orfanotrofi, come S. Leonardo (attivo fino al 1864), che accoglievano orfane e donne in difficoltà.

Dunque, «conservatori, rifugi, ritiri, asili [...] sorti nel contesto italiano a partire dal XVI secolo, [...] per donne *pericolanti* e *pericolate* hanno anticipato diverse istituzioni che si sono affermate in Italia soprattutto a partire dall'Ottocento. Queste istituzioni avevano sostanzialmente due scopi: "mantenere intatta la virtù delle donne" (A. Groppi, 1994, p. 6) e rieducare le donne che avessero già *perduto* la propria virtù. Analogamente a quanto avveniva in altri Paesi europei (cfr. M. Bosworth, 2000), la devianza femminile che veniva sottoposta ad internamento nell'ambito di questi istituti era prevalentemente legata alla sfera sessuale. Essa consisteva infatti nell'avere vissuto esperienze di tipo sessuale al di fuori del vincolo matrimoniale – su tutte la prostituzione – oppure nell'essere ritenute in pericolo di "cadere" nell'esercizio di queste attività. Era quindi un internamento strettamente correlato al genere femminile: si internavano le donne che deviavano dal modello di femminilità, casto e puro, previsto dalla società. Inoltre, esso colpiva principalmente le donne in stato di povertà, che facevano parte delle classi marginali della società» (Antigone).

Tutto ciò fa sì che sulla soglia del 1800 in Italia la maggior parte delle donne recluse lo fosse a causa di comportamenti considerati troppo libertini o contro la morale, piuttosto che per veri reati; pertanto la rieducazione era impostata secondo il principio lavorativo, quindi apprendere le mansioni domestiche, secondo il principio di castità, da mantenere fino al matrimonio, e secondo il principio della fedeltà coniugale. La donna, nel corso dei secoli, non è mai stata considerata delinquente coscientemente, ossia per volontà propria, quanto piuttosto "posseduta", dal demonio nel caso dell'Inquisizione o da qualche patologia mentale (ad esempio l'isteria) e deviata.

«Si trattava, in realtà, di un'arma a doppio taglio. Se la constatazione di tale fragilità disculpava e tutelava le donne perché incapaci, dall'altro le rendeva doppiamente colpevoli. Infatti, essendo per natura non adatte al crimine, nel momento in cui commettevano un reato non solo infrangevano le norme vigenti, ma in qualche modo rifiutavano la stessa condizione di natura sottraendosi al ruolo sociale e di genere ad esse attribuito. Era come se la trasgressione mettesse a repentaglio, oltre alle leggi, l'ordine sociale dato dagli uomini e da Dio. Perciò, insieme al reato da punire, vi era anche un peccato da redimere, con la stessa logica con cui si reprimevano normalmente le infrazioni morali delle mogli, delle figlie, delle vedove. I comportamenti trasgressivi delle donne erano stati tradizionalmente sottoposti ad un serrato controllo da parte delle famiglie, delle istituzioni e dello Stato e, spesso, venivano sanzionati attraverso forme di internamento, di natura giudiziaria o extra giudiziaria e di durata variabile, in ricoveri, monasteri, asili o conservatori. La tutela si confondeva con la relegazione dando vita ad una molteplicità di istituzioni, al limite tra assistenza e repressione, deputate a conservare l'onore di donne “pericolose” o “pericolanti”» (Monticelli, C. L., 2007).

«Quando nel corso dell'Ottocento anche nel contesto italiano si è affermato il carcere disciplinare, gli istituti che per secoli erano stati adottati per internare le donne non sono venuti meno: la commistione tra reato e peccato e le teorie sull'inferiorità biologica delle donne hanno connotato le ideologie sulla questione criminale femminile, contribuendo a promuovere nel XIX secolo un modello penitenziario improntato a tratti moralizzanti e punitivi allo stesso tempo (S. Trombetta, 2004, pp. 13-14). [...] La dimensione insieme punitiva e moralizzante del carcere femminile si può individuare anche nella regolamentazione penitenziaria successiva all'Unità d'Italia, oltre che nelle pratiche concrete messe in atto negli istituti. L'esiguità numerica delle donne all'interno delle strutture detentive era già un tratto che connotava il sistema penitenziario: nel 1871 le donne costituivano il 5% della popolazione detenuta totale (M. Gibson, 2022, p. 82) e, in generale,

nel corso dell'Ottocento la loro presenza negli istituti penitenziari non ha mai raggiunto il 9% (S. Trombetta, 2004, p. 13). Anche il numero di istituti dedicato alle donne in quel periodo era minimo: le carceri giudiziarie spesso erano miste, mentre vi erano solo 6 case di pena dedicate alle donne a fronte delle 72 presenti in totale sul territorio italiano nel 1881 (M. Gibson, 2007, p. 193) » (Antigone).

La ricerca di Mary Gibson e le analisi di studiose come Tamar Pitch mettono in luce come la storia della detenzione femminile in Italia sia stata segnata dunque da una profonda diversità strutturale e ideologica rispetto a quella maschile. La caratteristica della marginalità numerica si è tradotta storicamente in un disinteresse riformatore da parte dello Stato. «Se, subito dopo l'unificazione, i governi si impegnano in una serie di riforme delle carceri maschili, gli istituti femminili vengono invece totalmente trascurati. Insomma, la reclusione femminile si caratterizza a lungo, in Italia, per un regime di gestione affidato alle suore e la tendenza ad un modello "rieducativo" impostato sulla riproposizione dei ruoli femminili tradizionali » (Ronconi, Zuffa, 2023, p.25). Già presenti in Piemonte fin dal 1834, le suore entreranno definitivamente nel carcere femminile italiano con il regolamento penitenziario del 1862 [...], quasi a segnalare la contiguità tra la reclusione come pena e la reclusione come tutela e protezione tipica dei conservatori, degli orfanotrofi, degli istituti per prostitute pentite. Lavori "domestici", attività legate ai ruoli femminili tradizionali, preghiera sono in quella come in questa gli strumenti dell'"emenda". Per le donne il carcere conserva un «carattere di forzata espiazione morale e di rigenerazione attraverso la pena, anche quando una simile ideologia sarà completamente tramontata» (Pitch T. 1992, p. 64). La gestione religiosa delle carceri femminili sopravvisse fino alla riforma del 1975 e, in alcuni casi, anche successivamente.

1.2 Il carcere femminile dal 1975 ad oggi

«La riforma penitenziaria del 1975, tra le altre novità, sostituisce progressivamente il personale religioso con quello laico anche per le donne, in linea di principio equiparandone il trattamento a quello degli uomini. O meglio, per un verso laicizza il carcere femminile, per altro verso avvicina il trattamento dei detenuti a quello delle detenute, ossia, in linea di principio, privilegia la rieducazione rispetto alla mera disciplina. [...] [Ci sono] effetti ambivalenti della riforma del 1975 e delle successive (fino alla cosiddetta legge Gozzini del 1986). » (Ronconi, Zuffa, 2023, p. 25)

Infatti, questa trasformazione non è stata accompagnata da una reale attenzione alle

specificità di genere. Nonostante la retorica dell'uguaglianza, il sistema è rimasto profondamente "maschile" nella sua concezione e gestione, finendo per trascurare le esigenze peculiari della vita delle donne. Le donne seguono oggi una sorte punitiva pensata, concepita, costruita per il modello dell'uomo detenuto, in strutture architettoniche basate, spesso, su concezioni di contenimento prettamente maschili. La cronica mancanza di risorse, già critica nel settore maschile, si è rivelata ancora più pesante per le sezioni femminili, traducendosi in una drastica carenza di opportunità lavorative, formative e scolastiche. Questioni fondamentali come la salute, la sessualità, l'affettività e la maternità sono state relegate ai margini dell'intervento istituzionale, aggravando il senso di isolamento e sofferenza delle recluse (Ronconi, Zuffa, 2023).

«Negli anni successivi la situazione è peggiorata. Non solo per l'aumento del numero assoluto delle detenute [...], ma soprattutto perché, come nelle carceri maschili, più del 30% (30,7% nel 2022) è composto da straniere. [...] La reclusione femminile si presenta dunque come questione residuale e marginale sia per gli studi sia, ciò che è peggio, per i governi e le amministrazioni penitenziarie. Il carcere e la pena sono perlopiù pensati, teorizzati, costruiti e gestiti al maschile. Il che produce un di più di sofferenza per le donne, come del resto denunciato da documenti internazionali (Quaker Council for European Affairs e QuakerUnitednations Office, 2007; Parlamento europeo, 2008). [...] Indifferenza, abbandono, mancanza di risorse, cecità di fronte alle differenti esigenze delle donne rispetto agli uomini, dunque, si sommano al dato generale, che riguarda tutte le carceri italiane: il sovraffollamento e la sovra-rappresentazione dei e delle detenute straniere rispetto alla popolazione straniera in Italia nel suo complesso » (Ronconi, Zuffa, 2023).

«Questo quadro si traduce in una situazione fattuale drammatica: gli istituti penitenziari per sole donne sono pochissimi in Italia (oggi tre, per la chiusura del carcere femminile di Pozzuoli a causa del terremoto del 2024, nota mia) e mal distribuiti e le stesse sezioni femminili all'interno degli istituti penitenziari maschili (quarantacinque) non coprono in maniera coerente l'intero territorio nazionale, fattore che porta all'aumento esponenziale del rischio di scontare la pena lontano dal luogo di origine e dai contatti socio-familiari. Il fenomeno dei trasferimenti e dell'allontanamento dal nucleo socio-familiare di provenienza rappresenta uno dei fattori di maggiore riduzione della qualità di vita detentiva e di aumento della criticità delle condizioni personali delle detenute (le conseguenze dirette essendo la diminuzione dei contatti con l'esterno, l'eliminazione o diminuzione dei colloqui con familiari o terze persone) e, data la condizione diffusa di sovraffollamento penitenziario, pur essendo fenomeno che si manifesta in maniera drammatica anche per la popolazione

detenuta maschile, lo stesso diviene endemico e strutturale per quella femminile. La dipendenza da categorie e modelli di riferimento maschili e il dato costante dei bassi tassi di carcerazione femminili, letti sempre tenendo a riferimento il parametro “normale” dei tassi maschili di carcerazione, hanno portato a una sorta di invisibilità della questione e delle peculiari criticità connesse alla detenzione femminile» (Ciuffoletti S., 2014).

A seguito delle condanne pronunciate nel 2013 dalla Corte europea dei diritti dell'uomo nei confronti dello Stato italiano per i trattamenti inumani e degradanti subiti da persone detenute, diversi sono stati gli interventi normativi (quasi tutti operati nella forma del decreto-legge) e amministrativi (in prevalenza circolari) rivolti non solo a contenere il fenomeno del sovraffollamento carcerario ma anche, e in parte consequenzialmente, ad assicurare un miglioramento delle condizioni dei reclusi.

In questo contesto si inserisce l'iniziativa promossa dal Ministero della Giustizia denominata «*Stati generali sull'esecuzione penale*», avviata nel maggio 2015 e conclusa nell'aprile 2016. Un'iniziativa nata per favorire una riflessione tra esperti, a diverso titolo, del sistema dell'esecuzione penale e, nelle intenzioni ministeriali, per promuovere un coinvolgimento dell'opinione pubblica. I lavori degli Stati generali, coordinati da un Comitato di esperti, si sono articolati su diciotto aree tematiche affidate ad altrettanti Tavoli di lavoro, composti mediamente da dodici membri (docenti universitari, magistrati, avvocati, dirigenti penitenziari, rappresentanti del mondo del volontariato, della cultura e dello sport), con un coinvolgimento, dunque, di oltre duecento persone.

All'esito dei lavori ciascun tavolo ha prodotto una Relazione, e, successivamente, il Comitato di esperti ha redatto un Documento finale nel quale sono state delineate le linee principali dell'iniziativa ed elaborate alcune ipotesi di intervento che occupano i diversi ambiti presi in considerazione.

Per quanto riguarda la detenzione femminile si legge quanto segue nel paragrafo 4 del Documento finale: «L'Ordinamento penitenziario, com'è purtroppo noto, non disciplina in alcun modo la detenzione femminile, fatta eccezione per quanto contenuto nell'art. 11 (Servizio Sanitario) ai commi 8 e 9 che fanno riferimento alla specifica condizione della maternità. Sempre in riferimento alle donne, anche il Regolamento di esecuzione emanato nel 2000 interviene solo parzialmente, disponendo l'introduzione del bidet nelle celle (regola spesso disattesa) e regolamentando alcune questioni legate al vestiario. E' evidente, dunque, che il carcere continua ad essere un'istituzione pensata per gli uomini, che in effetti costituiscono il 96% della popolazione reclusa. [...] La prima proposta riguarda, di conseguenza, l'indispensabile istituzione di un “Ufficio per la detenzione femminile”

all'interno della Direzione generale per i detenuti e il trattamento che esamini le specifiche necessità della detenzione femminile, intervenga con azioni positive al fine di adeguare la detenzione alle peculiari esigenze delle donne in carcere e sia punto di riferimento per le detenute. Le regole penitenziarie europee rimarcano, infatti, la necessità di un'attenzione specifica ai bisogni fisici, psicologici, professionali, sociali delle detenute e, insieme alle regole di Bangkok, raccomandano la formazione di personale specializzato. Per quanto riguarda la vita in carcere, si ricorda che i reparti femminili di istituti maschili sono ancor più carenti di risorse degli istituti penitenziari femminili. Giacché il principio della territorialità della pena deve essere salvaguardato, laddove già non si faccia, dovrebbe vigere il principio della condivisione delle risorse offerte alla popolazione maschile. Le donne dovrebbero poter partecipare alle attività (corsi di istruzione e formazione, attività ricreative, celebrazioni religiose) assieme agli uomini. I corsi di formazione professionale dovrebbero poi essere qualificanti, e non limitarsi a materie considerate tipiche del femminile (cucito, cucina etc.). Da non tralasciare, inoltre, l'invito a istituire delle Commissioni di detenute per la cogestione delle attività.

Nel campo della salute, si parte dal dato che donne e uomini presentano caratteristiche fisiche e psicologiche in parte differenti, e che l'essere donna o uomo condiziona sia l'insorgenza che il decorso delle malattie, dando spesso luogo a sintomi e risposte ai farmaci molto diversi fra loro. Si chiede, pertanto, che i medici che operano all'interno degli istituti di pena abbiano una specifica preparazione nella medicina di genere, e che gli screening relativi alla prevenzione di malattie femminili (cancro alla mammella, all'utero) siano periodici e non saltuari. [...], è necessario che si intervenga sul tema dell'affettività incrementando soprattutto i rapporti delle donne – custodi, più degli uomini, delle reti affettive e familiari – con i figli e ricorrendo, laddove possibile, anche alle nuove tecnologie.

Ancora, per tutelare maggiormente i rapporti familiari e genitoriali, [...] si suggerisce una maggiore applicazione dell'art. 21 bis dell'Ordinamento Penitenziario (L. 354/1975), e di ampliare la previsione dell'art. 30 comma 2 dello stesso dell'Ordinamento Penitenziario (come già previsto in via generale nella Parte seconda di questa relazione), affinché il magistrato di sorveglianza possa concedere permessi non solo per eventi familiari di particolare gravità, ma anche per momenti fondamentali della vita dei figli (battesimo, laurea, matrimonio, ecc.) o per far visita a familiari affetti da gravi patologie o infermi ».

Nella realtà dei fatti, secondo l'ultimo rapporto di Antigone (il XXI): «Come forse mai negli ultimi decenni il sistema penitenziario vive una crisi profonda. Nelle cento visite di Antigone abbiamo potuto constatare con i nostri occhi cosa significa un sistema

penitenziario in crisi profonda di identità: corpi ammassati in celle chiuse, spazi inadeguati, tensione alle stelle, sofferenza generalizzata, condizioni igieniche e sanitarie inaccettabili, educatori stanchi, poliziotti in difficoltà, direttori provati, medici preoccupati, volontari a mala pena tollerati. » In particolare, per le donne, sempre dal XXI Rapporto di Antigone: «Con la chiusura del carcere di Pozzuoli nel giugno 2024 a causa del terremoto, sono oggi solo tre le carceri interamente femminili sul territorio nazionale: Rebibbia a Roma (375 presenze per 272 posti, il carcere femminile più grande d'Europa), la Giudecca a Venezia (102 presenze per 112 posti) e la piccola Casa di Reclusione femminile di Trani (34 presenze per 32 posti). Oltre l'80% delle donne detenute è ospitato in sezioni femminili all'interno di carceri a prevalenza maschile, che attualmente sono 46. Sezioni a volte piccole o piccolissime, come quelle di Piacenza (19 donne), Reggio Emilia (18), Pesaro, Forlì e Sassari (17), L'Aquila (12), di Potenza (6), Mantova (6), Barcellona Pozzo di Gotto (2). Chiudere tali sezioni significherebbe spostare le donne lontano dai propri affetti e riferimenti sociali. Spesso, tuttavia, numeri così piccoli comportano l'assenza di ogni attività organizzata e l'ozio forzato in una detenzione del tutto infruttuosa in termini di reintegrazione in società. A seguito del Primo Rapporto di Antigone sulle donne detenute, dal titolo "Dalla parte di Antigone" e pubblicato l'8 marzo 2023, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria avviò con un tavolo di lavoro – del quale tuttavia non si è saputo più nulla – un percorso di riflessione che avrebbe potuto valutare tra le altre cose la possibilità di organizzare attività diurne congiunte tra uomini e donne in carcere, quali ad esempio classi scolastiche miste. Una soluzione di facile realizzazione e non costosa, che avvicinerebbe il carcere alla vita nel mondo libero e risolverebbe uno dei principali problemi tradizionalmente legati alla detenzione femminile. Non solo le attività comuni sono quasi inesistenti, ma nel 46,4% degli istituti con sezione femminile visitati da Antigone nel 2024 non è prevista mai alcuna occasione di incontro» .

1.3 Il dibattito in letteratura

La sociologa Tamar Pitch, nel 1992, alla cruciale domanda "quale pena per le donne?" offriva tre possibili risposte, e cioè la stessa che per gli uomini, diversa da quella per gli uomini, la stessa delle donne per gli uomini. La prima porterebbe a considerare che il maschile sia la norma; quindi basata su un "neutro" attribuito agli uomini, che non tiene conto della differenza femminile e tale uguaglianza può configurarsi più come assimilazione. «La seconda risposta assume che l'intero sistema di giustizia penale sia profondamente

maschile nei suoi principi ispiratori [...] e che le donne che vi incappano siano sottoposte alla sofferenza aggiuntiva che inerisce appunto al fatto di essere diverse e di doversi adeguare a norme e regole non costruite tenendo conto di questa differenza.» (Pitch T. 1992, p. 177). Questo può portare a pene più severe per le donne perché tali pene non terrebbero conto delle particolari circostanze in cui le donne commettono reati e, in secondo luogo, darebbe origine a una punizione più pesante in quanto la pena della detenzione all'interno del carcere separa le donne da una vita familiare di cura e assistenza a figli minori e genitori anziani. L'uguaglianza, dunque, può diventare fonte di ulteriore disuguaglianza.

