

Franco Manti

LA SALUTE COME DIRITTO FONDAMENTALE

Riflessioni sulla psichiatria penitenziaria

1. *Ben-essere e carcere: un binomio impossibile?*

L'OMS ha definito, nel *Preambolo all'Atto Costitutivo* del 1946, e poi nella *Carta di Ottawa* del 1980, la salute come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". La salute si configura, così, come bene primario e, dunque, come diritto fondamentale. In assenza o carenza di salute lo stesso esercizio di altri diritti può essere non agibile o, quanto meno, problematico

La condizione del detenuto sembra collidere, di per sé, con tale definizione. Il carcere, infatti, si configura come "mondo altro" e le sue mura di cinta assumono, anche, un potente significato simbolico. In questo mondo della separazione dalla normale esistenza, nel quale l'individuo è, in buona parte, privato di un diritto fondamentale quale quello alla libertà, emerge, con forza, il problema dell'identità, del riconoscimento e dell'autoriconoscimento. Se gruppi di persone o l'intera società riflettono un'immagine che sminuisce o umilia, un'immagine condivisa connotata da giudizi di valore negativi, se il riconoscimento si trasforma in disconoscimento o misconoscimento, allora i danni che ne derivano possono essere veramente gravi. In particolare, il rischio che, forse più di ogni altro, corre il detenuto è quello di essere confinato in un modo di vita tanto limitato e impoverito da non consentirgli di rompere il cerchio dell'autoreferenzialità verso un mondo, quello del carcere, l'uscire dal quale può, per quanto paradossale possa sembrare, essere percepito in termini traumatici.

Quanto detto, si presenta tanto più rilevante quando si consideri come i limiti posti al detenuto nei suoi rapporti con l'esterno, con la famiglia, gli affetti, il lavoro ecc., incidano sulla sua condizione configurando la detenzione come estraneazione dal mondo del corpo e della mente, in altri termini, come alienazione. Le condizioni ambientali fisiche e i rapporti umani propri del mondo altro del carcere possono avere effetti particolarmente negativi a livello psichico e, insieme, procurare effetti dannosi a livello organico anche attraverso la somatizzazione.

La carcerazione, proprio in quanto determina una condizione biografica limitante il benessere degli individui, costituisce un fattore patogeno che può condurre a condizioni patologiche croniche a livello psichico. In letteratura, si evidenzia come sussista una vera e propria sindrome, la "prisonizzazione", e come essa non sia, di per sé, collegata alla durata della reclusione. Tale sindrome ha a che fare con la destrutturazione della personalità del detenuto indotta, oltre che dalle particolari regole e condizioni ambientali del carcere, dalla privazio-

ne di componenti essenziali per l'espressione della sua individualità: la famiglia, il lavoro, le amicizie, lo svago. Quanto detto mi sembra faccia emergere alcune questioni sulle quali ritengo ci si debba soffermare: 1) le implicazioni e i problemi connessi alla definizione della salute come diritto fondamentale; 2) le implicazioni della concezione della salute come benessere per le pratiche di trattamento in ambito penitenziario; 3) la funzione della psichiatria penitenziaria e le connesse questioni etico-professionali in considerazione dei punti 1) e 2).