Questa prospettiva di una giustizia differente per le donne è contenuta in alcuni documenti internazionali, come per esempio il rapporto pubblicato nel 2007 dalla Baronessa Corston su incarico del Ministero dell'Interno dal titolo "A review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system". Il Rapporto Corston ha formulato 43 raccomandazioni, i cui temi principali includevano: «Miglioramenti alla governance di alto livello e alla collaborazione interministeriale per le donne che hanno commesso reati o che sono a rischio di commetterli, compresa l'istituzione di un gruppo interministeriale per governare una nuova Commissione per le donne che hanno commesso reati o che sono a rischio di commetterli; la riserva di pene detentive e di custodia cautelare per le donne autrici di reati gravi e violenti e l'utilizzo di piccoli centri di detenzione locali per tali autrici entro 10 anni; miglioramenti delle condizioni carcerarie, tra cui le misure igienico-sanitarie e la riduzione delle perquisizioni corporali nelle carceri femminili; pene alternative al carcere utilizzate come norma e sviluppo di una rete più ampia di servizi comunitari integrati per le donne che hanno commesso reati e per coloro che sono a rischio di delinquere; e miglioramenti nei servizi sanitari e nel sostegno alle donne detenute». (Camera dei Comuni, 2013)

Nel dibattito femminista moderno viene ridefinita la differenza femminile nel senso che le donne si caratterizzerebbero per la capacità di cura e per la centralità delle relazioni nella loro esperienza di vita e nella costruzione del sé; ciò configura un'etica della responsabilità, di cui sarebbero portatrici le donne, contrapposta ad un'etica dei diritti, come portato degli uomini. (Ronconi, Zuffa, 2023)

Queste due etiche si traducono in politiche penali diverse: l'etica dei diritti è piegata in senso garantista, formalista, retributivo e si parla di 'justice model'; l'etica della responsabilità è orientata alla rieducazione e alla presa in carico e si parla di 'care model'. La prima tiene conto dell'atto e non della persona, guarda al passato (il reato commesso), è ispirata ad un concetto di eguaglianza formale e considera l'individuo come isolato rispetto

alla rete di rapporti in cui è concretamente inserito; la seconda tiene conto piuttosto della persona che dell'atto, guarda al futuro (al possibile comportamento futuro), è ispirata a un principio di eguaglianza sostanziale e considera l'individuo come parte della rete di rapporti in cui è inserito (Pitch, 1992).

La seconda, almeno sul piano dell'ideologia, sarebbe quella che informa di sé le recenti riforme penitenziarie nel contesto italiano, in quanto privilegiano la rieducazione e la socializzazione.

Accanto agli evidenti vantaggi della logica riabilitativa rispetto a quella retributiva, se ne vedono però anche i rischi, in quanto la "rieducazione" rischia di tradursi in un adeguamento a modelli sociali e di comportamento "virtuosi", secondo la logica della divisione sessuale dei ruoli, e dunque particolarmente penalizzante per le donne. E non è il solo rischio, in quanto il soggetto d'elezione per la rieducazione è il minore o l'adulto ridotto allo stato di minore; dunque la rieducazione, invece della punizione, presuppone, da un lato, un soggetto debole e vulnerabile, quindi a "responsabilità limitata", e dall'altro accentua la minorazione/deresponsabilizzazione del soggetto da rieducare, e tutto ciò proteso verso un modello di comportamento a discrezione dell'istituzione. Inoltre il meccanismo della premialità inserisce un ulteriore elemento di discrezionalità, che anch'esso sottolinea lo stato di minorità del soggetto da rieducare.

Accanto alla rieducazione, nella riforma si parla di risocializzazione, ma accostando questi due termini, entrambi polisensu, si è venuto a creare un terreno di ambiguità; questo perché i due termini possono implicare un'ideologia e una pratica correzionali e disciplinari, oppure un'ideologia e una pratica di inserimento sociale. Guardando all'evoluzione della riforma, che contiene entrambi gli aspetti, si può vedere che ha preso piede soprattutto il primo, in ragione del fatto che i dispositivi che dovrebbero potenziare il secondo sono soggetti al dispositivo della premialità, che produce una differenziazione tra detenuti, che a sua volta è sostenuta da una concezione deterministica del comportamento, in cui prevale una "giustizia dei bisogni" su una "giustizia dei diritti"; e questa concezione rischia di approfondire il solco tra soggetti a pieno titolo, cui è riconosciuta coscienza e volontà, e soggetti determinati: dalle circostanze, dal sesso, dall'età, dallo stato di salute, ecc. I primi sono "pericolosi" (irriducibili, irrecuperabili), dunque immeritevoli; i secondi sono rieducabili, dunque meritevoli. È facilmente intuibile che, nella realtà, tutto ciò ha a che vedere con la dotazione di risorse economiche, culturali, socio-familiari di cui si dispone prima e fuori dal carcere. Inoltre, le opportunità sociali nel corso del tempo si sono via via ristrette, invece che ampliarsi, a causa della crisi economica, ma anche del declino del

modello trattamentale, sotto l'emergere dell'ideologia neoconservatrice e neo retributiva.

Infine, circa la risposta da dare al quesito «quale giustizia per le donne?», si può pensare alla stessa giustizia delle donne anche per gli uomini, attraverso il superamento della contrapposizione tra Justice Model e Care Model, fra giustizia dei diritti e giustizia dei bisogni, contrapposizione per l'appunto costruita sull'opposizione tra un soggetto libero in quanto astratto e neutro e un soggetto determinato in quanto inserito in un contesto di vincoli, che può essere superata solo attraverso la ricerca della possibilità di costruzione di un soggetto del diritto, la cui responsabilità non venga diminuita da ciò che lo rende concreto e particolare, ma la cui responsabilità sia allo stesso tempo vista come il risultato dell'interazione con il contesto di relazioni in cui è inserito e come la misura della sua libertà. Questo approccio può avere ricadute sulla riforma penitenziaria, la più importante delle quali è restituire piena responsabilità all'autrice di reato nella prospettiva della socializzazione: togliendo quanto più possibile i benefici dalla sfera della discrezionalità e della ideologia correzionale, e declinandoli piuttosto come diritti che come premi.

1.4 I numeri della detenzione femminile

Per avere un quadro più preciso della condizione della detenzione femminile verranno presentati innanzitutto i dati dell'andamento delle presenze delle donne negli istituti penitenziari; seguirà un resoconto della provenienza delle persone detenute straniere e i numeri degli ingressi dalla libertà negli istituti penitenziari. Per avere un'idea delle attività trattamentali proposte negli istituti penitenziari si forniscono dati sull'attività lavorativa dei detenuti a livello regionale. Infine, si evidenzia la criticità del fenomeno dei suicidi dentro le mura del carcere.

Tab. 1: Presenze popolazione detenuta totale e femminile. Serie Storica 1991-2025

(Fonte: Rielaborazione dati Ministero della Giustizia)

Anno	Presenti	Donne	% Donne dei presenti
2000	53.165	2.326	4,36
2001	55.275	2.369	4,38
2002	55.670	2.469	4,44
2003	54.237	2.493	4,60

2004	56.068	2.589	4,62
2005	59.523	2.804	4,71
2006	39.005	1670	4,28
2007	48.693	2.175	4,47
2008	58.127	2.526	4,35
2009	64.791	2.751	4,12
2010	67.961	2.930	4,31
2011	66.897	2.808	4,20
2012	65.701	2.804	4,27
2013	62.536	2.694	4,31
2014	53.623	2.304	4,30
2015	52.164	2.107	4,04
2016	54.653	2.285	4,18
2017	57.608	2.421	4,20
2018	59.655	2.576	4,32
2019	60.769	2.663	4,38
2020	53.364	2.255	4,23
2021	54.134	2.237	4,13
2022	56.196	2.365	4,21
2023	60.166	2.541	4,22
2024	61.861	2.698	4,36
2025	63.499	2.754	4,34

Analizzando i dati della tabella si può osservare che l'andamento delle presenze, considerate in proporzione, è molto simile tra uomini e donne. Infatti, eventi deflattivi della popolazione detenuta generale portano a riduzioni percentuali di uomini e donne paragonabili. Due esempi del recente passato. Tra il 2005 e il 2006, anno in cui fu approvato l'indulto, 19.384 uomini uscirono dal carcere, un calo percentuale del 34,1% rispetto all'anno precedente (in numeri assoluti si passò da 56.719 uomini detenuti nel 2005 ai soli 37.335 dell'anno successivo); fra le donne le beneficiarie dell'indulto furono un numero percentualmente maggiore, pari al 40,4% di detenute che, in un solo anno, uscì dal sistema penitenziario (dalle 2.805 del 2005 alle 1.670 del 2006). Significa che, ogni dieci donne, per sei si aprirono le porte degli istituti; l'effetto del provvedimento di clemenza si esaurì,

comunque, in fretta: a soli due anni di distanza, nel 2008, le donne detenute tornarono sopra quota 2.500 e l'anno successivo, nel 2009, erano addirittura di più che nel periodo pre-indulto).

Il secondo significativo momento di contrazione della popolazione detenuta nella recente storia penitenziaria è a cavallo tra il 2013 e il 2014, cioè in corrispondenza della condanna pronunciata dalla Corte europea dei diritti dell'uomo nei confronti dell'Italia nel "caso Torreggiani. Anche allora si è assistito ad un calo della popolazione detenuta, più contenuto e più lento rispetto all'indulto del 2006, poiché dovuto principalmente ad alcune modifiche legislative volte a ridurre l'uso della custodia cautelare in carcere (diminuendo dunque gli ingressi) e ad estendere i termini per la liberazione anticipata (aumentando le uscite dagli istituti). Anche in questo caso le analogie tra la popolazione maschile e quella femminile sono evidenti, poiché il calo percentuale è stato per entrambe del 14%, gli uomini sono passati dai 59.842 del 2013 ai 51.319 del 2014, le donne dalle 2.694 del 2013 alle 2.304 del 2014.

Nonostante le variazioni della popolazione totale, la percentuale di donne detenute rimane estremamente stabile: la percentuale oscilla sempre in un range strettissimo tra il 4,04% (minimo nel 2015) e il 4,71% (massimo nel 2005). In termini assoluti, il numero di donne oscilla tra le circa 1.600 (post-indulto) e le quasi 3.000 unità. Il carcere in Italia si conferma un'istituzione a volto quasi esclusivamente maschile.

Si può parlare di allarme sovraffollamento in quanto il dato del 2025 conferma che la popolazione detenuta è tornata a crescere a ritmi sostenuti (più 10.000 unità rispetto al 2020), avvicinandosi pericolosamente ai massimi storici dell'ultimo ventennio.

Tabella 2. Popolazione detenuta straniera per sesso e nazionalità al 28 febbraio 2026

(Fonte: rielaborazione dati Ministero della Giustizia)*

Paese	Totale	di cui Donne
Albania	1978	21
Algeria	476	3
Argentina	30	5
Belgio	17	2
Bielorussia	6	1
Bolivia	17	1

Bosnia e Erzegovina	176	41
Brasile	176	31
Bulgaria	128	29
Camerun	31	1
Ceca, Repubblica	20	3
Cile	101	6
Cina	176	19
Colombia	135	12
Congo	13	1
Costa d'Avorio	98	1
Costa Rica	2	1
Croazia	74	18
Cuba	96	14
Dominicana, Repubblica	163	18
Ecuador	171	7
Egitto	1082	3
El Salvador	65	2
Etiopia	18	1
Ex Yugoslavia	42	7
Filippine	80	8
Francia	60	9
Georgia	193	4
Germania	39	2
Ghana	163	1
Grecia	10	2
Guinea	99	1
India	169	2
Kazakhstan	12	1

Libano	13	1
Liberia	21	1
Lituania	27	1
Macedonia	95	5
Malesia	15	2
Marocco	4493	56
Maurituis	5	1
Messico	12	6
Moldova	237	11
Montenegro	18	2
Mozambico	2	1
Nigeria	1022	97
Olanda	9	2
Pakistan	350	3
Peru	318	21
Polonia	115	12
Romania	2119	194
Russia Federazione	51	1
Senegal	514	4
Serbia	181	16
Sierra Leone	18	2
Siria	25	1
Slovacchia, Repubblica	15	1
Slovenia	13	1
Spagna	35	5
Sri Lanka	92	3
Stati Uniti	18	4
Svezia	4	1

Svizzera	14	1
Tanzania, Repubblica	14	1
Tunisia	2299	11
Turchia	100	2
Ucraina	221	23
Ungheria	16	5
Venezuela	24	1
Nazionalità non definita	14	1
Totale	20.192	777

*Nella tabella sono inserite le sole nazionalità rappresentate tra la popolazione detenuta femminile

La questione degli stranieri in carcere è diventata via via più rilevante, a cominciare dai primi grandi flussi di immigrazione provenienti dai Balcani e dall'Europa dell'Est negli anni Novanta, fino ai massicci flussi dall'Africa che hanno iniziato ad arrivare in Italia (e in Europa) negli anni Duemila. Prima, il fenomeno della popolazione straniera ristretta era praticamente sconosciuto, talmente marginale da non essere sostanzialmente considerato neanche nell'Ordinamento penitenziario del 1975. Attualmente gli stranieri in carcere in Italia risultano sovra-rappresentati, soprattutto a causa di processi di criminalizzazione e di controllo e di politiche repressive nei confronti del fenomeno migratorio che hanno caratterizzato, a fasi alterne, le legislazioni europee nell'ultimo trentennio. Secondo i dati Istat in Italia risiedono circa 5 milioni e mezzo di stranieri regolari (pari al 9,43% della popolazione). Le statistiche penitenziarie, invece, mostrano percentuali molto diverse e indicano la popolazione straniera ristretta pari al 31,65% del totale dei detenuti (20.192 persone detenute straniere su 63.801 persone ristrette al 28 febbraio 2026). Occorre sottolineare che si stanno paragonando gruppi disomogenei, essendo i dati Istat citati relativi ai soli stranieri "regolari", mentre i dati della popolazione detenuta ricomprendono sia i regolari che gli "irregolari". Al di là di tali doverose puntualizzazioni metodologiche, lo sbilanciamento è comunque evidente. In carcere, circa il 28% delle donne detenute in Italia sono straniere (tre punti percentuali in meno degli uomini).

Il sistema carcerario per stranieri è dominato da quattro nazionalità che, da sole, rappresentano oltre la metà del totale: il Marocco con 4.493 detenuti (il gruppo più numeroso in assoluto), la Tunisia con 2.299 detenuti, la Romania con 2.119 detenuti e

l'Albania con 1.978 detenuti; questi quattro paesi sommano 10.889 presenze, ovvero circa il 54% dell'intera popolazione straniera censita. Approfondendo ulteriormente l'analisi la differenza tra uomini e donne diviene marcata. Le donne straniere sono 777, pari a circa il 3,8% del totale stranieri. Tuttavia, la loro distribuzione è molto squilibrata tra le varie nazionalità: la Romania non è solo al terzo posto per detenuti totali, ma è al primo posto assoluto per numero di donne (194); quasi una donna straniera detenuta su quattro è di nazionalità rumena. La Nigeria, pur avendo molti meno detenuti totali rispetto a Marocco o Tunisia, registra ben 97 donne, confermandosi un gruppo con un'alta incidenza femminile (quasi il 10%). Si nota poi una presenza femminile significativa da paesi del Sud America e dai Balcani. Al contrario, i paesi del Maghreb mostrano numeri femminili irrisori rispetto alla popolazione maschile.

L'analisi conferma che la detenzione straniera in Italia è caratterizzata da una forte componente nordafricana ed est-europea. Tuttavia, mentre la componente nordafricana è quasi esclusivamente maschile, quella dell'Europa dell'Est (Romania, Bulgaria, Ucraina) e della Nigeria presenta una struttura di genere più complessa, con una presenza femminile non trascurabile che richiede politiche di gestione carceraria specifiche per queste comunità.

Tab. 3: Ingressi dalla libertà negli istituti penitenziari per adulti Serie storica degli anni: 2000 - 2025

(Fonte: Rielaborazione dati Ministero della Giustizia)

Anno	Ingressi dalla libertà di soggetti italiani			Ingresso dalla libertà di soggetti stranieri			Totale ingressi dalla libertà		
	uomini	donne	totale	uomini	donne	totale	uomini	donne	totale
2000	49.098	3.678	52.776	25.781	2.840	28.621	74.879	6.518	81.397
2001	47.191	3.344	50.535	25.334	2.780	28.114	72.525	6.124	78.649
2002	47.522	3.513	51.035	27.250	2.900	30.150	74.772	6.413	81.185
2003	46.434	3.504	49.938	28.206	3.646	31.852	74.640	7.150	81.790
2004	46.531	3.495	50.026	28.581	3.668	32.249	75.112	7.163	82.275
2005	45.755	3.526	49.281	35.202	5.404	40.606	80.957	8.930	89.887
2006	44.225	3.201	47.426	38.516	4.772	43.288	82.741	7.973	90.714
2007	43.328	3.253	46.581	39.943	3.917	43.860	83.271	7.170	90.441
2008	46.078	3.623	49.701	39.451	3.648	43.099	85.529	7.271	92.800
2009	44.554	3.439	47.993	36.719	3.354	40.073	81.273	6.793	88.066

2010	43.907	3.436	47.343	34.308	2.990	37.298	78.215	6.426	84.641
2011	40.458	3.219	43.677	30.571	2.734	33.305	71.029	5.953	76.982
2012	33.364	2.650	36.014	24.765	2.241	27.006	58.129	4.891	63.020
2013	31.150	2.422	33.572	23.705	2.113	25.818	54.855	4.535	59.390
2014	25.511	1.959	27.470	20.981	1.766	22.747	46.492	3.725	50.217
2015	23.537	1.765	25.302	18.949	1.572	20.521	42.486	3.337	45.823
2016	24.419	1.821	26.240	19.534	1.568	21.102	43.953	3.389	47.342
2017	25.110	1.957	27.067	19.528	1.549	21.077	44.638	3.506	48.144
2018	25.097	1.915	27.012	18.682	1.563	20.245	43.779	3.478	47.257
2019	25.502	1.939	27.441	17.277	1.483	18.760	42.779	3.422	46.201
2020	19.314	1.500	20.814	13.509	957	14.466	32.823	2.457	35.280
2021	20.632	1.498	22.130	13.448	961	14.409	34.080	2.459	36.539
2022	21.023	1.614	22.637	14.540	948	15.488	35.563	2.562	38.125
2023	22.359	1.784	24.143	15.520	998	16.518	37.879	2.782	40.661
2024	23.769	1.881	25.650	16.771	1.068	17.839	40.540	2.949	43.489
2025	23.078	1.814	24.892	16.139	974	17.113	39.217	2.788	42.005

Dall'esame dei dati si può vedere che il trend generale presenta una drastica diminuzione, da un picco massimo di ingressi totali nel 2008 di 92800 persone a un valore minimo raggiunto nel 2020 con 35280 ingressi, anche se probabilmente l'ultimo dato ha risentito delle restrizioni imposte nel periodo della pandemia da Covid19; si può notare, poi, che il flusso di ingressi tra il 2000 e il 2025 si è quasi dimezzato, passando da 81397 a 42005 ingressi.

Diverso l'andamento dei dati dei soggetti italiani vs i soggetti stranieri: per gli italiani il calo è stato costante nel tempo, mentre gli stranieri hanno visto una crescita significativa fino al 2007 (anno del picco con 43.860 ingressi), superando in proporzione il ritmo di crescita degli italiani in quel periodo; tuttavia, dal 2008 in poi, anche questa componente è diminuita drasticamente, stabilizzandosi intorno ai 16.000-17.000 ingressi negli ultimi anni.

Il sistema carcerario rimane a schiacciante maggioranza maschile: gli ingressi delle donne rappresentano costantemente una piccola frazione del totale (solitamente tra il 6% e l'8%). È interessante notare che il numero di donne straniere in ingresso è diminuito in modo più marcato rispetto agli anni 2005-2006, dove si erano toccati i vertici (oltre 5.400 ingressi femminili stranieri nel 2005).

Si possono individuare dei periodi chiave: nel quadriennio 2005-2008 si registrano i numeri più alti di sempre, dovuti principalmente dall'aumento degli ingressi di cittadini stranieri; nel triennio 2012-2014 si nota una brusca riduzione (da 76.000 a 50.000 in tre anni); questo periodo coincide con riforme legislative e sentenze della CEDU (come la "Torreggiani") che hanno spinto l'Italia a limitare l'abuso della custodia cautelare in carcere. Nel post-pandemia, dal 2020 al 2025, i numeri sono tornati a crescere leggermente, ma rimangono ben lontani dai volumi precedenti al 2012, segnando una nuova "normalità" intorno ai 40.000 ingressi annui.

In conclusione i dati di questa tabella indicano che, nonostante la percezione pubblica possa essere diversa, il flusso di nuovi ingressi dalla libertà verso il carcere è in netta diminuzione rispetto ai primi dieci anni del secolo; a fronte di un evidente attuale sovraffollamento delle carceri, diventa interessante confrontare questi numeri con i dati della tabella seguente, nella quale è indicato il numero di condannati definitivi sulla base della durata della pena inflitta.

Tabella 4: Condannati definitivi per durata della pena inflitta - Anni 2005 – 2025

(Fonte: Rielaborazione dati Ministero della Giustizia)

Anno	Durata della pena inflitta							Totale
	fino a 2 anni	da 2 a 5 anni	da 5 a 8 anni	da 8 a 10 anni	da 10 a 20 anni	oltre i 20 anni	ergastolo	
2005	7114	12724	6058	2226	5026	2304	1224	36676
2006	1912	3185	2555	1211	3455	1913	1237	15468
2007	4189	4898	2579	1186	3206	1614	1357	19029
2008	6178	9266	3426	1350	3332	1627	1408	26587
2009	7307	12375	4945	1699	3673	1685	1461	33145
2010	7283	13762	6706	2180	4201	1788	1512	37432
2011	6455	12989	7967	2611	4626	1847	1528	38023
2012	6019	12912	8249	2866	5149	1890	1581	38656
2013	5447	12497	7954	3193	5742	2055	1583	38471
2014	4177	10436	6822	2946	5888	2180	1584	34033
2015	4711	10293	6272	2818	6020	2149	1633	33896
2016	4932	11245	6473	2624	6244	2195	1687	35400

2017	5031	12298	6972	2632	6528	2255	1735	37451
2018	5049	13155	7777	2867	6780	2362	1748	39738
2019	4838	14311	8197	3005	6919	2459	1802	41531
2020	3113	11895	7604	2896	6479	2412	1784	36183
2021	3417	12084	8049	3076	6693	2502	1810	37631
2022	4069	12849	8659	3281	6898	2657	1856	40269
2023	4379	14538	9615	3638	7372	2766	1866	44174
2024	4364	15532	10087	3843	7693	2823	1890	46232
2025	4088	16278	10517	4062	8060	2951	1901	47857

L'analisi della tabella evidenzia una metamorfosi del panorama giudiziario italiano tra il 2005 e il 2025, caratterizzata da una progressiva transizione verso pene più lunghe e una maggiore stanzialità della popolazione detenuta. Il punto di rottura più evidente si colloca nel 2006, quando l'applicazione dell'indulto ha causato un crollo verticale delle presenze totali, passate da oltre 36.000 a circa 15.000 soggetti in un solo anno. Quell'evento ha eliminato gran parte delle pene brevi, trasformando radicalmente la composizione interna degli istituti di pena e lasciando una prevalenza di soggetti con residui di pena più elevati.

Nel decennio successivo, si è assistito a una ricostituzione dei volumi complessivi. La crescita non è stata uniforme tra le diverse categorie: mentre le condanne inferiori ai due anni hanno mostrato una fluttuazione più contenuta, le fasce medie e alte hanno registrato un'espansione costante, in particolare, il dato relativo alle pene detentive di lunga durata, come quelle superiori ai 20 anni e l'ergastolo, ha mostrato un trend di crescita lento ma inesorabile.

Gli ergastoli, che nel 2005 rappresentavano una quota di poco superiore alle 1.200 unità, nel 2025 raggiungono quasi le 2.000 presenze. Sono le pene medie (2-5 e 5-8 anni) le fasce che hanno registrato la crescita più esplosiva nell'ultimo decennio. La fascia 5-8 anni è quasi raddoppiata tra il 2015 (6.272) e il 2025 (10.517). Il numero totale di soggetti con pena inflitta è cresciuto costantemente, superando nel 2025 la soglia delle 47.800 unità.

In definitiva, il sovraffollamento attuale non sembra derivare da un aumento indiscriminato di ogni tipo di condanna, ma dal peso crescente delle pene medio-lunghe, che creano un effetto di accumulo in cui le uscite non riescono a compensare le nuove entrate, portando la popolazione detenuta ai massimi livelli dell'ultimo ventennio, e questo nonostante un calo strutturale e costante degli ingressi dalla libertà, i quali nel 2025

risultano essere circa la metà rispetto a vent'anni prima, come si evince dalla tabella precedente. Paradossalmente, a fronte di meno persone che varcano la soglia del carcere, la popolazione dei condannati definitivi ha ripreso a crescere in modo costante. Questo fenomeno suggerisce un irrigidimento del sistema penale: le carceri ospitano meno "nuovi arrivi", ma chi entra riceve condanne mediamente più lunghe che ne prolungano la permanenza.

Tab. 5: Attività lavorativa delle persone detenute. Dati al 31/12/25

(Fonte: Rielaborazione dati Ministero della Giustizia)

Regione di detenzione	Alle dipendenze dell'Amministrazione		NON alle dipendenze dell'Amministrazione		Totale lavoranti	
	numero detenuti	di cui donne	numero detenuti	di cui donne	numero detenuti	di cui donne
Abruzzo	812	30	59	2	871	32
Basilicata	134	6	8	0	142	6
Calabria	1.032	24	46	1	1.078	25
Campania	2.079	121	161	19	2.240	140
Emilia Romagna	1.235	58	272	13	1.507	71
Friuli Venezia Giulia	287	18	41	0	328	18
Lazio	1.433	181	147	13	1.580	194
Liguria	257	21	59	10	316	31
Lombardia	2.242	152	718	64	2.960	216
Marche	340	12	46	2	386	14
Piemonte	1.480	73	254	8	1.734	81
Puglia	1.277	80	120	19	1.397	99
Sardegna	1.019	26	93	0	1.112	26
Sicilia	2.110	55	143	3	2.253	58
Toscana	1.366	57	278	7	1.644	64
Trentino Alto	259	33	45	1	304	34

Adige						
Umbria	613	29	53	1	666	30
Veneto	478	42	350	63	828	105
Totale	18.580	1.018	2.903	226	21.483	1.244

Dall'esame dei dati sul lavoro penitenziario il dato più evidente è la predominanza assoluta del lavoro alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria: infatti i lavoratori alle dipendenze dell'Amministrazione sono 18.580 (l'86,5% del totale) e si tratta solitamente di lavori domestici (pulizie, cucina, piccola manutenzione). I lavoratori per soggetti esterni sono soltanto 2.903 (il 13,5% del totale) e questi sono i lavori spesso ritenuti più qualificanti e con maggiori prospettive di reinserimento.

Guardando alla distribuzione geografica si può notare che esiste una forte sproporzione nel numero di detenuti lavoratori tra le regioni, legata sia alla popolazione detenuta totale sia all'efficienza dei programmi di inserimento. Per esempio la Lombardia, con 2960 lavoratori, È la regione con il numero più alto di detenuti lavoratori, sia totali che per datori esterni (718). La Sicilia (con 2253 persone) e la Campania (con 2240 persone) seguono per numero totale, ma mostrano una percentuale di lavoro esterno molto più bassa rispetto alla Lombardia (rispettivamente circa 6% e 7% contro il 24% lombardo). Un caso interessante può essere considerato il Veneto che, pur avendo un numero totale di lavoratori non elevatissimo (828), ha una quota di lavoratori per soggetti esterni molto alta (42%), segno di un forte legame tra territorio, imprese e carceri.

Si evidenzia una forte disparità di genere: il lavoro femminile nelle carceri italiane appare numericamente marginale, riflettendo la demografia generale della popolazione detenuta; infatti il totale delle donne lavoratrici è 1.244 (circa il 5,8% del totale lavoratori), con una maggiore concentrazione nel Lazio (194) e in Lombardia (216). Un altro elemento da non sottovalutare è che solo il 18% delle donne lavoratrici (226 su 1.244) lavora per soggetti esterni all'amministrazione, per quanto si tratti di una quota leggermente superiore alla media maschile.

Dunque emerge un sistema in cui il lavoro interno (spesso sussidiario e non professionalizzante) costituisce ancora la spina dorsale dell'occupazione carceraria. Le regioni del Nord (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna) mostrano una maggiore capacità di attrarre soggetti esterni (aziende e cooperative), mentre nel Sud e nelle Isole il lavoro dipende quasi esclusivamente dai fondi e dalle necessità gestionali dell'Amministrazione

Penitenziaria.

Tabella 6: Suicidi per 1000 persone detenute per genere – serie storica 2020-2025 (Fonte: elaborazione dati Ministero della Giustizia e garante nazionale dei diritti della persone private della libertà personale)

Anno	numero suicidi		Popolazione presente al 31 dicembre		Incidenza calcolata su 1000 persone detenute	
	uomini	donne	uomini	donne	uomini	donne
2020	60	1	51109	2255	1,17	0,44
2021	58	1	51897	2237	1,12	0,45
2022	80	5	53831	2365	1,48	2,11
2023	66	4	57625	2541	1,15	1,57
2024	81	2	59163	2698	1,37	0,75
2025	70	6	60745	2754	1,15	2,18

L'analisi dei dati evidenzia una relazione tra l'incremento costante della popolazione detenuta e l'aggravarsi del fenomeno dei suicidi, con dinamiche che differiscono sensibilmente tra la componente maschile e quella femminile. Tra il 2020 e il 2025, il sistema carcerario ha registrato una crescita demografica significativa, passando da un totale di circa 53.300 presenze a oltre 63.500; questo aumento della pressione numerica si riflette in un innalzamento dei casi critici, che hanno raggiunto il picco assoluto per gli uomini nel 2024 (81 decessi) e per le donne nel 2025 (6 decessi).

Analizzando l'incidenza calcolata su 1000 persone, emerge che la popolazione maschile mantiene un tasso di criticità elevato e costante, con un picco di 1,48 nel 2022, anno che sembra segnare una frattura negativa rispetto alla stabilità del biennio precedente. Tuttavia, il dato più allarmante riguarda la popolazione femminile: nonostante i numeri assoluti siano ridotti, l'incidenza ha subito forti oscillazioni, arrivando a superare quella maschile in tre degli ultimi quattro anni considerati. In particolare, il fenomeno suicidario del 2025 ha un'incidenza del 2,18% per le donne, circa il doppio rispetto a quella del 1,15% che caratterizza la popolazione maschile, indicando una vulnerabilità specifica nelle carceri femminili.

In sintesi, la tendenza degli ultimi sei anni mostra che non solo il numero di suicidi è aumentato in termini assoluti, ma è peggiorata la capacità del sistema di contenere il rischio, specialmente a partire dal 2022. L'incidenza non è calata proporzionalmente all'aumento dei detenuti, ma è rimasta alta o è cresciuta, suggerendo che la densità della popolazione carceraria è un importante fattore di rischio per l'evento critico esaminato.

Capitolo secondo

La sofferenza delle donne detenute

«È tautologico dire che il carcere è luogo di sofferenza» (Pitch T. 1992, p.5).

In questo capitolo intendo affrontare il tema della sofferenza che patiscono le donne recluse negli istituti penitenziari: affronto inizialmente i processi di spersonalizzazione, minorazione e infantilizzazione che subiscono le persone detenute, non tralasciando il processo di prigionizzazione introiettato in varia misura da tutti gli attori che entrano a vario titolo negli istituti penitenziari; cerco, poi, di esaminare i vari motivi di disagio e sofferenza che il carcere produce in chi vi si trova a vivere. Infine illustro alcune criticità della gestione del diritto alla salute nelle realtà penitenziarie.

2.1 Identità penitenziaria e processi di spersonalizzazione

L'art. 27 comma 3 della nostra Costituzione recita: «Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato» e l'art. 13 comma 4 dice che «è punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà». Nonostante tale dettato costituzionale l'internamento in quelle che Goffman definisce “istituzioni totali” ha profondi contraccolpi sull'identità sociale di un individuo.

«Un'istituzione totale può essere definita come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che – tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo – si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato» (Goffman 1978, p.29). Nella sua nota opera sul funzionamento delle istituzioni totali, “Asylums. I meccanismi dell'esclusione e della violenza”, Goffman sottolinea come la caratteristica principale delle istituzioni totali è quella della rottura delle barriere che normalmente dividono le varie sfere della vita di un individuo, in quanto: «Primo, tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa, unica autorità. Secondo, ogni fase delle attività giornaliere si svolge a stretto contatto di un enorme gruppo di persone, trattate tutte allo stesso modo e tutte obbligate a fare le medesime cose. Terzo, le diverse fasi delle attività giornaliere sono rigorosamente schedate secondo un ritmo prestabilito che le porta dall'una all'altra, dato che il complesso di attività è imposto dall'alto da un sistema di regole formali esplicite e da un corpo di addetti alla loro esecuzione. Per ultimo, le varie attività forzate sono organizzate secondo

un unico piano razionale, appositamente designato al fine di adempiere allo scopo ufficiale dell'istituzione» (Goffman 1978, p.35).

L'autore si sofferma, poi, sul processo di mortificazione e spoliazione dell'identità cui vengono sottoposte le persone internate in tali istituzioni totali. La procedura di ammissione viene così interpretata come «una sorta di perdita e di acquisto», durante la quale all'internato, spogliato dei propri oggetti personali e del proprio nome, viene fornito un corredo alternativo consistente in «oggetti standardizzati, uniformi e uniformemente distribuiti» (ivi, p.48). Una tale procedura è definita da Goffman come un'azione di “smussamento” o una “programmazione” in seguito alla quale «il nuovo arrivato si lascia plasmare e codificare in un oggetto che può essere dato in pasto al meccanismo amministrativo dell'istituzione» (ivi, p.46).

Il funzionamento dell'istituzione totale si regge sulla perdita, attraverso progressive cerimonie di degradazione, dello status che le persone possedevano prima di entrarvi.

Garfinkel a questo proposito afferma che la trasformazione dell'identità totale di un individuo attraverso la cerimonia di degradazione comporta la distruzione del soggetto sociale preesistente e la costituzione di un soggetto diverso; gli effetti di tale cerimonia, vera e propria consacrazione istituzionale dello stigma, sono anche retroattivi in quanto lo schema motivazionale, individuato e stigmatizzato attraverso la cerimonia, serve da nuovo criterio di organizzazione per l'analisi delle attività del soggetto (Garfinkel 1956).

Le procedure di ammissione in carcere comportano la sostanziale perdita di tutto ciò che di personale l'individuo possiede e la sua sostituzione con oggetti standardizzati e uniformi di proprietà dell'istituzione; in una società che dà tanta importanza al possesso di beni materiali, l'esserne privati fa sentire di essere attaccati ad un livello profondo della propria personalità e dunque la privazione di ogni oggetto legato alla vita fuori dal carcere si trasforma in un simbolo della nuova situazione di inadeguatezza personale (Sbraccia, Vianello 2010).

I processi di spersonalizzazione che segnano l'ingresso in carcere costituiscono una sorta di battesimo che resta indelebile nella memoria delle persone, in particolare delle donne, che lo percepiscono come un sentirsi sottrarre, o anche esplicitamente negare, identità e soggettività all'interno di relazioni che restituiscono una immagine di sé deformata, standardizzata e spesso svalutante. Come accennato poco sopra, ciò è associato spesso alla percezione della perdita della dignità e del rispetto per ciò che si è: rituali, come per esempio doversi spogliare, essere perquisite, lo scatto delle fotografie, danno la percezione di un corpo che, così esposto, perde la propria unicità per diventare oggetto di

controllo, un corpo sentito come violato (Ronconi, Zuffa 2023).

Un esempio:

«Quando ho varcato la prima porta avevo le manette dietro, è stata una sensazione bruttissima, piangevo; essendo la mia prima volta non sapevo cosa chiedere. Mi hanno fatto la perquisizione, mi hanno fatto levare tutti i miei vestiti, li hanno messi in magazzino. Sì, tutta nuda, mi sono sentita...poi mi hanno fatto fare anche le flessioni [...] mi sono sentita a disagio a fare queste cose qui, che non avevo mai fatto. Non sapevo il carcere com'era » (Ronconi, Zuffa 2023).

Simile nelle procedure, ma molto diverso l'atteggiamento della persona nella testimonianza che emerge dal seguente stralcio di intervista effettuata nel 2021 da Elena Sonnini a Nicoletta Dioso, attivista del Movimento NoTav, condannata a un anno di reclusione per violenza privata, violenza a pubblico ufficiale, danneggiamento, blocco stradale, concorso morale, che all'epoca della carcerazione aveva 73 anni. (Tali reati sarebbero stati commessi durante un episodio avvenuto nel 2012 durante un'azione dimostrativa pacifica sull'autostrada Torino-Bardonecchia; gli/le attivisti/e avevano bloccato con il nastro adesivo l'accesso ad alcuni tornelli del casello, facendo passare le auto senza pagare).

«Può raccontarmi l'impatto che ha avuto su di lei l'ingresso in carcere?»

Non mi aspettavo niente di buono. Non avevo paura, però la rabbia c'è stata subito, fin dall'ingresso perché, dopo la foto, ti senti espropriata della tua personalità, diventi uno strumento. Non mi hanno trattata male, almeno all'inizio. Entri in un mondo in cui devi fare delle cose senza capirne il senso e quindi ti senti trasformata in un oggetto che può essere preso, manipolato, fotografato, messo lì. La perquisizione è la parte più umiliante perché ti fanno spogliare e faceva freddo. Quando ho detto "ho freddo" mi hanno risposto che avevo solo da muovermi. Poi c'è il passaggio dal "lei" al "tu", che non può essere però rivolto a loro. Il "tu" non è un elemento di amicizia, ma di minorazione. Ti avverte subito che sei una subordinata, che non sei niente, mentre loro hanno tutto il potere nelle loro mani.

«Mi può descrivere l'esperienza della perquisizione?»

«Ti senti violata e questa sensazione l'ho avuta sempre perché dopo i colloqui la perquisizione c'è sempre. Ti mettono in una stanza insieme alle altre e ti fanno spogliare. Ti vedi con la tua povera carne di persona anziana, lì esposta, non solo al freddo, ma proprio all'umiliazione di doverti tirare giù le mutande, di doverti tirare su la maglia. Il fatto che ti trattano come un oggetto. Poi ti espropriano dei beni personali. Per esempio,

non mi hanno lasciato portare dentro il cappotto dicendo che era troppo lungo. Quando ho chiesto il perché mi hanno risposto “perché lo sappiamo noi”. Ci sono delle regole in carcere che non ho mai capito, un’arbitrarietà totale.»

Il processo di spersonalizzazione non si limita ai rituali dell’ingresso, ma continua nella quotidianità della detenzione: dal sentirsi trattate come numeri alla questione emblematica del «tu» e del «lei», ma anche in relazione alla propria identità di genere, alla propria femminilità con l’imposizione di regole relative al vestiario o con l’obbligo di togliersi i piercing.

2.2 Processi di infantilizzazione e minorazione

«L’adattamento alla vita carceraria comporta un processo di disculturazione, ovvero una progressiva incapacità di «maneggiare alcune situazioni tipiche della vita quotidiana del mondo esterno» (Goffman 1978, p. 43). L’autonomia della persona detenuta è minata alla radice nel contesto carcerario, dove vige l’obbligo di chiedere permesso o aiuto per qualsiasi attività, che normalmente chiunque sarebbe in grado di svolgere da solo, come per esempio telefonare, spedire una lettera o spendere dei soldi. Nel vocabolario quotidiano del carcere si usano spesso diminutivi con termini dalle desinenze in “etto” o in “ino”, come le note “domandine” che hanno l’effetto di minare l’autodeterminazione, l’autonomia e la libertà d’azione di cui gode qualsiasi persona adulta.

I dispositivi di minorazione presenti in carcere rivelano come l’istituzione agisca come una forza de-soggettivante, che colpisce in modo specifico l’identità adulta della donna soprattutto nel modo in cui il sistema penitenziario trasforma la competenza individuale, cioè la capacità di governare la propria vita e operare scelte consapevoli, in una minaccia per l’ordine istituzionale. Tale sistema tende a considerare la donna non come un soggetto attivo, ma come un corpo da gestire; la capacità di iniziativa viene interpretata spesso come “insubordinazione”, mentre la passività viene premiata come “buona condotta”.