L'idea che quello alla salute sia un diritto fondamentale ha una storia secolare. Già nel sec. XVII venne sottolineata la necessità, pena gravi fraintendimenti, di non considerarlo, come del resto gli altri diritti naturali, separatamente, ma in relazione di reciprocità¹. Se si prescinde da tale reciprocità, si corre il rischio che lo Stato, avendo il dovere di garantire il diritto alla salute, ricorra a strumenti coercitivi per imporlo secondo un particolare modello. Fatti salvi casi che comportano rischi per l'intera popolazione e per i quali si possa configurare l'emanazione di leggi *ad hoc* (come, ad es, previsto anche dall'art. 32 della Costituzione italiana)² si verrebbe a configurare la possibilità di un intervento lesivo di un altro fondamentale diritto quello alla libertà. L'art. 32 della suddetta Costituzione deve, infatti, essere correlato all'art. 13 che sancisce l'inviolabilità della libertà personale. I dibattiti e le leggi concernenti la libertà di scelta del medico curante, il consenso informato, la libertà di scelta terapeutica, la libertà di rifiuto delle cure, ecc., mostrano come i due diritti vadano correlati sia per quanto riguarda i singoli, sia per le loro implicazioni sociali. Nelle condizioni di restrizione della libertà individuale proprie degli istituti penitenziari, nelle quali il detenuto non può scegliere il professionista cui rivolgersi, il rischio di una sorta di "salute obbligatoria" "nell'interesse sociale"³, secondo modelli imposti e non discussi è, evidentemente, molto forte. L'ambiguità del ruolo assolto dalla medicina e, più specificamente, dalla psichiatria penitenziaria, data la convivenza del mandato clinico con quello di difesa sociale, rendono difficile la promozione e la conduzione di quella relazione fiduciaria che dovrebbe essere alla base delle relazioni terapeutiche e di pratiche quali il contratto terapeutico o l'alleanza terapeutica⁴.

Quanto al punto 2), la concezione della salute come stato di ben-essere dovrebbe comportare, se si vuole essere conseguenti, una gestione della sanità penitenziaria interna (o, quanto meno, strettamente correlata) con il trattamento, con la sua dimensione educativa e con la sua finalizzazione al recupero e reinserimento sociale del detenuto in ottemperanza all'art. 27 della Costituzione e all'art. 2 del DPR 431/'76. Il trattamento dovrebbe concernere, fra l'altro, la cura di sé, il rapporto con la società, l'assunzione di responsabilità individuale e sociale rispetto ai comportamenti a cominciare da quelli relativi alla salute e, dunque, al

1 Cfr. J. Locke, *Two Treatises on Government*, II, II, § 6 from The Works of John Locke. A New Edition, Corrected., printed for Thomas Tegg; W. Sharpe and Son, London 1823, p. 107.

2 La Costituzione specifica, sempre all'art. 32: «La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

3 Il riferimento all'"interesse sociale" è previsto dall'art. 32 della Costituzione

4 Cfr. G. Ponti/I. Merzagora, *Psichiatria e giustizia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1993, p. 179. Su contratto terapeutico e alleanza terapeutica e sulla possibile integrazione dell'uno nell'altra, cfr. F. Manti, *Clinical governance: l'organizzazione della sanità a sostegno della qualità della vita*, in L. Battaglia/I. Carpanelli e G. Tuveri (a cura di), *L'etica della cura in oncologia*, Carocci, Roma 2010, pp. 135 – 137e Id., *Il contratto e la cura*, in «Antropos&iatria», Anno 11, n. 3, novembre 2007, pp. 28–40.

benessere psico-fisico. Venendo al punto 3), va sottolineato come l'idea di salute di cui al 2), ponga alcune problematicità non indifferenti a livello etico-professionale. Se si prende in considerazione la figura professionale dello psichiatra penitenziario, le ambiguità di cui si è parlato al punto 1) appaiono ulteriormente accentuate. La concezione della salute come benessere implica, infatti, un passaggio, nel rapporto fra medico e detenuto, dalla *cure* alla *care* che è tanto più significativo in ambito psichiatrico. Com'è possibile costruire, insieme al detenuto, una relazione di cura (*care*) quando lo psichiatra ha il compito di fornire informazioni alla magistratura o all'amministrazione penitenziaria finalizzate, ad es., a valutare le probabilità di recidiva, l'idoneità a fruire di benefici o permessi, la possibilità di ottenere misure alternative, ecc.? Il rischio della dissimulazione, del conformismo di facciata, di strumentalizzazione, da parte del detenuto, è una realtà che rende davvero difficile (secondo alcuni, impossibile) la costruzione di una relazione fiduciaria e di cura. D'altra parte, il circoscrivere la funzione dello psichiatra penitenziario alla pura e semplice erogazione di una prestazione professionale esclusivamente tecnico-terapeutica (ossia di *cure*) non pare adeguata a quanto richiesto dalla concezione della salute come benessere. In che senso e fino a che punto il compito dello psichiatra penitenziario può essere circoscritto alla cura dei detenuti a prescindere dal trattamento rieducativo? E, ancora, quest'ultimo rientra nelle attribuzioni professionali dello psichiatra penitenziario o attiene alla sfera di una sua libera scelta dettata da motivazioni etiche? Prima di tentare l'esplorazione di una qualche "via" che consenta di uscire dall'*émpasse*, vorrei affrontare il tema del rapporto fra etica e sistema penitenziario.

2. Il (quasi) silenzio dell'etica

Le questioni etiche generali e quelle etico professionali poste dal sistema penitenziario occupano uno spazio assai limitato, per non dire pressoché nullo, nella riflessione dei filosofi morali. Probabilmente ha inciso e incide la propensione a considerare il carcere qualcosa di marginale e, fondamentalmente, extra sociale dove i rapporti sono regolati, esclusivamente o quasi, dalle relazioni gerarchiche e da regole delimitanti diritti e doveri di per sé chiare e imprescindibili, considerata la particolare condizione del carcerato. Credo che abbia influito, riguardo a questa assenza, la considerazione della pena principalmente dalla punto di vista della giustizia retributiva e della sicurezza sociale. Cosicché, una volta stabilito che in carcere va salvaguardata la dignità della persona e vanno tutelate alcune libertà quali quella religiosa e quella di opinione, sembra che non vi sia molto da dire. Del resto, anche quanti operano nelle carceri mostrano, spesso, la tendenza ad "appiattare" l'etica sulla deontologia riducendola, così, a una serie di regole di comportamento, tutto sommato, abbastanza ovvie. Ciò non favorisce, di certo, il fiorire della ricerca in campo morale e lo sviluppo della competenza etica di quanti lavorano negli istituti penitenziari. Discorso analogo può valere per lo specifico dell'etica in medicina penitenziaria e nei suoi vari ambiti. L'idea del carcere quale istituzione totale e luogo d'espiazione, le gravi carenze strutturali di molti penitenziari contribuiscono a rendere problematica la pratica trattamentale rieducativa e difficile pensare a una relazione fra tale pratica e una gestione non *routinaria* della salute nell'accezione dell'OMS. Il carcere, infatti, esclude (spesso, nell'immaginario collettivo, addirittura, dovrebbe escludere) "per definizione" il ben-essere.

Un'eccezione alla situazione di cui s'è detto è costituita da alcuni documenti redatti da organi consultivi dei governi come quelli del C.N.B. italiano e del Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé francese⁵.

Con la *Dichiarazione sul problema penitenziario* del 17/01/2003, il C.N.B. ha posto, parzialmente, fine al silenzio dell'etica sulle questioni penitenziarie. Dico parzialmente poiché il documento è una stringata dichiarazione e non un articolato parere come avviene per altre materie di rilevanza bioetica. Anche nei contenuti la *Dichiarazione* appare piuttosto generica. Dopo aver riscontrato lo stato di grave disagio e le carenze logistiche, organizzative e finanziarie, corredate dal dato inquietante per cui il tasso di suicidi in carcere è di “quasi venti volte superiore al tasso nazionale” e le condotte autolesionistiche sono “un numero impressionante”, il documento afferma come la garanzia immediata della salute dei reclusi appaia messa in discussione. Alla luce di tale analisi vengono, in conclusione, sottolineati i seguenti aspetti:

1. la tutela della salute in carcere è un «preciso dovere morale oltre che giuridico dei pubblici poteri»;
2. la detenzione non implica «una compromissione dei diritti umani fondamentali che ecceda quanto strettamente connesso al provvedimento applicato»;
3. la necessità impellente di provvedimenti dettati dall'esigenza di salvaguardare la salute in considerazione del sovraffollamento delle carceri;
4. L'auspicio di un «approfondimento finalizzato all'introduzione di pene principali non detentive, finora assenti – tranne ciò che riguarda lo spazio molto modesto della mera pena pecuniaria e taluni provvedimenti dei giudici speciali – dall'ordinamento giuridico italiano».