Emerge dunque una costruzione artificiale di impotenza, alimentata da una struttura che impone una dipendenza assoluta che si manifesta nell’obbligo di delegare ad un’autorità esterna non solo le grandi decisioni esistenziali, ma anche i micro-eventi della quotidianità. Si genera così un paradosso: se l’obiettivo formale sarebbe quello di restituire alla società una cittadina autonoma, la pratica materiale della detenzione lavora in direzione opposta, incentivando la passivizzazione e l’atrofia della volontà. L’esito è una condizione afflittiva che va oltre la pena legale: si tratta di uno stress psicologico profondo, derivante dal

conflitto tra la memoria di sé come individuo capace e la realtà presente di soggetto inerte. Sembra quindi che il carcere agisca come un dispositivo che, nel tentativo di correggere il comportamento, finisce per invalidare la persona, riducendola a uno stato di minorità permanente che rende il reinserimento sociale un traguardo difficile da immaginare e ancor più da percorrere.

«Non puoi decidere nulla, non puoi essere autonoma su nulla». «Se hai delle capacità e non sei ignorante è meglio che tu lo nasconda, se no ti puntano e te la fanno pagare» (Detenuta) (Ronconi, Zuffa 2020).

Negli anni scorsi il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale ha insistito sull'uso appropriato del linguaggio, rivedendo e risignificando alcune espressioni. Tale operazione è necessaria non solo per superare la dimensione afflittiva della pena, riconducendoci all'art. 27 della Costituzione, ma anche per recuperare la progettualità educativa.

2.3 Processo di prigionizzazione

A Donald Clemmer si deve la formulazione del concetto di prigionizzazione nel suo libro *The Prison Community* (1940). «Il processo di prigionizzazione può essere definito a tutti gli effetti come un processo di assimilazione che porta l'individuo a identificarsi con la subcultura carceraria» (Sbraccia, Vianello 2010). Come ogni processo di assimilazione, esso consiste in «un lento, graduale e più o meno inconsapevole processo durante il quale una persona impara abbastanza elementi della cultura della unità sociale in cui si trova da caratterizzarsi per essa»; o anche, più specificatamente: «l'assunzione in grado maggiore o minore del folklore, dei modi di vita, dei costumi e della cultura generale del penitenziario» (Clemmer 2004, p. 211).

L'ingresso in carcere di un individuo inaugurerebbe, dunque, un processo di acculturazione alla nuova realtà attraverso il quale assimila i valori, le norme, i costumi e il gergo della sottocultura carceraria; tramite il contatto quotidiano con gli altri detenuti e con gli operatori del penitenziario comincia ad assumerne progressivamente i criteri interpretativi della realtà in cui si trova a vivere.

In particolare, il detenuto deve accettare l'inferiorità di ruolo, acquisire elementi per comprendere l'organizzazione interna alla prigione, adottare il codice di comportamento condiviso dalla comunità interna. Tali “fattori universali della prigionizzazione” (Clemmer 2004, p. 213) investono tutte le persone che entrano in carcere, in quanto costituiscono

strumenti di adattamento e sopravvivenza in un ambiente percepito come profondamente ostile e altamente codificato.

La carcerazione si rivela essere, nella sostanza, la socializzazione al cosiddetto “codice del detenuto”, cioè: «mai aiutare il personale a aiutare i compagni detenuti» (Hester e Eglin 1999, p. 337); tale adesione sembra fungere da meccanismo di difesa contro la "mutilazione del sé" inflitta dall'istituzione totale permettendo di recuperare un senso di appartenenza e di protezione; cioè, «a fronte della degradazione di status subita, la subcultura della prigione consente al detenuto lo sviluppo di uno status all'interno del nuovo sistema, una nuova struttura di riferimento per interpretare il mondo e la propria particolare situazione, un orizzonte rispetto al quale orientare le proprie esigenze di autostima e rispetto» (Sbraccia 2009).

Il grado di prigionizzazione non è uniforme e dipende da variabili quali la durata della pena, la stabilità della personalità precedente la detenzione e la qualità dei legami mantenuti con il mondo esterno. Tuttavia, l'aspetto più critico risiede nella sua natura regressiva: più il detenuto si adatta alla vita carceraria, più diventa "istituzionalizzato", sviluppando una sorta di atrofia sociale che rende il ritorno alla libertà estremamente problematico. La persona prigionizzata impara a muoversi in un mondo fatto di dipendenze, attese e gerarchie informali, perdendo gradualmente l'abitudine alla responsabilità individuale e all'autodeterminazione.

In questa prospettiva, la prigionizzazione rappresenta il lato oscuro della capacità di adattamento umana. Se da un lato consente di tollerare la sofferenza della detenzione, dall'altro produce un'alienazione che trasforma il carcere in un sistema chiuso e autoreferenziale. Il paradosso finale è che il successo dell'adattamento del detenuto all'interno delle mura diventa il principale ostacolo al suo successo all'esterno, consolidando quella condizione di minorazione e passività che rende il reinserimento un processo di faticosa ricostruzione di una soggettività ormai frammentata.

2.4 La salute in carcere per le donne

2.4.1 Alcuni fattori del disagio e della sofferenza

«Affrontare il problema della salute in carcere significa tener conto del duplice aspetto che lo connota. Da un lato il discorso tocca essenzialmente l'organizzazione e la struttura della sanità che assumono un carattere specifico quando si parla delle donne detenute. Questo perché nella grande maggioranza dei casi le donne sono recluse in sezioni apposite

all'interno degli istituti maschili e dunque si trovano nella condizione di dover dividere con gli uomini non solo le strutture sanitarie ma anche il personale addetto, dagli infermieri, ai medici, agli specialisti. Di conseguenza, data anche la minore numerosità delle presenze femminili in carcere rispetto a quelle maschili che comporta una evidente riduzione della loro visibilità, le donne sembrano trovarsi in una situazione più marginale e difficile che può ostacolarle nella fruizione del servizio sanitario.

Dall'altro lato, la problematica della salute interessa una componente essenziale della vita di ciascun essere umano, il corpo, che a sua volta assume un significato ancora più complesso nel caso in cui sia costretto nell'esperienza detentiva. [...] La salute non è che uno dei modi in cui il corpo segnala la sua presenza e che deve essere approfondito al di là del linguaggio che in questo caso sembra darne conto. [...] Molti fattori si intrecciano intorno a quello principale del trascorrere della pena e alcuni di essi colpiscono innanzitutto il corpo.

Anche se oggi non è più quest'ultimo a sopportare il peso del supplizio come simbolo della punizione, sappiamo che questo spostamento in realtà non libera il corpo. Al contrario lo investe in pieno, lo obbliga a cercare comunque una via attraverso la quale rendere manifesta la sofferenza che il cuore, il pensiero e la volontà patiscono. [...] Ovviamente si è ormai lontani dal pensare che la condanna per essere scontata debba rimanere impressa nella carne. [...] Ma, comunque, anche in assenza di una pena che investa il piano fisico in senso specifico, non si può sottovalutare la reazione messa in atto in prima istanza dal soggetto proprio a livello corporeo. È qui infatti che si manifestano i primi segni di disagio. Di quel disagio che procura l'esperienza della reclusione e che viene immediatamente registrato da tutti i sensi, dagli arti, dal corpo nel suo complesso.

[...] La donna detenuta entra in relazione con il suo corpo mettendo in atto una serie di rituali e di azioni che in qualche modo fanno parte delle regole stabilite, dentro l'istituzione, dall'intera popolazione che la abita. In questo senso una certa omologazione tra maschile e femminile è indiscutibile. Allo stesso tempo le differenze si fanno sentire [...] all'interno della relazione stessa che l'uomo e la donna instaurano con il corpo.

[...] Occuparsi, dal punto di vista delle donne detenute, di quanto attiene a un problema così specifico come quello della salute, significa in definitiva porre l'accento su una parte del soggetto che per prima viene tendenzialmente rimossa e mettere a fuoco almeno alcune caratteristiche ad essa collegate. A partire dall'impatto della reclusione e dall'incidenze della detenzione sulla salute» (Giordano V. 1992, pp 135-139).

Crewe propone una tripartizione delle caratteristiche che configurano la sofferenza

penitenziaria, tentando di focalizzarne le diverse gradazioni in riferimento a tre indicatori: il suo peso (weight), la sua profondità (depth) e la sua “aderenza” (tightness); secondo l’autore i primi due indicatori erano particolarmente esplicativi di un certo tipo di carcere degli anni ’70 e ’80 del secolo scorso, la cui azione era pesantemente opprimente e violenta nei confronti della psiche e del corpo dei reclusi, e nei quali la presenza di regimi detentivi particolarmente “isolanti” collocava il detenuto ad un livello di profondità molto lontana dalla libertà della superficie. Il concetto di “tightness”, sempre secondo Crowe, pare più adatto alle attuali caratteristiche della pena detentiva, che ha lasciato in secondo piano il peso e la profondità in favore di una governamentalità che è contemporaneamente decisa e morbida, oppressiva ma anche leggera, che fa perno su un regime di totale incertezza all’interno del quale il detenuto si deve muovere con estrema cautela, sempre avviluppato nelle spire della valutazione disciplinare. Si può quindi dire che il concetto di tightness si adatti maggiormente alla sofferenza della prigionia in una sorta di carcere pacificato, dove, ad uno stile di governo brutale ed oppressivo, si sostituisce una logica regolamentare che ruota attorno al meccanismo della premialità: qualunque opportunità, sia in termini di miglioramento della vita detentiva (cella singola o aperta per un certo numero di ore al giorno, per esempio) che di prospettiva di uscita (ammissione a misure alternative al carcere, accesso a permessi premio e alla liberazione anticipata, ecc.), è di fatto subordinata al mantenimento di una condotta regolare e di atteggiamenti non conflittuali.

«Questa evoluzione, lungi dal porre fine all’inflizione della sofferenza, ne ridisegna i contorni lungo linee più incerte e labili, dove la mutevolezza (a volte arbitraria) della norma informale prende il posto della rigidità del regolamento: il detenuto si ritrova quindi in uno stato di ansia perenne, costretto ad agire un estremo autocontrollo, sapendo che a seguito di qualsiasi frizione – vuoi con compagni di detenzione, vuoi con degli operatori penitenziari – ogni sua esternazione, infrazione, moto di protesta, potrà essere oggetto di un rapporto disciplinare» (Sterchele 2021 p. 94).

Il carcere trattamentale è stato sicuramente una conquista, ma porta con sé anche enormi rischi. Innanzitutto, l’idea di moderno trattamento viene dall’antica storia della istituzionalizzazione delle donne (e dei minori) che mirava a correggerle oltre che a punirle, qualcosa tra il raddrizzamento morale (devianza dal modello femminile dominante) e la patologizzazione e psichiatrizzazione (“cura” dei comportamenti non conformi); questo ha lasciato traccia nel linguaggio odierno quando si parla di rieducazione e non di cambiamento in termini di libera scelta e di responsabilità. Per le donne, in particolare, non è ancora morta la vecchia idea, alla base della storia della reclusione femminile, che oltre

alla trasgressione del Codice penale vi sia anche la trasgressione dei “codici di genere”, di una certa idea di cosa sia e debba essere il femminile. Un secondo aspetto delle trappole del carcere trattamentale è la cultura premiale e disciplinare che regola l’accesso a pene alternative, permessi, lavoro all’esterno. Un fattore di sofferenza per le donne è non governare questi processi, che restano spesso opachi: non conoscerli, non conoscerne criteri e tempi, non essere informate tempestivamente, non “meritarli”. Può capitare che una parola detta male comporti un rapporto disciplinare, che a sua volta può comportare se e quando incontrare i propri affetti; in tale logica anche le relazioni affettive sono considerate dei “benefici”, non dei diritti umani basilari (Gandus, Tonelli 2019).

La sensazione di grande insicurezza e di dipendenza è anche correlata fortemente, soprattutto nella prima carcerazione, a non sapere nulla delle regole – formali e informali – di un mondo in cui non si sa come muoversi, di cui nessuno fornisce informazioni, e su cui la propria esperienza di donna adulta non è sufficiente per orientarsi.

«Prima cosa, quando entri in carcere nessuno ti dà un foglio con delle regole, tu non sai niente, perché non hai mai fatto il carcere, non l’hai mai vissuto, quindi ci sono le regole delle detenute e ci sono le regole dell’istituzione, che tu non hai. Sei semplicemente all’oscuro. Poi ci sono le consuetudini, tutte quelle cose che esistono anche fuori che però qua dentro sembrano essere ribaltate completamente. Quindi tu entri qua, strappata dalla tua famiglia, hai lasciato la bambina in braccio a tua sorella, stai vivendo un incubo. » (detenuta, Ronconi, Zuffa 2023, p. 42).

Ma è in particolare la dimensione dell’attesa, che sia della sentenza, del permesso, del colloquio, o anche solo di un’informazione, ad essere un rilevante fattore di stress, dovuto alla percezione di totale impotenza. L’attesa sembra un tempo che scorre troppo lento, ma fonte di maggior sofferenza è soprattutto quello che viene vissuto come un abbandono, un tempo vuoto di alcun segnale di attenzione, un tempo di cui nessuno sembra prendersi cura, non solo per renderlo più veloce, ma anche per renderlo governabile, gestibile, comprensibile per chi subisce l’attesa.

«Vai a fare una richiesta e per quanto semplice possa essere ti trovi davanti un muro e devi discutere solo per parlare, perché dicono: “no, adesso no”, oppure: “ho da fare”, non ti prendono proprio in considerazione» (detenuta, Ronconi, Zuffa 2023 p. 43).

Questo abbandono, questa mancanza di informazioni crea il dolore maggiore e, a volte, espone alla disperazione, portando a comportamenti conflittuali che espongono le donne a rischi e conseguenze sul piano disciplinare.

Anche la gestione del tempo nella quotidianità può rappresentare un fattore di stress per

le donne detenute, in quanto vissuto come tempo inutile, tempo vuoto. In molte realtà penitenziarie si rileva la scarsità, o addirittura la mancanza, di opportunità organizzate di studio, lavoro e attività varie, ludiche, formative e ricreative; sembra che il campo del penitenziario sia sempre segnato dalla deprivazione e dalla scarsità di risorse, e leghi ancora l'effetto deterrente della detenzione al principio della 'less eligibility', cioè la produzione di una qualità di vita interna inferiore a quella dello strato più indigente della popolazione esterna. Solo le donne che entrano in carcere con un proprio significativo capitale personale riescono a costruire strategie fatte di letture, scrittura o attivazione di competenze diverse, che consentono loro di strutturare e riempire autonomamente il tempo, mentre per molte il tempo diventa noia e rischio di avvitarsi ossessivamente sui propri problemi in maniera poco costruttiva e, al contrario, produttrice di ansia e stress.

La vita istituzionale del carcere dovrebbe in realtà essere scandita dalle attività connesse al cosiddetto "trattamento", in quanto la pena detentiva dovrebbe tendere alla "rieducazione" del condannato. Secondo la legislazione l'offerta di lavoro in carcere dovrebbe essere varia e tale da andare incontro alle attitudini e ai desideri delle persone detenute; sono anche previsti criteri per la distribuzione del lavoro ai detenuti che ne facciano domanda per evitare possibili situazioni di arbitrarietà o di privilegio. Il lavoro diventa dunque risorsa ambita non solo in quanto aiuta a passare il tempo e mette in contatto con altre persone, ma anche perché è pagato e non raramente può costituire l'unica fonte di entrata per sé, ma a volte anche per chi è rimasto fuori (Pitch T. 1992).

«Ma il lavoro in carcere, riconosciuto dalla normativa quale strumento centrale di rieducazione, continua a essere segnato da profonde contraddizioni e disuguaglianze. La scarsità di opportunità lavorative, la turnazione forzata e la diffusione di mansioni poco qualificanti – si pensi a quella dello "scopino", tra le tante offerte dall'Amministrazione Penitenziaria – impediscono a molti detenuti non solo di acquisire competenze realmente utili per il reinserimento, ma anche di sostenere spese basilari durante la detenzione considerando le basse remunerazioni. La distribuzione disomogenea delle risorse sul territorio nazionale acuisce ulteriormente il divario tra Nord e Sud, compromettendo l'uniformità dell'offerta formativa e occupazionale. Inoltre, fattori come il genere influiscono ancora sull'accesso al lavoro in carcere, con un'offerta stereotipata per le donne detenute; gli ambiti lavorativi in cui queste sono maggiormente impiegate sono infatti la lavanderia e la sartoria. Nonostante alcuni progressi, sanciti dalla normativa (nello specifico dagli articoli 20, 21 e 22 dell'Ordinamento Penitenziario) come il riconoscimento dei diritti previdenziali e retributivi per chi lavora alle dipendenze dell'Amministrazione

Penitenziaria, la realtà quotidiana è ancora segnata da una concezione del lavoro che fatica a staccarsi da logiche punitive e/o premiali» (Antigone 2025).

Per le donne recluse il lavoro che non c'è pone non solo la questione dell'autonomia economica, ma investe anche una dimensione psicologica che ha a che fare con la stima di sé e con la capacità di farcela da sole. Come si è visto nella Tabella 4 il lavoro femminile nelle carceri italiane appare numericamente marginale; infatti il totale delle donne lavoratrici è solamente circa il 5,8% del totale dei lavoratori.

Anche corsi scolastici, progetti di formazione o attività culturali raggiungono una percentuale molto limitata della popolazione detenuta. I dati ufficiali, apparentemente più consistenti, non tengono conto infatti del frequente inserimento all'interno dei diversi progetti delle stesse persone, in un contesto di estrema competitività nella corsa all'accesso al trattamento che tende a premiare competenze comunicative, sociali e professionali già possedute all'ingresso in istituto (Vianello 2018).

Tra le donne detenute la frequenza ad attività ricreative o didattiche appare a volte bassa, ma se certamente può dipendere dalla responsabilità delle singole detenute che possono essere non interessate e passive, spesso tali attività vengono ritenute carenti di qualità e di finalizzazione rispetto al proprio percorso rieducativo.

«Se io fossi il direttore o qualcuno di importante metterei dei corsi proprio che riescano a fare imparare qualcosa, una professione, un lavoro. Perché quando si esce di qui poi il mondo è duro. Specie, adesso come adesso, che ho sentito dire che chiedono il casellario giudiziario per entrare a lavorare » (detenuta, Ronconi, Zuffa 2023 p. 73).

Ulteriore elemento di sofferenza è il carattere totalizzante della dipendenza, che sicuramente fa parte del vissuto di tutte le persone detenute, ma è vissuto diversamente dagli uomini e dalle donne: la minuziosa microfisica di ciò che si può o non si può esercitare nel proprio governo del quotidiano risulta essere una deprivazione che diventa al femminile più incisiva, dato che le donne sono abituate, generalmente, a gestire in prima persona la quotidianità familiare. La separazione, la lontananza e la difficile comunicazione con le persone significative della propria vita è una delle ragioni della sofferenza che si dipana in un intreccio tra il dolore vissuto in prima persona per l'assenza dei propri cari e il dolore che nasce dalla propria assenza dai compiti di cura, tutela e sostegno nei loro confronti. Gli affetti di cui le donne detenute patiscono maggiormente la separazione sono quelli per i /le figli/e. Le donne madri si dividono sostanzialmente in due gruppi: quelle che hanno dovuto interrompere, a causa della carcerazione, un ruolo genitoriale svolto in passato con cura e presenza, anche se spesso con mille difficoltà; e quelle che hanno avuto difficoltà a svolgere

il ruolo materno anche prima della carcerazione e quindi si confrontano con una profonda inadeguatezza, evidenziata spesso dalla comunicazione tra donne che enfatizza la maternità come dimensione fondamentale del femminile. Per le prime il più forte motivo di ansia riguarda i casi in cui si profila la possibilità o il rischio della perdita della potestà genitoriale e/o un affidamento fuori dalle relazioni familiari; per altre il carcere non modifica una situazione già fatta di separazione e lontananza; tuttavia, la detenzione sembra aggiungere dolore con la sua cesura ulteriore (Ronconi, Zuffa 2023).