La rilevanza della *Dichiarazione* del C.N.B., sta, a mio avviso, soprattutto, nell'aver squarciato il velo di silenzio che avvolge le questioni morali concernenti il carcere. Essa però, tranne forse per l'affermazione della tutela della salute in carcere quale dovere morale dei pubblici poteri, non va oltre la genericità. I quattro punti di cui sopra sono, infatti, assolutamente condivisibili, ma non tali da entrare nel merito di una nuova gestione della questione salute all'interno dei penitenziari. A distanza di quasi dieci anni, i punti di cui sopra restano drammaticamente attuali. Forse iniziative limitate, ma pragmaticamente più operative, come l'istituzione, presso le carceri, di comitati etici avrebbero avuto maggiore possibilità di successo. La discussione di casi eclatanti, le consulenze e le proposte che potrebbero essere elaborate da comitati etici qualificati sarebbero, certamente, rilevanti nel contribuire a creare condizioni contestuali, materiali e psicologiche migliori per l'affermarsi di una più decente qualità della vita in carcere.

Il secondo documento del C.N.B., concernente il sistema penitenziario, è datato 2010 e prende in considerazione il fenomeno grave e preoccupante del suicidio. Il titolo preciso è: *Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici*. Il C.N.B. evidenzia come l'alto tasso di suicidi negli istituti penitenziari sia un problema di considerevole rilevanza etica e sociale. Vengono segnalati, quali fattori incidenti, condizioni di marcato sovraffollamento degli istituti e di elevato ricorso alla incarcerazione. Il documento, pur considerando il suicidio un atto attinente alla responsabilità individuale, sottolinea anche la responsabilità sociale sotto due aspetti: 1)

5 È in fase di avanzata elaborazione, presso il Consiglio di Europa, il *Codice Etico per chi lavora in carcere*.

l'impegno a rimuovere tutte quelle situazioni legate alla detenzione che, al di là del disagio insopprimibile della perdita della libertà, possano favorire o far precipitare la decisione di togliersi la vita; 2) la necessità di prestare la dovuta attenzione alla particolare vulnerabilità bio-psico-sociale dei detenuti. Da tale responsabilità sociale deriva un dovere morale: «garantire un ambiente carcerario che rispetti le persone e lasci aperta una prospettiva di speranza e un orizzonte di sviluppo della soggettività in un percorso di reintegrazione sociale» e, prima ancora, la necessità di riconsiderare criticamente le politiche penali che hanno causato il sovraffollamento nelle carceri in quanto si pongono direttamente in contrasto col principio di umanità delle pene. Il C.N.B., rileva inoltre come, in molti casi, esista una contraddizione fra l'esercizio di diritti che la detenzione non sospende (quello alla salute, alla risocializzazione e a scontare una pena che non mortifichi la dignità umana) e una pratica di detenzione che costringe le persone alla regressione, all'assenza di scopo, in certi casi perfino a subire violenza. Alla luce di queste considerazioni, il C.N.B. raccomanda alle autorità competenti la predisposizione di un piano d'azione nazionale per la prevenzione dei suicidi in carcere coerente con le linee indicate dagli organismi europei. In particolare, dovrebbero essere indicati gli indirizzi:

- per lo sviluppo di un sistema delle pene più aderente ai principi costituzionali (nuove normative per l'introduzione di pene principali non detentive e l'applicazione piena delle norme già esistenti che permettono alternative al carcere, come quelle per i tossicodipendenti);
- per una maggiore trasparenza delle regole interne al carcere e per una maggiore personalizzazione del trattamento, contrastando le pratiche "deresponsabilizzanti" e "infantilizzanti" che riducono all'impotenza e umiliano le persone detenute;
- per una prevenzione specifica non tanto rivolta alla selezione dei soggetti a rischio suicidario, quanto alla tempestiva individuazione e intervento sulle situazioni a rischio in grado di travalicare la "soglia di resistenza" delle persone (quali l'impatto psicologico dell'arresto, il trauma dell'incarcerazione etc.);
- per lo sviluppo del monitoraggio e della ricerca intorno al fenomeno e per la formazione specifica degli operatori a partire dall'esame dei singoli casi di suicidio.