2.4.2 Il carcere che ammalia

L'esperienza della carcerazione, con la limitazione delle libertà che comporta, è di per sé, un fattore di rischio per la salute (Neisser, 1977). Qualche anno fa Pavarini ha scritto che «il carcere nella sua dimensione materiale è produzione aggiuntiva e artificiale di handicap, cioè è produzione di sofferenza come privazione e limitazioni di diritti e aspettative. E solo la metafisica romantica ha potuto immaginare una pena che si autocensurasse a quella sola dell'anima sofferente perché privata della libertà. La pena del carcere è e rimane, in questo non diversamente da ogni altra penalità, una sofferenza data intenzionalmente per finalità di degradazione» (Pavarini 2006 pp. 82-83).

Tutte le categorie di persone coinvolte negli istituti penitenziari sono concordi nel considerare le strutture detentive in sé come il principale fattore di rischio per la salute. Tra gli elementi che impattano sulla salute non ci sono solo le pessime condizioni degli spazi, ma anche il sovraffollamento e l'elevato turnover delle persone detenute in un contesto di coabitazione forzata. Questa forzata condivisione di spazi ristretti con un numero di persone spesso molto oltre la capienza prevista delle celle porta a un difficile e precario equilibrio, che va frequentemente ridefinito considerando l'alto turnover che caratterizza soprattutto le case circondariali. E comunque le condizioni dei vari istituti possono variare considerevolmente sia in termini strutturali che di linee amministrative e di conseguenza anche la loro vivibilità varia; tutto ciò in relazione anche allo status sociale della persona ristretta, per la quale una condizione di povertà ha implicazioni significative sui rischi per la salute.

Per le persone recluse spesso la malattia subentra come reazione al carcere; vi è una sorta di correlazione tra sofferenza psicofisica e detenzione, che porta con sé una percezione, ancora una volta, di impotenza: il corpo appare come fosse fuori controllo e il contesto appare incapace o inefficace o poco sensibile a prendersene cura (Ronconi, Zuffa

2023).

Un fattore significativo di ansia e stress è dovuto all'attesa per tutto quello che attiene alla sfera della salute e all'assistenza sanitaria. Il carcere porta con sé spesso un aggravamento o l'insorgenza di nuove malattie, in quanto una risposta inadeguata allo stress e/o a uno stimolo stressante prolungato genera delle modificazioni fisio-patologiche nell'organismo. Ciò comporta un'eccessiva vulnerabilità nei confronti di malattie psichiatriche, endocrine, cardiovascolari, neoplastiche e immunologiche.

Il noto medico francese Daniel Gonin (1994) è stato tra i primi a mettere in luce in maniera dettagliata e puntuale i numerosi effetti patogeni del carcere in sé: danni alla vista, legati soprattutto all'impossibilità di guardare lontano, a causa delle mura che circondano continuamente i detenuti; danni all'apparato digerente, a causa dell'alimentazione, spesso scorretta secondo i dietisti, e a causa dello stress che l'ambiente carcerario in genere provoca; danni dermatologici, per le carenze che talvolta si riscontrano dal punto di vista igienico; danni all'apparato respiratorio, per il fatto che, anche a causa della sovrappopolazione di gran parte delle carceri, i detenuti vivono a stretto contatto gli uni con gli altri e in spazi chiusi e angusti. Descrizioni di questo tenore sono riportate frequentemente dagli utenti del servizio sanitario nel descrivere la vita dentro le mura.

«Il cibo è poco e scadente, l'acqua del rubinetto fa schifo e penso che non è manco potabile, ma i detenuti come me che non fanno colloqui e che non hanno i soldi sono obbligati a berla e quell'acqua sicuramente non giova alla nostra salute» (detenuto, istituto penitenziario di medie dimensioni, Sud Italia, 2013).

Un altro aspetto ricorrente è l'impatto della struttura detentiva e della quotidianità carceraria sulla dimensione psichica di salute. Gli handicap psico-fisici (Gallo, Ruggiero, 1989) causati dalla detenzione sono spesso riportati come particolarmente frequenti e afflittivi, tanto dalle persone detenute quanto dagli operatori sanitari (Ronco 2016).

Per le donne detenute: «L'assistenza sanitaria deve essere in grado di soddisfare quelle esigenze primarie e specifiche del sesso femminile e deve consentire quanto più possibile l'attuazione di quella che è stata definita la c.d. medicina di genere, più aderente alle caratteristiche della salute delle donne e più attenta ai bisogni e alle esigenze del genere femminile. Quindi, l'appartenenza all'uno o all'altro sesso, dal punto di vista della salute, sia curativa che preventiva, risulta decisiva. L'essere uomo o donna, infatti, condiziona sia l'insorgenza che il decorso delle malattie; spesso dà luogo a sintomi e risposte ai farmaci molto diverse fra loro (visto che il corpo maschile/femminile assorbe, metabolizza il farmaco in modo diverso e questo conseguentemente agisce in maniera differente sull'uno

e sull'altro); comporta un impatto diverso in merito ai fattori di rischio di insorgenza delle malattie. Inoltre, è riduttivo pensare che la salute della donna sia prevalentemente messa a rischio da patologie ginecologiche e riproduttive. Si è osservato come le donne tendano a richiedere un numero di servizi sanitari superiore rispetto agli uomini: e questo in virtù del fatto che tra uomini e donne c'è non solo una diversità biologica, che le espone maggiormente ad alcuni tipi di malattie, ma anche una differente fragilità fisica ed emotiva. Ed è soprattutto quest'ultima a contraddistinguere la specificità della detenzione femminile, ovvero l'importanza data alla dimensione affettivo-emotiva, che è al primo posto per le donne. La donna presenta, infatti, una maggiore difficoltà nell'accettazione della detenzione, che viene vissuta in modo "più traumatico" e con un maggior ripiegamento su se stessa rispetto all'uomo, cosa che, tra l'altro, la allontana da una dimensione collettiva di partecipazione alla vita dell'istituto. Presentando esigenze non solo fisiche, ma anche affettive ed emotive, le detenute diventano protagoniste di relazioni interrotte, separazioni, distacchi coatti dal resto della famiglia e in particolare dai propri figli. "Per queste ragioni l'ingresso in carcere costituisce per la donna un'esperienza lacerante, assai più che per l'uomo e fonte in molti casi di gravi difficoltà di adattamento" (G. Russo, 2003, pp. 131-132). Tutto questo ha inevitabilmente un forte impatto anche in termini di salute, in quanto il corpo femminile somatizza le emozioni negative che lo stato di detenzione comporta: si riscontrano spesso disturbi psicosomatici come quelli ginecologici, frequenti soprattutto nella prima fase della detenzione; la maternità in particolare può essere fonte di disturbi fisici (quali alterazioni del ciclo mestruale, cefalee, gastriti, disturbi del sonno) oltre che psichici (come momenti depressivi o tentativi autolesionistici), i quali sono generati dal senso di lontananza dai figli, o in caso di convivenza con gli stessi, dal senso di colpa nel dare loro una vita da reclusi. E tutto questo incide, senza dubbio, anche sul sistema nervoso provocando danni a livello gastrointestinale, all'apparato cardiocircolatorio, al sistema cutaneo e scheletrico, nonché disturbi dell'alimentazione. Lo stato di detenzione influisce, così, sul corpo rendendolo più attaccabile e facendo dello stesso "un portavoce" delle difficoltà che la privazione della libertà comporta. Valgono poi una serie di considerazioni generali per cui i medici che operano in carcere, si trovano a confrontarsi con alcune patologie specifiche e con comportamenti difficilmente riscontrabili nella vita esterna: si pensi al ricorrente fenomeno dell'autolesionismo, ai tentativi di suicidio – molto più frequenti tra la popolazione detenuta che tra quella libera – alla poli-tossicodipendenza, all'abuso o uso improprio di farmaci legali, soprattutto da parte di giovani donne (riscontrato già all'ingresso in carcere),

alla simulazione della malattia» (Valentino M.V, Antigone 2016).

All'interno della popolazione detenuta le donne sono spesso considerate vulnerabili in sé e fragili: non si è lontani dalla rappresentazione della donna criminale «non pericolosa ma pericolante», come scriveva T. Pitch. In realtà chi vive il carcere mette in atto «sistemi di adeguamento alla condizione reclusa che rispondono al potere sanzionatorio con l'aggiramento, la rinuncia, la mistificazione o l'atto aggressivo, modalità che diventano sempre più lontane dal proprio sé adulto. È il prodotto della mortificazione del sé, che tuttavia viene paradossalmente spesso addossato a chi lo subisce più che ai dispositivi del contesto. E soprattutto ciò accade per le donne, che sono spesso oggetto di giudizio per comportamenti 'emotivi o capricciosi o strumentali', quando ciò che sarebbe importante leggere è come siano il contesto stesso della segregazione e i dispositivi dell'adattamento ad esso ad obbligarle ad attingere ad un bagaglio di reazioni infantilizzate» (Ronconi, Zuffa 2020).

Nell'ottica dello staff femminile di polizia penitenziaria: «L'eccesso emotivo si presenta anche al negativo. I conflitti sono segnati dalla "cattiveria" femminile, per ragioni perlopiù presentate come "futili". Sembrerebbe che il conflitto vero e proprio appartenga agli uomini, mentre le donne propendano più al "litigio" (per "stupidaggini" o per passaggi repentini dall'amore all'odio): *"Quando litigano poi è il delirio più totale"* (polizia penitenziaria). [...] Questa rappresentazione del femminile permane, anche se poi vengono indicati anche motivi più seri di conflitto, legati alla convivenza forzata (ad esempio l'arrivo di una nuova detenuta che cambia gli equilibri); o anche le incomprensioni per l'appartenenza a culture diverse o perché qualche detenuta vorrebbe essere boss. [...] Le turbolenze emotive "dall'amore all'odio" e la facilità al litigio "per futili motivi" evocano (ancora una volta) un soggetto "infantile" più che (oltre che) "femminile". [...] Nel carattere "eccessivo", instabile e oscillatorio delle relazioni femminili, si può cogliere una [...] associazione con l'instabilità psichica "patologica", [...] come se un filo patologico legasse il femminile alla patologia psicologica/psichiatrica vera e propria» (Ronconi, Zuffa 2023 pp. 153-154- 155-165).

Il vissuto di attesa, impotenza e di dipendenza che caratterizza la vita quotidiana in carcere può essere messo in relazione al fenomeno dell'autolesionismo: l'utilizzo del proprio corpo e della sua sofferenza per far fronte alla percezione di invisibilità e di impotenza. «Una storia raccontata da una persona transessuale situa il suo gesto – tagliarsi le braccia per avere un lavoro – in un complesso di fattori che mette insieme percezione di ingiustizia, attesa inutile di riscontri, debolezza nella negoziazione, scontro e aggressione

fisica da parte della custodia. [...] Questa stessa detenuta offre di sé un'immagine di persona controllata, che in anni di detenzione non ha dovuto mai ricorrere a questi gesti, e tratteggia variabili di contesto che l'hanno portata alla scelta dell'autolesionismo. [...] La sua narrazione porta in scena drammaticamente i gesti autolesionistici come tattica per incontrare una figura istituzionale, direttore o educatore, gesti che si correlano alla descritta dimensione dell'attesa e della mancanza di interlocuzione. [...] Anche chi tra le donne osserva e non condivide questi comportamenti conferma questo nesso. [...] Esiste poi una dimensione dell'autolesionismo che narra del bisogno "puro", fonte di espressione della rabbia e del dolore, [...] farsi male per stare meglio» (Ronconi, Zuffa 2023 pp. 178-180).

2.5 Cura in carcere: il controllo onnipresente

Dal 14 giugno 2008 le competenze sanitarie della medicina generale e specialistica penitenziaria, i rapporti di lavoro e le risorse economiche, prima di allora in capo al Ministero della Giustizia, sono state trasferite al Sistema Sanitario Nazionale e quindi a Regioni e Asl; il Dpcm 1° aprile 2008 completa il trasferimento delle competenze iniziato con il D. Lgs. 230 del 1999, attraverso il quale era stata decisa la riconduzione della sanità penitenziaria nel Servizio Sanitario Nazionale. Tale riforma si inserisce in un quadro europeo e internazionale ottemperando così alle prescrizioni sia dell'OMS (Hayton et al., 2010), sia delle European Prison Rules (EPR), che prescrivono che «I servizi medici in carcere devono essere organizzati in stretta relazione con l'amministrazione sanitaria generale della comunità o della nazione» (art. 40.1 EPR), che «La politica sanitaria nelle carceri deve essere integrata con la politica sanitaria nazionale e deve essere compatibile con essa» (art. 40.2 EPR) e che «I detenuti devono avere accesso ai servizi sanitari disponibili nel Paese senza discriminazioni basate sulla loro situazione giuridica» (art. 40.3 EPR).

Tale principio dell'equivalenza delle cure è strettamente connesso al principio della salute come uno dei diritti fondamentali dell'individuo contenuti nella Costituzione Italiana, che all'art. 32 recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

La riforma della sanità penitenziaria del 1999 disciplina così il diritto alla salute dei

detenuti e degli internati: «I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali. Il Servizio sanitario nazionale assicura, in particolare, ai detenuti e agli internati livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi». Nel Dpcm 1° aprile 2008 si delineano, poi, “modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”.

Sul piano normativo è dunque chiaro quali siano i principi che orientano la tutela della salute in carcere; sul piano pratico l'applicazione della norma si confronta, in primis, con la variabile “controllo”, che è onnipresente all'interno delle istituzioni penitenziarie. «La tensione tra *care* e *control* connota una pluralità di tipi di relazioni operatore-utente, tanto nel campo dei servizi sociali quanto in quello medico. [...] La “doppia lealtà”, potenzialmente e frequentemente conflittuale, nei confronti delle istanze del paziente detenuto e di quelle dell'istituzione, connota anche la figura dell'operatore sanitario che lavora in carcere (Pont et al. 2012; Prout, Ross 1988). Il medico che opera in contesto penitenziario si trova ad un crocevia tra le istanze della professione che impongono di mettere al centro del suo operato la salute del paziente e le istanze securitarie che sono onnipresenti all'interno dell'istituzione penitenziaria. Detto in altri termini, il conflitto tra il mandato del Giuramento di Ippocrate e l'istanza punitiva può tradursi nella tensione tra il perseguimento del principio dell'equivalenza delle cure e quello che Cullen (1995) ha definito “penal harm movement”, quel movimento che raccoglie le istanze di chi ritiene che l'essenza della sanzione penale debba infliggere una sofferenza. Questa visione evidentemente stride con l'impegno per la promozione della salute dei detenuti e considera piuttosto l'assistenza sanitaria come un “lusso” che la popolazione detenuta non merita di ricevere (Vaughn, Carroll, 1998) » (Ronco, 2018, p. 32).

Un'altra variabile che incide sull'applicazione pratica della riforma dipende dallo “stato di salute” dei diversi sistemi sanitari territoriali. L'organizzazione su base regionale del servizio sanitario ha portato alla parziale riproduzione sul piano penitenziario delle disuguaglianze presenti nel territorio nazionale: queste hanno determinato da un lato delle tempistiche differenti per quanto attiene al recepimento della riforma e, dall'altro, da livelli di presenza del personale e di prestazioni offerte altrettanto diversificati; a ciò va aggiunta, ovviamente, la quantità di risorse a disposizione di ciascuna Asl (Sterchele 2021).

Sul piano sostanziale si rilevano, poi, frequenti condanne all'Italia da parte della Corte europea dei diritti dell'uomo proprio in relazione alla mancata tutela della salute delle persone ristrette. L'Italia non è stata condannata solamente per via delle condizioni di sovraffollamento (attraverso le note sentenze *Sulejmanovic v. Italia* 2009, e *Torreggiani e altri c. Italia*, 2013), le quali hanno di per sé gravi ripercussioni sulla tutela della salute, ma anche per l'incompatibilità del ricorrente con il regime detentivo (*Scoppola v. Italia*, 2008; *Cara-Damiani v. Italia*, 2012) o per l'inadeguatezza delle cure mediche prestate ai detenuti (*Cirillo v. Italia*, 2013) (Ronco, 2014).

Alcuni anni dopo l'introduzione della riforma alcuni studi hanno tentato di proporre un primo bilancio relativo ai suoi successi e alle sue criticità sul piano concreto. I risultati sembrano raffigurare degli esiti che soddisfano solamente in parte i propositi di una riforma sicuramente ambiziosa. A tal proposito Cherchi (2017) sottolinea come questo processo – pur apportando un forte cambiamento simbolico nel differenziare l'area sanitaria da quella custodiale – non sia riuscito a scalfire l'adesione del personale sanitario alla “cultura securitaria” del carcere, mostrando una persistente adesione ad essa e la riproduzione di una serie di pratiche riconducibili a tale cultura (Sterchele 2021).

Infatti, i processi di istituzionalizzazione all'interno del carcere non coinvolgono solamente le persone detenute, ma, in misura variabile, tutte le persone che a qualche titolo entrano a contatto con l'istituzione penitenziaria. Il suo “potere inglobante” influenza pesantemente la cultura professionale di chi opera al suo interno. «L'obiettivo primo del carcere, la sicurezza, è un mantra ricorrente tra gli operatori penitenziari e finisce per essere agevolmente interiorizzato in una certa misura da chiunque trascorra una parte del suo tempo (professionale, sotto forma di volontariato, ecc.) all'interno della prigione» (Ronco 2018, p. 34). Come scrive Vianello (2018), «i risultati delle ricerche evidenziano [...] una sistematica contiguità tra i codici di comportamento e i valori riconosciuti dai detenuti, quelli considerati funzionali dal personale di sorveglianza e quelli interiorizzati dagli altri operatori: regole e aspettative appaiono in realtà l'esito di un processo di prigionizzazione condiviso che investe tutti gli attori del penitenziario» (Vianello 2018, pp. 81-82). E' in questo senso che appare rilevante parlare di culture del penitenziario per indicare una serie di norme informali, di codici e di condotte consolidate alle quali gli attori sono gradualmente introdotti a partire dal loro ingresso nel quadro organizzativo del carcere (Ibidem).

«Nel contesto italiano, studi pregevoli hanno posto in evidenza la presenza di differenti culture giuridiche nello specifico “campo giuridico del penitenziario”, mettendo in luce la

loro influenza sull'agire dei diversi operatori penitenziari. Quegli studi hanno evidenziato la molteplicità di approcci culturali, di mandati professionali e di attori sociali compresenti sullo stesso campo, in una interazione che ha condizionato la piena realizzazione della riforma penitenziaria del 1975» (Scivoletto C. 2018 p.12).

Rimane da capire, tuttavia, quanto il personale sanitario sia inquadrabile nei termini di "operatori penitenziari" e quanto sia stringente, di conseguenza, il processo di prigionizzazione che li coinvolge; come, dunque, tenda a far presa su di loro, in maniera più o meno stringente, la "cultura penitenziaria".

L'ambiente carcerario è un incrocio di identità professionali diverse che, pur condividendo l'obiettivo del trattamento, operano secondo logiche distanti. Questo trasforma il detenuto in una figura ambivalente, la cui natura muta in base alla priorità del momento; egli viene percepito come un recluso o un condannato da sorvegliare quando prevale l'esigenza del controllo, oppure come un malato o un paziente da curare quando domina l'orientamento alla salute. Questa tensione costante genera una frammentazione persino all'interno della stessa area sanitaria, dove convivono approcci clinici differenti e fenomeni di adattamento reciproco tra i professionisti. Il quadro è ulteriormente complicato dalla coabitazione di molteplici figure specialistiche, ognuna portatrice di una propria formazione e di un mandato istituzionale specifico, ma tutte vincolate al compito di tutelare il benessere di chi è recluso. In definitiva, la gestione della quotidianità detentiva si regge su un equilibrio precario tra istanze di sicurezza e istanze terapeutiche, un "doppio mandato" che obbliga i diversi attori a muoversi costantemente tra il rigore della pena e l'etica della cura.

Si può dunque affermare che nell'ambiente carcerario, sia la configurazione architettonica e organizzativa dell'istituto, sia quel complesso sistema di valori e consuetudini tipico del mondo penitenziario, diventano fattori determinanti che condizionano la percezione stessa del ruolo del medico e, di conseguenza, l'esercizio della sua professione.

Come detto in precedenza, la riforma della sanità penitenziaria ha sancito la separazione delle competenze all'interno degli istituti penitenziari: al Ministero della Sanità quelle in materia sanitaria, al Ministero della Giustizia quelle in tema di sicurezza. Tuttavia, già la legge stessa pone una serie di limitazioni, che diventano frequenti intersezioni tra i due ambiti, come si evince dall'art. 4 del decreto del 1999, che recita: «Il personale appartenente al Servizio sanitario nazionale è tenuto all'osservanza delle norme previste dall'ordinamento penitenziario, dal relativo regolamento di esecuzione, dal regolamento

interno dell'istituto penitenziario, nonché delle direttive impartite dall'amministrazione penitenziaria e dal direttore dell'istituto medesimo in materia di organizzazione e sicurezza». Tale dettato normativo implica una forte limitazione nell'autonomia del personale sanitario, in quanto, a livello pratico, questo significa che gli operatori penitenziari mantengono un importante potere di imporre il primato della sicurezza e di subordinarvi la tutela della salute delle persone reclusi.

Fattori organizzativi si impongono nella gestione del servizio sanitario, a partire da qualunque spostamento della persona detenuta, sia all'interno del carcere che all'esterno, che implicano un'azione dell'amministrazione penitenziaria. Un paio di esempi di carattere organizzativo: l'impossibilità di far accompagnare in infermeria le persone detenute durante l'orario della pausa pranzo degli agenti, o il numero di visite che un medico può eseguire si può ridurre di molto rispetto al suo orario di servizio per i tempi molto lunghi, soprattutto negli istituti più grandi, per far accedere i detenuti alla stanza dove si effettuano le visite.

Spesso tali esempi sono influenzati da manifestazioni della cultura penitenziaria, in quanto capita che gli attori penitenziari esprimono la volontà di mantenere un'istanza di controllo su tutto ciò che caratterizza la quotidianità detentiva, anche per quanto attiene alla tutela e gestione della salute della persona reclusa attraverso la messa a conoscenza di dati sanitari, delle motivazioni per cui un medico chiede un trasferimento presso un presidio esterno, ecc., inglobando quindi anche la salute nella più generale funzione attribuita alla pena. Funzione che si incarna in una cultura penitenziaria che ha una visione sostanzialmente punitiva della detenzione e che si fonda su un approccio di tipo premiale che tende a inglobare anche la sfera della salute, il cui accesso viene inteso più come un beneficio che come un reale diritto. «E' in tale confusione semantica che si configura quella tensione tra diritti e benefici che vincola la soddisfazione di una richiesta che rientra nella sfera della tutela della salute al mantenimento di un comportamento disciplinato» (Ronco 2018, p. 56).

La questione, poi, del consumo psicofarmacologico negli istituti di pena è centrale nel lavoro quotidiano dei comparti sanitari, che si trovano aggrovigliati in una difficile triangolazione tra tre gruppi sociali del penitenziario: la popolazione detenuta, il personale sanitario e gli operatori della sorveglianza. Gli specialisti sanitari che operano nei vari istituti sono spesso oggetto di pressanti richieste da parte dei detenuti di prescrizioni di farmaci di vario tipo, con la conseguenza che una parte consistente del lavoro del medico di guardia ruota attorno alla necessità di gestire tali richieste (soprattutto benzodiazepine)

cercando di contenerle o di contenerne il dosaggio. L'uso del farmaco in carcere è spesso volto a risolvere uno stato di malessere che dipende fortemente dalle condizioni di vita del momento; ne discende che la patologia psichiatrica “maggiore” sembra non essere il nodo centrale della sofferenza in ambito penitenziario, ma piuttosto si tratta spesso di disturbi reattivi al contesto nel quale le persone sono costrette a vivere e alle dinamiche che lo caratterizzano. Ciò permette di inquadrare in una luce diversa le strategie di evasione psicologica adottate da chi è privato della libertà: il ricorso a simulazioni o a condotte manipolatorie non esclude appunto la presenza di un disagio reale. Al contrario, l'atto di simulare può essere letto come il sintomo di una condizione di sofferenza profonda, dove la finzione diventa l'unico strumento rimasto al soggetto per tentare di sottrarsi a una realtà istituzionale percepita come insostenibile.

«Nonostante il diffuso riconoscimento degli elementi disabilizzanti che segnano la quotidianità della vita penitenziaria, tuttavia, la maggior parte degli operatori sanitari mostra una certa impotenza nei confronti di tali meccanismi, arrivando raramente alla formulazione di una critica strutturale al funzionamento istituzionale, e optando piuttosto per degli obiettivi – più immediatamente perseguibili – di riduzione del danno. Alcuni psichiatri, infatti, si sono spinti a sottolineare come sia francamente inevitabile che il carcere si configuri come contesto produttore di sofferenza psichica» (Sterchele 2021, p. 226).

Come affermato poco sopra, la gestione, più o meno regolata e formale, degli psicofarmaci è uno degli aspetti più critici sul quale gli specialisti dell'area psichiatrica sono chiamati ad intervenire. Questa criticità si manifesta attraverso un'incessante dinamica di negoziazione triangolare, coinvolgendo attori con interessi e urgenze divergenti. Da un lato troviamo il detenuto, la cui richiesta di psicofarmaci si fa spesso pressante e carica di tensione, sfociando talvolta in atti di autolesionismo utilizzati come estremo strumento di pressione per ottenere il farmaco. A questa spinta si oppone la cautela del personale sanitario, impegnato in un costante sforzo di moderazione volto a limitare i dosaggi per scongiurare il rischio di assuefazione e tutelare la salute a lungo termine del paziente. In questo delicato equilibrio si inserisce infine il personale di sorveglianza, che è più o meno direttamente chiamato a regolare questa richiesta, la quale può diventare a volte molto difficile da gestire.

Gli operatori sanitari identificano nel dialogo aperto con il paziente-detenuto l'unica strategia risolutiva per arginare un ricorso agli psicofarmaci che diventa spesso strutturale. Questo consumo cronico, infatti, tende a placare temporaneamente il disagio senza però

stradicarlo, innescando un ciclo ripetitivo in cui il malessere riemerge non appena termina l'efficacia del trattamento, alimentando una condizione di sofferenza potenzialmente infinita. Tuttavia, l'efficacia di questo approccio relazionale si scontra con la realtà carceraria, dove la comunicazione tra detenuti e personale sanitario è spesso compromessa da una profonda e diffusa sfiducia reciproca. Tale clima di sospetto influenza pesantemente la gestione delle terapie farmacologiche, che vengono filtrate attraverso rigide logiche di sorveglianza. La necessità di garantire la sicurezza interna porta infatti a scelte drastiche, come l'esclusione di determinati principi attivi dal prontuario dei comparti sanitari o l'adozione della somministrazione sotto osservazione diretta. Quest'ultima pratica, la somministrazione “a vista”, pur non essendo applicata uniformemente in ogni struttura, rappresenta la risposta standard per prevenire i pericoli derivanti da un possibile accumulo o scambio delle sostanze, dai quali potrebbero invero derivare una serie di “usi impropri” delle stesse. Il perseguire di tale imperativo riflette quel processo di infantilizzazione tipico della cultura penitenziaria, per cui anche l'assunzione di farmaci da parte delle persone recluse dipende dall'organizzazione del servizio sanitario all'interno dell'istituzione e dalle regole dell'istituzione stessa.

Scrivono Ronconi e Zuffa: «quando si tratta di insonnia, ansia, depressione e malessere psichico, si inserisce l'ambivalente rapporto [delle donne] con la prescrizione degli psicofarmaci. La terapia in questo caso riveste per le donne diversi significati, a seconda delle culture, delle personalità, delle condizioni, ma raramente è “solo una molecola”, funzionale o meno, piuttosto diventa una scelta significativa di strategie personali di coping. Variabile dunque complessa e delicata, ben oltre una valutazione meramente clinica. Chi ne fa uso perché ne riconosce l'utilità ma si preoccupa di mantenerne il controllo attraverso dosaggi bassi, chi si affida al medico, mirando a non stare troppo male, e chi rifiuta ogni terapia per non perdere il controllo su di sé, pur vivendo una situazione difficile. In questi casi, ai farmaci viene associato un significato di controllo istituzionale e dunque la perdita di un governo di sé visto come rischioso e/o non rispettoso della coerenza con sé e con una percezione di sé che non si vuole smarrire. La valutazione che gli psicofarmaci si diano con gran facilità e che questo sia funzionale al controllo e all'ordine interni è convinzione comune» (Ronconi Zuffa, 2023).

«Mi volevano dare delle gocce per mettermi a dormire quando hanno visto che ho sbroccato, solo che grazie a Dio ho avuto il potere di dire di no “ve le potete mettere dove volete”. Vedere il medico che mi dà quelle cose, a una come me...io non divento come volete voi e poi dopo mi potete gestire, già mi gestite come vi pare. Io un giocattolino nelle

vostre mani non lo divento, perché la vita è ancora la mia. Sono qua per un percorso, per un periodo, poi io me ne vado, voi ci rimanete » (detenuta; Ronconi Zuffa, 2023).

Un discorso a parte riguarda le donne tossicodipendenti, alle quali le norme garantiscono l'accesso alla terapia metadonica; attorno a tale terapia, come anche all'esterno del carcere, avviene una sorta di negoziazione tra paziente e medico che attiene, da un lato, alla razionalità della prescrizione medica, e dall'altro, a razionalità, obiettivi, significati dati dalla persona tossicodipendente al farmaco.

Inoltre, tutto ciò che attiene alla salute e all'assistenza sanitaria può diventare fonte di angoscia e di stress per l'enfasi posta sull'attenzione a sintomi diversi, che spesso vengono etichettati come "malattia immaginaria"; l'ansia e lo stress sono fortemente correlati alla dimensione dell'attesa delle cure e delle visite e a un sistema sanitario percepito come inefficiente nelle situazioni di emergenza; il dover aspettare a lungo prima di essere soccorse, soprattutto di notte, assume toni a volte drammatici nei racconti delle donne detenute, che sollevano anche forti dubbi sul loro diritto alla salute.

«Penso alla crudeltà del carcere. [...] per dire, se una si sente male... Io prima ci avevo i calcoli ai reni e alla cistifellea e ora mi danno noia, si vede che sono cresciuti. Sono arrivata al punto di dover piangere, non ce la facevo più dai dolori, allora sono arrivati. Però voglio dire, bisogna arrivare a questi punti per chiedere un dottore?» (detenuta; Ronconi Zuffa, 2023; p.84).

Capitolo terzo

La sanità penitenziaria in Veneto: uno sguardo di genere

In questo capitolo mi soffermo sulla sanità penitenziaria nella regione Veneto, inizialmente descrivendo i tre istituti che nella regione ospitano donne; per passare a descrivere le linee di indirizzo regionali dell'organizzazione e degli standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti penitenziari, descrivendo brevemente anche quanto emerge dall'ultima "Relazione Socio Sanitaria della regione Veneto". Infine descrivo quanto è emerso dall'intervista con la referente regionale della sanità penitenziaria veneta.

3.1 Gli istituti penitenziari

Per quanto concerne la detenzione femminile in Veneto sono presenti tre realtà: la Casa di reclusione della Giudecca (Venezia) interamente femminile, che ospitava 100 persone al 31/12/24; un piccolo numero di donne, 42 al 31/12/24, ospitate in una sezione femminile del carcere Montorio di Verona e il carcere di Belluno che ha uno specifico reparto dedicato alle donne trans nella sezione maschile, in numero molto ridotto, cioè 11 secondo il dato rilevato dall'associazione Antigone il 9 aprile 2025.

Sia l'Associazione Antigone, che l'Unione delle Camere Penali Italiane (U.C.P.I.) effettuano periodicamente visite nelle carceri italiane.

3.1.1. La casa di reclusione della Giudecca (Venezia)

Secondo quanto rilevato dall'ultima visita dell'Associazione Antigone, effettuata il 9/7/24, e dalla visita effettuata il 24/3/25 da una delegazione dell'Osservatorio Carcere dell'U.C.P.I. (Unione delle Camere Penali Italiane), del Consiglio Direttivo e della Commissione Carcere della Camera Penale Veneziana, la Casa di Reclusione femminile di Venezia, che è una delle pochissime carceri italiane esclusivamente femminili, è un istituto di pena antico (risalente al XVI secolo) ma ben tenuto sia a livello strutturale che igienico. Pur non soffrendo storicamente di sovraffollamento (tasso al momento della visita: 85,7%), nei mesi precedenti le rilevazioni ha registrato un certo aumento di presenze a causa dello sfollamento di altri istituti femminili, generando tensioni interne. Al momento della visita di Antigone erano presenti 96 detenute, su 112 posti regolamentari, di cui il 53,1% di straniere e l'83% con condanna definitiva; tra i dati storici forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (agosto 2025 - giugno 2026), le presenze hanno

oscillato tra le 88 e le 98 unità.

Per quanto riguarda gli spazi detentivi, l'istituto, tutto di media sicurezza, è composto da una sezione ordinaria per donne detenute con posizione giuridica mista; una sezione per internate (vicina all'infermeria, circa 20 posti); un ICAM che ospita donne detenute insieme ai loro bambini (12 posti) e una sezione semilibere e dimittende.

Nella sezione ordinaria vi sono celle che vanno dai 4 posti ai 9-10. Le celle sono tutte ampie (infatti non vi sono letti a castello) e luminose, dotate di bagno in un vano annesso, con doccia e bidet. In tutte le celle visitate sono garantiti 3 mq calpestabili per persona. Sono tutte dotate di riscaldamento funzionante e di acqua calda. Vi è un grande tavolo dove le donne detenute possono mangiare insieme. Le celle non sono particolarmente personalizzate e l'elevato numero di brande all'interno di ciascuna è causa di tensioni per la difficoltà di "coabitazione": solo l'accurata pulizia assicurata dalle detenute rende sufficientemente vivibile una costruzione assai datata.

La sezione ICAM si sviluppa su due piani, dove il secondo ospita le 6 stanze doppie (ma la presenza di letti inutilizzati è in realtà maggiore), ampie e pulite, tutte con bidet e vasca da bagno per poter lavare i bambini.

Per quanto riguarda le aree comuni, la sezione ordinaria include una biblioteca (usata come sala comune e dotata di pianoforte), una sala teatro/yoga, una chiesa di alto valore artistico, due aule scolastiche, un'aula computer, una palestra attrezzata e una sartoria. Manca un luogo di culto per fedi non cattoliche.

Il cuore dell'edificio è un grande cortile interno usato per i passeggi, concatenato con un altro cortile più piccolo, con pavimentazione originale, porticato e tre pozzi alla veneziana. Vi sono alcune panchine, una rete da pallavolo e un canestro. Vi è un'area verde con qualche gioco per bambini, curata e utilizzata per i colloqui con i familiari. A lato del cortile interno è presente un ampio orto coltivato dalle detenute. Adiacente si trova il giardinetto dell'ICAM, anch'esso curato e con alcuni giochi.

Per le attività lavorative, ci sono 20 lavoratrici esterne e 15 interne. Inoltre 28 detenute beneficiano dell'Art. 21 per movimentazioni interne ed esterne.

Una delle pesanti criticità della struttura è il suo isolamento, in quanto appunto il carcere è ubicato in una piccola isola della laguna di Venezia; tale posizione disagiata rende difficili i colloqui fisici con i familiari (spesso limitati a chiamate/videochiamate) e crea forti problemi di spaesamento per le donne al momento della scarcerazione. Inoltre ciò comporta un elevato turnover della Polizia Penitenziaria: il ricambio degli agenti è molto alto. L'organico del personale di sicurezza, secondo quanto emerso nella visita dell'U.C.P.I è

composto da 102 agenti di cui 93 in effettivo servizio a fronte di una pianta organica prevista di 116 unità. La Direttrice, nel corso di tale visita, ha evidenziato come il personale di polizia penitenziaria sia molto giovane e, quindi, con poca esperienza, oltre all'elevato turnover (la permanenza è in media 1/2 anni) che impedisce una familiarizzazione con il funzionamento della struttura. Inoltre, non v'è nessun graduato oltre alla Comandante. Gli educatori presenti, nominalmente, sono 5, di cui solo 3 però effettivi. È prevista la presenza di un mediatore culturale.

La situazione sanitaria vede la presenza di un medico 24/24, anche qui con un forte turnover del personale; non così le infermiere, che sono presenti solo in orario diurno.

La Ginecologa visita ogni 15 giorni, e si effettua la prevenzione oncologica femminile; l'odontoiatra effettua assistenza una volta alla settimana con stanza e strumentazione dedicata. In caso di esigenza di visite specialistiche, queste sono effettuate presso l'Ospedale previa richiesta, con tempi di smaltimento più rapidi che nell'ordinario servizio C.U.P. All'interno dell'I.C.A.M. sono svolte le visite pediatriche a richiesta, in una saletta dedicata.

Quanto al personale del S.E.R.D., questo si reca in visita solamente una o due volte al mese. Ciò a fronte di un numero di pazienti pari a 15, di cui 6 detenute in terapia metadonica, con evidenti problemi di gestione del percorso trattamentale.

Non ci sono pazienti affette da epatite C, ma 2 sono affette da H.I.V.

Quanto all'assistenza psicologica in istituto, questa avviene circa una volta alla settimana, accessibile su domanda preventivamente vagliata dal medico. Lo psichiatra visita una volta a settimana. Non esiste un reparto di salute mentale, ma si registrano 10 diagnosi psichiatriche gravi, 2 persone in attesa di REMS, 80 che fanno uso regolare di sedativi o ipnotici e 10 che assumono stabilizzanti dell'umore, antipsicotici o antidepressivi.

Nel 2023 e 2024 non si sono verificati casi di suicidio né tra detenute né tra agenti della Polizia Penitenziaria. I tentativi di suicidio sono rari, secondo la Comandante, per lo più strumentali e agiti da persone molto problematiche. In un caso, anche quale atto di emulazione. Analogamente, si riscontrano rarissimi eventi di autolesionismo.

Medici e infermieri vengono regolarmente convocati al gruppo osservazione e trattamento e nelle riunioni di equipe trattamentale, ma generalmente non vi prendono parte: un ulteriore negativo segnale della frizione attuale nei rapporti tra Amministrazione e Area Sanitaria.

Come detto, la quasi totalità di questi dati è stata fornita a voce dal personale sanitario

nel colloquio con la delegazione e alla presenza della Comandante.

3.1.2 La casa circondariale Montorio (Verona)

La Casa Circondariale di Verona Montorio è stata inaugurata il 1° aprile 1995; prima di allora i detenuti erano ristretti presso il carcere de "Il Campone", ex caserma di fanteria austriaca sita in via del Fante. E' formata da 5 sezioni maschili, 1 femminile e 1 articolazione per la salute mentale.

Secondo quanto rilevato dall'ultima visita dell'Associazione Antigone, effettuata il 7/4/25, vive una grave situazione di sovraffollamento, più critica nelle sezioni maschili, che si ripercuote sistematicamente sulla dignità delle condizioni di vita della popolazione detenuta. A questo si somma la scarsa manutenzione della struttura: vetri rotti, areazione limitata, e sporcizia di alcune sezioni che si traducono in pessima vivibilità quotidiana degli spazi del carcere.