Pur essendo dedicato all'emergenza suicidi (particolarmente accentuata dal 2009), il documento del C.N.B. sottolinea alcune questioni di carattere generale e relative all'effettiva possibilità della pratica del diritto alla salute nelle carceri. Il fenomeno dei suicidi è, infatti, la dimostrazione drammatica ed estrema di una condizione di grave malessere indotta e/o rafforzata da situazioni strutturali, ma anche da carenze di formazione adeguata e di approccio da parte di figure professionali operanti negli istituti penitenziari, oltre che di monitoraggio, verifica e valutazione (non burocratiche, ma effettive) della congruità, efficacia ed efficienza di gestione. Come rileva il C.N.B., in queste condizioni è, quanto meno, problematico il rispetto del diritto alla salute, aggiungo perfino nella sua accezione più limitativa. L'idea che il diritto alla salute concerna il ben-essere (ossia lo stare bene, non in senso astratto, ma nelle condizioni di contesto) rischia non solo di apparire ai più, ma di essere effettivamente un'utopia.

A questo proposito, vorrei soffermarmi sul secondo e sul terzo degli indirizzi proposti dal C.N.B. Una maggiore trasparenza delle regole e il contrasto a determinate pratiche, ma anche modalità di rapporto più personalizzato possono essere attuate, almeno in parte, anche in situazioni di contesto sfavorevoli. Non si tratta, si badi bene, di richiedere azioni pura-

mente volontaristiche a singoli operatori, quanto la disponibilità, a partire dalla realtà data, a costruire un effettivo intervento coordinato e di “*équipe*”, nella consapevolezza che, nel rispetto delle norme e dei ruoli, tutte le professionalità coinvolte nella gestione e nel governo del sistema penitenziario possono (e dovrebbero) dare un contributo per migliorare le condizioni di vita e il benessere dei detenuti. Stesso discorso vale per la prevenzione dove risulta strategica l’osservazione. Essa non va intesa soltanto in senso clinico e specialistico, quanto in termini più generali. Risulta evidente quanto, all’osservazione, possano dare un contributo, se opportunamente formate, figure che sono quotidianamente a stretto contatto con i detenuti come gli agenti di polizia penitenziaria (cui, fra l’altro l’art. 5 comma 2. della legge 395/1990, riconosce compiti relativi a osservazione, trattamento, risocializzazione e non meramente di custodia), oltre che gli educatori, gli infermieri, ecc.

In breve, con queste considerazioni intendo evidenziare come fattori rilevanti: 1) la strategicità del lavoro d’*équipe*; 2) la funzione fondamentale dell’osservazione e, in base ad essa, di un’adeguata fase di accoglienza dei detenuti quali condizioni per un effettiva pratica del diritto alla salute; 3) l’assunzione di responsabilità morale (e, insieme, sociale) nell’operare per il meglio nei contesti in cui si lavora evitando di delegare ad altri (Stato, Amministrazione penitenziaria, operatori, ecc.) tali responsabilità; 4) la proattività etica e operativa nella progettazione e gestione di interventi migliorativi e finalizzati al benessere dei detenuti, ma anche di tutti coloro che lavorano negli istituti penitenziari. Quest’ultimo punto merita un’ulteriore specificazione. Quando parliamo di diritto alla salute, in ambito penitenziario, siamo soliti pensare ai detenuti. In realtà, si tratta, se ci si limita ad essa, di una prospettiva parziale. L’effettivo esercizio del diritto alla salute riguarda tutti gli operatori e, segnatamente, quelle categorie, come gli agenti di polizia penitenziaria, più esposte al *burnout*. La prospettiva su cui lavorare dovrebbe essere, perciò, quella di garantire migliori condizioni di benessere per tutti. Va da sé che situazioni di maggior vivibilità e di migliore qualità della vita dei detenuti possono concorrere, in maniera rilevante, a determinare un contesto più positivo. Ciò vale anche, per così dire, in senso inverso. Il livello di benessere degli operatori incide nella determinazione di condizioni ambientali e di relazioni più favorevoli ad elevare quello dei detenuti.

A differenza di quelli del C.N.B. italiano, il documento del Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé titolato *La santé et la médecine en prison*⁶, ha carattere generale e parte dalla considerazione secondo la quale la salute nelle carceri costituisce un problema cruciale poiché queste ultime sono una realtà nella quale ci si ammala e si muore. Per questo, nonostante le leggi in vigore, la protezione della salute continua a essere un problema etico rilevante. In particolare, il documento si sofferma su due aspetti che incidono negativamente sul diritto alla salute in carcere: la scarsa preparazione professionale, ma anche la svalorizzazione e l’ambiguità dei ruoli di sorveglianti⁷, medici,

6 Cfr. Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *La santé et la médecine en prison*, Avis n° 94, Paris 2006.

7 Rispetto ai sorveglianti, il documento afferma: «Chargé d’assurer la sécurité et d’appliquer les mesures disciplinaires, de pratiquer des fouilles humiliantes sur des prisonniers nus, de participer à la protection de la santé et à l’accès aux soins, et de jouer un rôle dans la réinsertion, le plus souvent sans formation adéquate et sans consignes claires sur ces différentes fonctions, confronté à la « folie » d’un grand nombre de détenus, souvent méprisé par la société, le surveillant est placé dans une situation de

infermieri, assistenti sociali; il non rispetto del diritto alla salute come aspetto specifico di un più generale mancato rispetto per la dignità del detenuto:

Les détenus, n'ayant été juridiquement privé que de leur droit d'aller et venir librement, doivent pouvoir accéder aux autres droits fondamentaux qui leur sont, comme à chacun, reconnus par la loi, notamment en matière de protection de la santé, comme l'accès aux soins palliatifs et l'égalité des droits et chances pour les personnes handicapées⁸.

Un paragrafo a sè è dedicato ai disturbi psichiatrici.

3. La cura e le sue fasi. Implicazioni per la psichiatria penitenziaria

Joan Tronto afferma che la cura è una specie di attività che include tutto ciò che facciamo per mantenere, continuare e riparare il nostro “mondo” in modo da poterci vivere nel modo migliore possibile⁹. Risulta perciò evidente il nesso sussistente fra cura e ben-essere. Tale nesso appare ancor più chiaro se si analizza l'idea stessa di *care*. Quali sono i suoi caratteri distintivi? In breve, possiamo individuarne due: 1) il rivolgersi a qualcosa di altro da sé; 2) il condurre a un qualche tipo di azione. Il punto 1) comporta l'assunzione e il riconoscimento dell'alterità come fattore fondamentale dal quale originare pratiche di cura. Ciò significa che è necessario un approccio biografico (storico-narrativo) e attento ai contesti nei quali si attuano percorsi di cura. Ne consegue che ognuno di questi percorsi richiede una sua specificità e che non sono possibili approcci *standardizzati*. Alla luce di queste considerazioni la coniugazione di cura e diritti richiede un intervento individualizzato che, utilizzando “strumenti” di classificazione proposti dall'OMS, quali ad es., all'ICF¹⁰, risponda a bisogni obiettivi ed individui modalità, tempi, criteri di verifica e valutazione del processo posto in atto e dei suoi esiti. Ho fatto riferimento, seppur a mo' d'esempio, all'ICF, poiché, a mio avviso, è lo “strumento” che meglio riflette la concezione della salute come ben-essere e, insieme, una visione etico-sociale, orientata a un approccio più consapevole e responsabile sia sul piano individuale che delle istituzioni alla salute.

Il punto 2) evidenzia come la cura implichi il prendersi cura poiché essa ha carattere emi-

confusion et de perte de repères sur le sens même de son métier».