La struttura è ampia e comprende vari blocchi, i due principali riguardano l'area detentiva maschile e l'area detentiva femminile. La maggior parte delle sezioni del carcere maschile andrebbero ristrutturate, sono ancora presenti infatti sezioni con docce comuni e zona cucina all'interno del bagno della cella. Ampie sono le zone detentive coperte da muffa e da periodici problemi con la rete idraulica e quella elettrica. Il primo piano del carcere femminile è attualmente in fase di ristrutturazione, ma dove i lavori sono stati completati vi è l'integrazione delle docce nelle celle, dettonando un miglioramento rispetto all'ultima visita dove emergeva la presenza di docce comuni in sezione. Ci sono diverse celle inagibili per ristrutturazione non sempre avviata, nonché zone dell'istituto compromesse a causa di alcune azioni di protesta poste in essere da alcuni gruppi di detenuti.

Vi sono differenze anche notevoli tra le sezioni visitate. Le celle visitate nelle sezioni maschili sono tutte caratterizzate da una scarsa cura e igiene nello spazio, soprattutto dei servizi igienici e sono lontane dal rispettare il parametro minimo di 3 m² calpestabili, anche a causa del numero di persone ad esse assegnate (2/3 di media) e della superficie resa non calpestabile dal "mobilio", fissato a terra, e dunque non ricollocabile, e dagli oggetti personali dei detenuti, senza spazio idoneo ad essere riposti. Vi è in generale scarsa areazione, poca luce e sporcizia sia a terra che sulle pareti. Si riscontra forte presenza di muffa, sui soffitti di docce e bagni così come nelle celle, e di incrostazioni sui servizi. Le docce comuni in una delle sezioni hanno vetri rotti, alcune docce con acqua a bassissima

pressione, canali di scarico scoperti, rotti e inquinati da materiali vari, divisori inconsistenti. Le celle delle sezioni femminili visitate risultano migliori poiché recentemente risistemate e meno sotto pressione di affollamento, soprattutto per quanto riguarda i bagni. Sia nel maschile che nel femminile il fornello per cucinare si trova in bagno vicino ai servizi.

Gli spazi detentivi dedicati alle donne, risultano molto più curati e ordinati rispetto alle sezioni maschili. All'ingresso, superata l'area della scuola, non unicamente femminile, anche se nella stessa struttura, troviamo un lungo corridoio, in cui prevalgono i colori del verde (colore delle porte delle celle), viola e bianco sui muri. E' presente una cella più ampia destinata a persone con disabilità, attualmente deputata ad una persona. I bagni delle celle femminili sono state da poco risistemati e sono in condizioni notevolmente migliori rispetto a quelli maschili, seppure i "fornelli" si trovino comunque vicino ai servizi. Le celle hanno la stessa dimensione di quelle maschili e non subiscono la stessa pressione dovuta al sovraffollamento. In generale la manutenzione appare decente.

L'area comune è una sala quadrata con all'interno: un solo divano a due posti, alcuni tavoli non fissati a terra con diverse sedie in plastica. Nell'area comune sono presenti anche due phon e tre piastre e un posacenere utilizzato all'interno. La stanza risulta ben illuminata dalle diverse finestre sulle pareti. Sono presenti inoltre due frigoriferi (regalati alla struttura) e un congelatore. Le celle nell'area femminile sono aperte dalle ore 9 alle ore 21, con una biblioteca sempre aperta. Le aule per l'attività scolastica si trovano nella stessa struttura, ma al piano di sotto, e non sono ad uso misto, ma spesso non contemporaneo.

Sono presenti al momento della visita 45 donne, di cui 16 straniere, su una capienza regolamentare di 36.

3.1.3 La casa circondariale di Belluno

La Casa Circondariale di Belluno è un istituto maschile che ospita al suo interno una sezione per donne transgender; al momento della visita di Antigone del 9/4/25 le persone transgender ospitate erano 11 su una capienza di 16.

L'edificio, costruito nella prima metà del '900, è stato ristrutturato nella maggior parte dei suoi spazi; restano, però, molto angusti gli spazi comuni interni ed esterni. La sezione per donne transgender è articolata su due piani. L'area detentiva è al piano superiore mentre

al piano terra vi è una saletta per la socialità. In generale, viene segnalato che le condizioni igieniche dell'istituto e anche della sezione per donne transgender sono pessime. Ogni sezione ha un'area passeggi ad uso esclusivo. Le aree esterne sono tutte cementate e ristrette, mentre non vi sono aree verdi. Nel mezzo tra le sezioni dell'istituto vi è poi una sala polivalente, molto grande, usata sia dagli uomini che dalle donne transgender. In alcune rare occasioni, infatti, tutte le persone detenute a Belluno si incontrano nella sala polivalente per svolgere attività in comune.

Vi è un corposo gruppo di detenuti cosiddetti ordinari, un piccolo gruppo di donne trans - che vive in uno stato di cronico isolamento e scarsa socialità - e un piccolo gruppo di detenuti protetti ("promiscui") che vive altresì una situazione di isolamento architettonico e trattamentale. Nonostante le diffuse criticità strutturali, l'area trattamentale opera da anni in stretta comunicazione con il territorio. Ciò ha portato ad avere all'interno dell'istituto una buona offerta lavorativa tramite commesse da cooperative esterne (perlopiù lavori di assemblaggio semplice) che vede impiegato un numero di detenuti che supera la media nazionale.

3.2 La salute in carcere in Veneto

Con la deliberazione della giunta regionale n. 1669 del 29 novembre 2021 si ha l'approvazione del documento "Linee di indirizzo regionali di organizzazione e degli standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti penitenziari". In tale documento si sottolinea il ruolo strategico e l'assetto organizzativo delle Unità Operative U.U.O.O. Salute in carcere (precedentemente denominate Unità Operative di Sanità penitenziaria) all'interno del Servizio Sanitario Regionale del Veneto. L'obiettivo primario di tali strutture è assicurare alla popolazione detenuta la piena erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), comprendendo attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sia di medicina generale sia specialistica, affinché alle persone ristrette sia garantita una qualità di assistenza del tutto equivalente a quella fornita ai cittadini in stato di libertà, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza, appropriatezza e sicurezza clinica.

Integrata nei servizi sanitari territoriali all'interno dei Distretti, la sanità penitenziaria si fonda sulla disciplina dettata dalla Legge Regionale n. 48 del 2018 (Piano socio-sanitario regionale 2019-2023). Questa normativa impone una gestione unitaria delle attività socio-sanitarie carcerarie da attuarsi mediante una stretta cooperazione interistituzionale tra la rete sanitaria, l'Amministrazione penitenziaria, la Magistratura e il Centro di Giustizia

minorile. Sul piano operativo, la continuità assistenziale comprende la gestione delle emergenze-urgenze, le prestazioni infermieristiche, la fornitura di farmaci e presidi e i servizi per le dipendenze, operando in costante raccordo con i Dipartimenti di Salute Mentale, delle Dipendenze, di Prevenzione, i Distretti e i presidi ospedalieri.

Dal punto di vista istituzionale, ogni servizio sanitario interno agli istituti si configura come un'Unità Operativa dotata di autonomia tecnica, funzionale e gestionale. La complessità e la strutturazione di ciascuna Unità sono stabilite dai singoli atti aziendali delle ULSS in modo proporzionale ai volumi di prestazioni richiesti. Le nuove linee di indirizzo regionali, ponendosi in continuità con la DGR n. 1529 del 2015, stabiliscono standard omogenei di personale ed elementi organizzativi validi per tutto il territorio. Questo intervento punta a superare definitivamente la frammentazione e la disomogeneità strutturali ereditate dalla precedente gestione del Ministero della Giustizia prima del passaggio di competenze al Servizio Sanitario Nazionale, ottenendo un netto innalzamento della qualità delle cure senza determinare ulteriori costi per il sistema sanitario regionale.

Nello specifico, la riorganizzazione definita dal documento rafforza il ruolo delle UU.OO. Salute in carcere nelle ULSS attraverso azioni mirate: l'incremento dell'attività infermieristica, la garanzia della continuità assistenziale medica h24 in tutti gli istituti della regione, l'inserimento stabile dello psicologo nelle équipe multidisciplinari e il riorientamento dell'offerta specialistica in base ai bisogni reali della popolazione detenuta. Inoltre, il modello prevede la creazione di sezioni cliniche dedicate alle patologie croniche e un'articolazione della rete assistenziale basata su una progressiva gradazione dell'intensità di cura, fermi restando gli accordi già vigenti con i Servizi per le Dipendenze (SerD) operanti negli istituti.

«La rete regionale dei servizi sanitari in carcere viene articolata, in base alle indicazioni dell'accordo della *Conferenza Unificata del 22 gennaio 2015* (recepito con DGR n. 1529 del 03 novembre 2015), su due livelli secondo un sistema di *hub* e *spoke*.

Il primo livello (*hub*) è costituito dal servizio medico multi-professionale integrato che è in grado di assicurare un servizio medico di base e specialistico capace di erogare, quando necessario, anche prestazioni a elevata intensità di cura. Esso è presente presso gli Istituti penitenziari di grandi dimensioni.

Il secondo livello (*spoke*) è costituito dal servizio medico e specialistico di base. Esso è presente presso gli Istituti penitenziari di medie e piccole dimensioni.

La continuità medica assistenziale è assicurata h 24 sia a livello degli *hub* che degli *spoke*. Le UU.OO. Salute in carcere garantiscono le attività assistenziali sulla base delle

evidenze scientifiche e di specifici percorsi diagnostico clinico assistenziali (PDTA) nel rispetto dei criteri di appropriatezza, efficienza e sicurezza clinica.

Le UU.OO. di Salute in carcere che garantiscono il servizio medico multi-professionale integrato (*hub*) sono presenti presso l'Azienda ULSS 3 Serenissima, l'Azienda ULSS 6 Euganea, l'Azienda ULSS 8 Berica e l'Azienda ULSS 9 Scaligera e si articolano come Unità operative complesse (UOC) mentre quelle che garantiscono il servizio medico di base (*spoke*) sono presenti presso l'Azienda ULSS 1 Dolomiti, l'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana e l'Azienda ULSS 5 Polesana e si articolano come Unità operative semplici a valenza dipartimentale (UOSD).

[...] Gli *hub* includono nella loro organizzazione una sezione di assistenza sanitaria intensiva (SAI) per la gestione delle patologie croniche.

Il servizio medico multidisciplinare professionale integrato è garantito presso la Casa di Reclusione di Padova, la Casa Circondariale di Vicenza, la Casa Circondariale di Verona e la Casa di Reclusione Femminile di Venezia (in quest'ultima per la specificità dei compiti assistenziali svolti).

Le funzioni del servizio medico multi-professionale (*hub*) sono quelle di garantire:

- l'accoglienza e la valutazione dei bisogni sanitari delle persone nuove giunte;
- l'assistenza sanitaria primaria e specialistica multi-professionale;
- la gestione delle patologie croniche anche "complesse";
- la gestione dell'emergenza-urgenza;
- la continuità assistenziale.

[...] Il servizio medico di base (*spoke*) è garantito presso: la Casa Circondariale di Belluno, la Casa Circondariale di Padova, la Casa di Reclusione di Rovigo, la Casa Circondariale di Treviso, l'Istituto penale per minori di Treviso, la Casa di Reclusione di Venezia e la Casa Circondariale di Venezia.

Le funzioni del servizio medico di base sono quelle di garantire:

- l'accoglienza delle persone nuove giunte;
- l'assistenza primaria e specialistica di base;
- la gestione della cronicità non complicata;
- la gestione dell'emergenza-urgenza;
- la continuità assistenziale».

Agli *hub* spettano, pertanto, la gestione di un elevato carico assistenziale e dei casi con importante complessità clinica. Agli *hub* faranno inoltre riferimento, secondo i criteri di appropriatezza clinica, anche le persone detenute che presentano un elevato carico di

patologia presenti all'interno degli spoke; per quanto attiene alla detenzione femminile, all'hub dell'Azienda ULSS 3 Serenissima farà riferimento la sezione femminile dell'Istituto penitenziario dell'Azienda ULSS 9 Scaligera.

Gli standard dei servizi multi-disciplinari integrati (*hub*) per la Casa di Reclusione Femminile di Venezia sono:

Personale medico di base	
Medico (Dirigente medico o SAI)	1 unità
Medici di guardia (medici di continuità assistenziale)	Servizio h 24
Personale infermieristico	
Coordinatore infermieristico	1 unità
Infermieri	4 unità
Personale sanitario specialistico	
Medico infettivologo	1h /sett
Medico psichiatra	6h/sett
Medico odontoiatra	3h/sett
Medico internista	3h/sett
Medico ginecologico	2h/sett
Medico pediatra	2h/sett
Medico radiologo	2h/sett
Psicologo psicoterapeuta	4h/sett

Nel 2025 è stata pubblicata la “Relazione Socio Sanitaria della regione Veneto”, nella quale si sostiene che «La Regione del Veneto a seguito del DPCM del 1° aprile 2008 ha compiuto importanti azioni per integrare le attività della salute in carcere con la rete assistenziale territoriale e ospedaliera, soprattutto in termini di efficienza e sicurezza clinica. Sono stati portati avanti i monitoraggi regionali previsti, ampliando i dati raccolti per includere anche aspetti legati al personale, alla telemedicina, alle prestazioni specialistiche, alle patologie internistiche e psichiatriche e alle incompatibilità. La DGR 1669/21 ha definito i modelli organizzativi delle Unità operative per la tutela della salute delle persone con limitazione della libertà presso le Aziende ULSS sedi degli Istituti penitenziari e ha definito gli standard di personale. Il modello organizzativo delle predette Unità operative si basa su un sistema hub e spoke e su équipe multidisciplinari integrate

con la medicina distrettuale e la rete ospedaliera.

L'attuale configurazione della rete veneta per la salute in carcere è articolata dai servizi medici specialistici multi-professionali integrati (hub) e dai servizi medici di base (spoke); dalle sezioni ad attività assistenziale specialistica: sezione di Osservazione Psichiatrica (ROP), sezione Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM), sezione a custodia attenuata per detenuti alcol tossicodipendenti (ICAT), Sezione di Assistenza Intensiva (SAI) in medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale per patologie ortopediche; dai reparti ospedalieri protetti.

Nel 2024 è continuata l'attività di interlocuzione con le UU.OO. Tutela della salute delle persone con limitazione della libertà delle Aziende ULSS per le attività di monitoraggio dell'erogazione dei LEA, dei PTDA e per il miglioramento dei percorsi clinico assistenziali.

Presso gli Istituti penitenziari della Regione Veneto la presenza delle persone detenute al 31/12/2024 è di 2.747 soggetti di cui 25 minorenni, con un elevato indice di sovraffollamento. Le persone detenute presentano una significativa prevalenza di patologie croniche, psichiatriche e di dipendenza patologica.

In molte realtà penitenziarie si è lavorato per rendere più efficiente la rete internet, i sistemi informatici e per potenziare l'utilizzo delle cartelle informatizzate. In diversi Istituti Penitenziari è stato implementato l'utilizzo della telemedicina. Anche questo ambito è interessato dalla diffusa carenza di personale: le Aziende ULSS nel corso del 2024 hanno continuato il percorso di ricerca, assunzione e stabilizzazione dei dipendenti.

La Commissione Tecnica Regionale Farmaci (ex DGR 1462/2023) nella seduta del 14 febbraio 2024 ha redatto le Raccomandazioni per le prescrizioni farmacologiche e indicazioni per la definizione dei prontuari terapeutici aziendali rivolti agli istituti penitenziari del Veneto. Tali procedure sono atte anche a ridurre il misuse e la diversione di farmaci, armonizzando le prescrizioni tra i vari Istituti Penitenziari anche al fine di facilitare gli eventuali trasferimenti di soggetti detenuti tra gli Istituti Penitenziari della Regione».

In numeri: 1151 detenuti con patologia cronica (il 42%); 727 detenuti con patologia psichiatrica (il 26%) e 528 (il 19%) detenuti consumatori di sostanze. Non vengono forniti in tale relazione dati disaggregati per genere.

3.3 Sanità penitenziaria in Veneto: intervista alla referente regionale

Come ultimo tassello di questo lavoro ho avuto l'onore di intervistare una testimone privilegiata della situazione della sanità penitenziaria in Veneto, la Dott.ssa Gemma Capano - Direttore del Dipartimento Salute mentale e Sanità penitenziaria della Direzione Programmazione Sanitaria della Regione Veneto.

Nel corso dell'intervista sono stati affrontati diversi temi, tra i quali la situazione generale della sanità penitenziaria nella nostra regione, con riguardo all'effettuazione di screening specifici per le donne e alle patologie più diffuse nell'ambiente carcerario, l'ambito della salute mentale e l'assunzione di psicofarmaci, gli eventi di autolesionismo specificatamente nelle carceri femminili e, infine, si è parlato di come i fattori organizzativi propri del carcere possano incidere sull'operato del personale sanitario.

Dall'intervista emerge come la dimensione ridotta della popolazione carceraria femminile a livello nazionale, come anche a livello regionale - rappresentata in Veneto dall'istituto della Giudecca e da una piccola sezione femminile nel penitenziario maschile, come a Verona - generi una sorta di "effetto neutralizzazione" nei protocolli di cura, tarati quasi esclusivamente sul modello maschile; il sistema sconta dunque una generale assenza di dati disaggregati per genere.

Emerge comunque la presenza di eccellenze territoriali, per esempio nei percorsi di reinserimento lavorativo (es. la sartoria e l'artigianato alla Giudecca) e la presenza dell'ICAM per le madri e le detenute gestanti.

Per quanto attiene alla situazione generale della sanità penitenziaria in Veneto, la dottoressa assicura che i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono garantiti negli istituti della regione, grazie alla copertura medica e infermieristica, come anche gli screening di carattere ginecologico, mentre sottolinea che la fruizione delle prestazioni specialistiche esterne, come la senologia o l'oncologia, o gli screening mammografici, rimangono fortemente subordinati alla disponibilità del personale di Polizia Penitenziaria ed alle complesse dinamiche del trasporto delle detenute, esacerbate dall'ubicazione insulare della Giudecca.

Sul profilo della salute mentale, emerge che l'incidenza delle patologie psichiatriche e delle dipendenze nelle donne non supera quella riscontrata tra gli uomini, o nella popolazione carceraria totale; per esempio, nel 2025 nel carcere della Giudecca si segnalano 19 donne con diagnosi di tossicodipendenza, 11 consumatrici di sostanze, due detenute con diagnosi di alcol dipendenza, nessuna con dipendenza comportamentale da

gioco e 10 ritenute tossicodipendenti con comorbidità psichiatrica. Confrontando questi dati con quelli a livello regionale della popolazione libera non evidenziano un'incidenza maggiore.

In riferimento a patologie organiche non emergono specificità femminili rilevanti (la dottoressa smentisce le notizie uscite sui giornali nel mese di luglio su focolai di tubercolosi nel carcere di Verona). L'assistenza principale che viene svolta negli istituti penitenziari è quella odontoiatrica.

Sull'incidenza di fattori organizzativi propri del carcere sull'operato del personale sanitario:

«È un dialogo molto difficile perché il retroterra nell'area sanitaria e nell'area penitenziaria non è lo stesso, e c'è quindi una difficoltà anche di linguaggio e di comprensione. Poi metta anche che il sistema penitenziario si rifà comunque a quella che è la struttura del Ministero della Giustizia, per cui, come dire, altri dettami, altre regole, spesso proprio anche altri obiettivi rispetto all'area sanitaria, per cui il dialogo sì, è difficile, glielo confermo; non penso sia una difficoltà solo della nostra regione, penso sia un po' una problematica comune e questo si riflette anche nell'operatività, è chiaro».

Esiste dunque una divergenza strutturale tra gli obiettivi di cura dell'area sanitaria e le esigenze di sicurezza del Ministero della Giustizia, aggravata dal sottodimensionamento del personale penitenziario e dal sovraffollamento delle carceri.

La gestione delle terapie farmacologiche è un altro dei nodi critici che emerge negli istituti penitenziari: la dottoressa infatti conferma che è indubbio che tra la popolazione detenuta si riscontrino condotte finalizzate all'ottenimento di benefici secondari; vi è una frequente richiesta di prescrizioni farmacologiche che vanno al di là dell'effettiva necessità terapeutica; e, se da un lato, questo fenomeno è sintomo di un profondo disagio psicologico, dall'altro si intreccia con le dinamiche interne all'istituto, quali il mercato nero e l'uso improprio di sostanze. Questa situazione genera una forte pressione sia sul personale di polizia penitenziaria sia sulle figure sanitarie. Far convivere il diritto alla salute e le esigenze di cura con le rigide istanze di sicurezza e custodia rappresenta una delle sfide più complesse, alimentando un confronto spesso problematico tra i due ambiti.

Sul tema della salute mentale, la dottoressa afferma che in ambito psichiatrico si riproducono le medesime dinamiche riscontrabili nella popolazione generale, e cioè che negli uomini prevalgono l'impulsività e i disturbi esternalizzanti del comportamento, mentre nella popolazione femminile si osservano prevalentemente difficoltà di adattamento e sofferenze legate spesso alla sfera affettiva.

Arrivando ad accennare a situazioni critiche la Dottoressa, pur non disponendo di un riscontro statistico puntuale, afferma che in ambito femminile gli episodi di autolesionismo, che talvolta si presentano, assumono spesso una matrice dimostrativa o di protesta; mentre l'autolesionismo maschile presenta tassi decisamente superiori rispetto alla popolazione generale esterna: ciò può essere riconducibile al profondo disagio della vita carceraria, ma anche alla ricerca di vantaggi secondari. Il fenomeno suicidario in carcere, al contrario, è condizionato da una pluralità di fattori e variabili individuali che rendono azzardata qualsiasi generalizzazione, specialmente su scala regionale dove i numeri sono ridotti.

Infine sulle risorse legate alla sanità penitenziaria emerge che si tratta di un fondo nazionale ripartito tra le regioni; la regione ha la possibilità di integrare, per esempio a Padova nel carcere maschile, c'è una sezione che riguarda i detenuti tossicodipendenti che ha personale suppletivo, remunerato dalla regione. Oppure nell'ICAM della Giudecca si fanno molti progetti sociali con l'apporto di molte persone, per le quali c'è il contributo della regione. Dunque la Regione, anche con il contributo della Cassa delle Ammende sostiene progetti sociali e di reinserimento tramite la rete del Terzo Settore.

Riflessioni conclusive

Il percorso sviluppato in questo lavoro ha cercato di mettere in luce come la condizione detentiva travalichi la mera privazione della libertà personale, configurandosi come un'esperienza complessa, capace di incidere profondamente sull'identità, sull'autonomia, sulle relazioni e sulla salute delle persone che la vivono. In questa prospettiva, guardare al carcere attraverso una prospettiva di genere significa non limitarsi all'esame delle condizioni materiali della detenzione, ma anche analizzare criticamente le modalità con cui l'istituzione penitenziaria riconosce, o non riconosce, le specifiche peculiarità di uomini e donne.

Lo studio dei processi di spersonalizzazione, minorazione, infantilizzazione e prigionizzazione ha mostrato come il carcere possa favorire una progressiva erosione dell'autonomia personale e della percezione di sé. La persona detenuta si trova immersa in una cornice procedurale estremamente rigida, nella quale anche azioni appartenenti alla quotidianità e normalmente affidate all'autodeterminazione individuale vengono subordinate all'autorizzazione dell'istituzione.

Emerge così un chiaro paradosso: mentre la pena dovrebbe tendere, secondo il dettato costituzionale, alla rieducazione e al reinserimento sociale, la prassi operativa rischia di generare o alimentare dipendenza, passività e atrofizzazione della capacità decisionale.

L'adeguamento al processo di prigionizzazione può quindi diventare uno strumento difensivo indispensabile per la sopravvivenza all'interno dell'istituzione, trasformandosi, tuttavia, in un grave impedimento nel momento del ritorno alla vita libera.

Tali dinamiche risultano ancora più significative nell'universo femminile. La letteratura analizzata evidenzia infatti come la pena detentiva per le donne si articoli all'interno di un modello storicamente concepito e strutturato intorno alla popolazione maschile. L'esiguità numerica della popolazione carceraria femminile ne ha determinato una sorta di invisibilità, rendendo meno evidente la necessità di costruire risposte specificamente orientate ai bisogni specifici delle donne. Il diritto alla salute costituisce uno dei settori in cui questa marginalizzazione appare con maggiore chiarezza: occuparsi della salute delle donne detenute significa infatti considerare contemporaneamente la dimensione biologica, psicologica, relazionale, affettiva e sociale dell'esperienza detentiva e prenderne in considerazione specifiche forme di sofferenza. Infatti nel contesto penitenziario la salute non è più solamente una questione medica, per trasformarsi nel terreno in cui il corpo

somatizza il trauma della reclusione. La sofferenza emotiva, l'ansia e la perdita di autodeterminazione si riflettono sull'organismo, manifestandosi attraverso disturbi ginecologici, digestivi, dermatologici e più in generale sistemici, spesso aggravati da carenze strutturali delle carceri.

A questo quadro si aggiungono i cambiamenti avvenuti nel tempo per quanto riguarda le modalità di controllo all'interno del carcere; oggi, infatti, la sofferenza detentiva si manifesta sempre meno attraverso la brutalità fisica e sempre più attraverso una forma di controllo più sottile e opprimente, anche definita come *tightness*. Questo sistema si fonda su un clima di perenne incertezza, in cui ogni spazio di autonomia, ogni beneficio o misura alternativa è subordinato a valutazioni disciplinari spesso poco trasparenti e legate ad un sistema premiale. La poca chiarezza sulle regole, sia formali sia informali, insieme ai lunghi tempi di attesa per ottenere risposte, aumenta il senso di impotenza e di abbandono. Di conseguenza, la vita quotidiana rischia di trasformarsi in un tempo vuoto e poco produttivo, anche perché le opportunità di lavoro e le attività trattamentali sono spesso limitate, poco qualificanti o legate a tradizionali stereotipi di genere. Tutto questo incide pesantemente sulla gestione degli affetti, in particolare nel legame con i figli, dove la separazione coatta genera laceranti sensi di colpa e il timore della perdita della genitorialità. Di fronte all'impossibilità di comunicare con un'amministrazione percepita come sorda, il corpo rimane talvolta l'ultimo strumento di espressione e di protesta: gesti come l'autolesionismo diventano così sia una strategia estrema per forzare un'interlocuzione con le figure istituzionali, sia un canale di sfogo per una rabbia e un dolore altrimenti ingovernabili.

A livello territoriale, l'analisi della sanità penitenziaria in Veneto conferma ed esemplifica le criticità generali emerse nel quadro nazionale. A fronte di un quadro normativo e organizzativo formale improntato al modello 'hub e spoke', fondato sull'integrazione con i servizi territoriali e ospedalieri, con l'obiettivo di garantire alle persone private della libertà personale livelli di assistenza equivalenti a quelli della popolazione libera, l'osservazione delle realtà detentive femminili mostra come l'effettiva fruizione delle prestazioni sanitarie possa essere condizionata da fattori esterni alla dimensione medica, come la disponibilità di personale, le dinamiche organizzative interne alle strutture detentive, la logistica dei trasferimenti e le limitazioni infrastrutturali degli edifici.

L'intervista alla referente regionale della sanità penitenziaria mette in luce come la ridotta presenza numerica della componente femminile all'interno della popolazione

carceraria possa produrre un vero e proprio “effetto di neutralizzazione” e i protocolli di cura rischiano di essere costruiti prevalentemente sul modello maschile; inoltre l’assenza di rilevazioni statistiche disaggregate per genere rende più difficile individuare bisogni, differenze e vulnerabilità peculiari dell’utenza femminile.

Questo non significa che nel sistema veneto manchino attenzioni rivolte alla salute delle donne ristrette; infatti l’attivazione di programmi di screening ginecologico, l’operatività degli Istituti a Custodia Attenuata per Madri (ICAM) e taluni percorsi di reinserimento socio-lavorativo costituiscono tangibili risposte strutturali a specifiche istanze di genere. Tuttavia, una reale medicina penitenziaria di genere non può esaurirsi nella disponibilità della ginecologia o degli screening rivolti alla salute riproduttiva.

Dall’intervista effettuata emerge come, pur essendo teoricamente garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza e gli screening ginecologici di base nel contesto carcerario veneto, la fruizione di prestazioni specialistiche esterne resti fortemente legato a logiche che hanno a che fare con il sistema di custodia e controllo: l’accesso alle cure rimane spesso subordinato, infatti, alla disponibilità di Polizia Penitenziaria per le scorte e alle complesse dinamiche di trasporto, amplificate dall’isolamento geografico del carcere della Giudecca. Ciò mette ancora una volta in evidenza la profonda divergenza tra gli obiettivi di tutela della salute propri dell’area sanitaria e le priorità di sicurezza e controllo proprie dell’area penitenziaria, aree che si esprimono con linguaggi molto diversi. La gestione della salute mentale e della somministrazione dei farmaci si inserisce in tale contesto; il consistente ricorso a terapie psicofarmacologiche si attesta in un’area al confine tra autentica necessità clinica, manifestazioni di sofferenza emotivo-adattiva e affettiva, più tipiche del vissuto femminile, e perseguimento di vantaggi secondari legati al contesto detentivo. In questo quadro complesso emerso nell’intervista, la sostenibilità dell’assistenza sanitaria e il reinserimento sociale riescono a trovare risposte efficaci solo dove la Regione e il Terzo Settore riescono a integrare le risorse nazionali finanziando progetti specifici, come nel caso dell’ICAM e dei laboratori artigianali e lavorativi.

Il presente lavoro porta dunque ad individuare alcune direttrici di miglioramento: innanzitutto su un piano che potremmo definire burocratico, è necessaria una maggior produzione da parte degli organi istituzionali di dati disaggregati per genere tramite rilevazioni periodiche, dati che contengano anche una valutazione sistematica degli specifici bisogni sanitari delle donne detenute.

In secondo luogo, l’adozione della medicina di genere nel contesto penitenziario rappresenta il presupposto indispensabile per attuare un reale principio di equivalenza delle

cure e garantire il rispetto della dignità umana; la prospettiva di genere deve orientare le strategie di prevenzione, di diagnosi, di gestione della salute mentale e delle tossicodipendenze, di presa in carico delle patologie croniche, fino alla continuità delle cure dopo la scarcerazione. L'adozione di un'ottica di genere costituisce un presupposto indispensabile non per costruire una sanità "separata" per le donne, ma per rendere effettivo il principio di uguaglianza sostanziale, in quanto trattare allo stesso modo persone che vivono condizioni e bisogni differenti non vuol dire garantire equità; al contrario, riconoscere le peculiarità si rivela presupposto indispensabile per la formulazione di risposte calibrate sulle differenti istanze di cura, evitando il rischio che la ridotta consistenza numerica della popolazione femminile reclusa diventi una giustificazione per una sua ulteriore invisibilizzazione. Tutti questi accorgimenti dovrebbero essere accompagnati da un investimento sul personale e da un miglioramento delle condizioni organizzative che, come emerge dall'esperienza analizzata, possono incidere concretamente sulla possibilità di erogare le cure.

Un'ulteriore possibile direttrice di miglioramento nel panorama della detenzione femminile emerso finora dovrebbe consistere in un coerente progetto di riforma. Negli anni un punto di svolta nella disciplina penitenziaria italiana declinata in chiave di genere si è avuto con la legge 8 marzo 2001, n. 40, simbolicamente chiamata "8 marzo"; tale intervento normativo cercava di arginare la problematica della presenza dei minori all'interno delle strutture carcerarie, ponendo la maternità al centro del paradigma normativo sulla detenzione femminile. In tale contesto, la figura femminile è risultata intellegibile quasi esclusivamente nella sua veste di "corpo-matrice", e la tutela della donna è apparsa in prevalenza funzionale alla protezione del minore, secondo il principio del supremo interesse del fanciullo. È stata proprio la necessità di tutelare il bambino a determinare una deroga al rigido egualitarismo formale, giustificando la previsione di misure alternative differenziate per le madri. In tale ambito non si può non citare il Decreto Sicurezza n. 48 del 2025 che ha mutato in modo significativo quella funzione protezionistica che storicamente aveva guidato l'intervento del 2001, riaffermando la centralità della risposta sanzionatoria e riducendo dunque gli spazi di tutela automatica legati alla condizione materna.

Tuttavia la condizione della donna detenuta esprime peculiarità fisiche, psicologiche e igienico-sanitarie ben più ampie, che richiedono un superamento di aspetti quali la gravidanza e la maternità che sembrerebbero rappresentare gli unici tratti distintivi delle donne ristrette. Oltrepassare tale visione riduttiva significa riprogettare gli spazi detentivi

tramite la creazione di carceri, sezioni, e contesti comunitari più adatti alla natura femminile e più attente alle esigenze e ai bisogni peculiari delle donne; senza dimenticare la formazione di operatori che sappiano cogliere il più possibile la loro complessa soggettività, che cerchino di gestire le loro difficoltà di adattamento, favorendo un effettivo percorso di rieducazione e reinserimento sociale.

Bibliografia

- Associazione Antigone. (2023). *Dalla parte di Antigone: Primo rapporto sulle donne detenute in Italia*.
- Associazione Antigone. (2024). *Nodo alla gola: XXI Rapporto sulle condizioni di detenzione in Italia*.
- Associazione Antigone. (2024, 9 luglio). *Rapporto di visita presso la Casa di Reclusione Femminile di Venezia Giudecca*.
- Associazione Antigone. (2025). *Tutto chiuso: XXII Rapporto sulle condizioni di detenzione in Italia*.
- Associazione Antigone. (2025, 7 aprile). *Rapporto di visita presso la Casa Circondariale di Verona Montorio*.
- Associazione Antigone. (2025, 9 aprile). *Rapporto di visita presso la Casa Circondariale di Belluno*.
- Bosworth, M. (2000). *Engendering resistance: Agency and power in women's prisons*. Ashgate.
- Campelli, E. Faccioli F., Giordano V., Pitch T. (1992). *Donne in carcere : ricerca sulla detenzione femminile in Italia*. Feltrinelli.
- Cavallo, S. (1980). Assistenza femminile e tutela dell'onore nella Torino del XVIII secolo. *Annali della Fondazione Luigi Einaudi*, 14, 127–155.
- Ciuffoletti, S. (2014). Le politiche legislative sulla detenzione femminile in Italia. Tra effettività e propaganda. *Studi sulla questione criminale*, (3), 47–72.
- Clemmer D. (1940), *The Prison Community*, Christopher Publishing House.
- Clemmer D. (2004), La comunità carceraria, in E. Santoro, *Carcere e società liberale*, Giappichelli, Torino.
- Clemmer, D., Wildeman, C., & Wakefield, S. (2025). *The Prison Community* (1st ed. 2025.). Palgrave Macmillan.
- Corston, J. (2007). *The Corston Report: A report by Baroness Jean Corston of a review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system*. Home Office, London.
- Crewe, B. (2011). Depth, weight, tightness: Revisiting the pains of imprisonment. *Punishment & Society*, 13(5), 509–529.
- Deliberazione della Giunta Regionale 2023, n. 1462. *Commissione Tecnica Regionale Farmaci: Raccomandazioni per le prescrizioni farmacologiche negli istituti penitenziari*. Regione del Veneto.

Deliberazione della Giunta Regionale 29 novembre 2021, n. 1669. *Linee di indirizzo regionali di organizzazione e degli standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti penitenziari*. Regione del Veneto.

Deliberazione della Giunta Regionale 3 novembre 2015, n. 1529. *Recepimento dell'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 22 gennaio 2015 sulle Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari*. Regione del Veneto.

Gandus N., Tonelli M. (2019), *Doppia pena. Il carcere delle donne. Un'indagine sulla detenzione femminile in Italia*. Mimesis Edizioni, Sesto San Giovanni (MI).

Garante Nazionale dei Diritti delle Persone Private della Libertà Personale. (2025). *Relazione al Parlamento 2025*. Roma.

Garfinkel, H. (1956). Conditions of Successful Degradation Ceremonies. *The American Journal of Sociology*, 61(5), 420–424.

Gibson, M. (2007). Ai margini della cittadinanza: le detenute dopo l'Unità italiana (1860-1915). *Storia Delle Donne : Concepire, Generare, Nascere*, 3(1), 187–202.

Gibson, M., & Bertilotti, T. (2022). *Le prigioni italiane nell'età del positivismo, 1861-1914 : Mary Gibson*. Viella.

Goffman, E. (2003). *Asylums : le istituzioni totali : i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Einaudi, Torino.

Groppi, A. (1994). *I conservatori femminili a Roma nei secoli XVI-XIX: Custodia, rieducazione e assistenza*. Viella.

Hester, S., Eglin, P. (1999). *Sociologia del crimine*. P. Manni, Lecce.

House of commons, justice committee (2013), *Women Offenders: After the Corston Report, Second Report of Session 2013-2014*, Vol. 1. The Stationery Office Limited.

ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica. (2025). *Cittadini stranieri residenti in Italia: Bilancio demografico*. ISTAT.

Legge Regionale 28 dicembre 2018, n. 48. *Piano socio-sanitario regionale 2019-2023*. Regione del Veneto.

Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. (2026). *Statistiche sulla popolazione detenuta ed ingressi dalla libertà (Dati aggiornati al 28 febbraio 2026)*.

Ministero della Giustizia. (2016). *Stati Generali sull'Esecuzione Penale: Documento finale del Comitato di esperti*. Ministero della Giustizia.

Monticelli, C. L. (2007). La nascita del carcere femminile a Roma tra XVIII e XIX secolo. *Studi storici*, 48(2), 447–476.

Neisser, U. (1977), *Cognition and Reality: Principles and Implications of Cognitive Psychology*, W.H. Freeman & Co, San Francisco.

Osservatorio Carcere U.C.P.I. & Camera Penale Veneziana. (2025, 24 marzo). *Relazione di visita alla Casa di Reclusione Femminile della Giudecca*. Unione delle Camere Penali Italiane.

Parlamento Europeo. (2008). *Risoluzione del Parlamento europeo del 13 marzo 2008 sulla situazione delle donne nelle carceri e l'impatto della carcerazione dei genitori sulla vita sociale e familiare* (2007/2116(INI)). Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea.

Pavarini, M. (2006), *La lotta per i diritti dei detenuti tra riduzionismo e abolizionismo carcerari*, in *Antigone. Quadrimestrale di critica del sistema penale e penitenziario*, 1(1), 82-96.

Quaker Council for European Affairs, & Quaker United Nations Office. (2007). *Women in prison: A review of the conditions in member states of the Council of Europe*. QCEA.

Regione del Veneto. (2025). *Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto*. Direzione Programmazione Sanitaria.

Ronconi, S., & Zuffa, G. (2023). *Recluse: Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*. (2. ed. aggiornata). Futura Editrice.

Sbraccia A. Vianello F. (2010), *Sociologia della devianza e della criminalità*, Laterza, Roma-Bari.

Sbraccia, A. (2009). Prognosi, trattamento e culture istituzionali. In G. Campesi, L. Re, G. Torrente (a cura di), *Dietro le sbarre ed oltre. Due ricerche sul carcere in Italia*, L'Harmattan Italia, Torino.

Sterchele, L. (2021). *Il carcere invisibile : etnografia dei saperi medici e psichiatrici nell'arcipelago carcerario*. Meltemi, Milano.

Trombetta, S. (2004). *Punizione e carità : carceri femminili nell'Italia dell'Ottocento*. Il mulino.

Vianello, F. (2018). Norme, codici e condotte: la cultura del penitenziario. Gli attori sociali di fronte alla criticità dell'ambiente carcerario. *Sociologia del diritto*, (3), 67–85.

Sitografia

<https://studiquestionecriminale.wordpress.com/2021/10/26/il-carcere-delle-donne-2-intervista-a-nicoletta-dosio-di-elena-sonnini-universita-di-roma-tre/> Visitato l'ultima volta il 4 settembre 2026.