8 Ivi, p. 36

9 Cfr. J. Tronto, *Confini morali*, Diabasis, Reggio Emilia 2006, p. 118.

10 *International Classification of Functioning, Disability and Health (Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute)*. L'ICF ha come scopo descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità. La descrizione riguarda, pertanto, le situazioni di vita quotidiana in relazione al loro contesto ambientale e pone al centro la biografia delle persone e si avvale di un linguaggio *standard* ed unificato per evitare fraintendimenti semantici e facilitare la comunicazione in tutto il mondo. Il principale aspetto innovativo consiste nell'analizzare la condizione di salute in termini positivi e non, come in precedenza, a partire da malattie, menomazioni, handicap. Inoltre, la classificazione ICF, ponendo in correlazione salute e contesto di vita, definisce la disabilità come condizione di salute in un ambiente sfavorevole. Ne consegue una visione della cura non soltanto terapeutica, ma come individuazione e pratica di azioni e attività atte a migliorare la qualità della vita ossia il ben-essere delle persone.

nentemente pratico-operativo. In altri termini, la cura è interna al suo esercizio e, per quanto riguarda il tema che qui stiamo affondando, essa si pone come pratica capace di potenziare il riconoscimento dei diritti che, altrimenti, come si è visto, rischia di essere eccessivamente formale e, comunque, poco sensibile alle biografie e ai contesti. Sotto questo aspetto, la costruzione di un *setting* adeguato è un'“azione” certamente fondamentale, ma anche tale da consentire di coniugare le istanze proprie dell'etica dei diritti con quelle dell'etica della cura. Tale costruzione si configura, infatti, come risposta, non banale, a quanto richiede il riconoscimento e la pratica effettiva del diritto alla salute e, insieme, a bisogni biografici e contestuali caratteri della cura propongono quattro implicazioni: 1.1. Ascolto; 1.2. Comprensione empatica; 1.3. Consapevolezza della vulnerabilità come condizione umana e di tutti i viventi; 1.4. Sollecitudine. Tali implicazioni sono fra loro collegate tanto che potremmo considerare come componenti di un anello ricorsivo. Più specificamente, l'ascolto (comprensivo dell'osservazione anche dei linguaggi non verbali) è imprescindibile quale base per risposte adeguate ai bisogni; la comprensione empatica consente d'interpretare il “non detto” a partire dalla condizione dell'interlocutore; la consapevolezza della vulnerabilità aiuta e potenzia la comprensione empatica e, pur nel doveroso rispetto dei ruoli, riduce le asimmetrie e comporta il fare i conti anche con i limiti, le problematicità, l'incertezza e l'esposizione al rischio delle pratiche di cura; la sollecitudine, come principio fondamentale dell'etica della cura, comporta una disponibilità e capacità d'intervento che, non solo è rispettoso dei diritti in termini formali, ma li sostanzia con risposte ai bisogni emergenti e non sempre e necessariamente materiali e quantitativi. La sollecitudine interviene su povertà e mancanze immateriali quali la solitudine, il bisogno di dialogare, l'affettività, il senso di emarginazione, ecc.. Si tratta di interventi fondamentali per l'effettivo ben-essere delle persone.

I caratteri propri della cura e il suo porsi quale potenziamento e pratica effettiva dei diritti e, in particolare del diritto alla salute come ben-essere, consentono di comprendere quanto essa sia strettamente connessa con il punto di vista morale per il quale dovremmo agire per il bene degli altri, in quanto tale, indipendentemente da interessi e vantaggi che ne possiamo ricavare. Ciò vale anche quando si espleta una professione, poiché il punto di vista morale richiede un'assunzione di responsabilità che riguarda il rapporto fra doveri (a cominciare da quelli deontologico-professionali) e valutazione delle conseguenze prevedibili per chi decide e per coloro che sono coinvolti direttamente o indirettamente dalle decisioni. Questo aspetto è tanto più rilevante quando si lavora all'interno di strutture organizzate.

Va, inoltre, sottolineato come la cura si connoti per la sua dimensione sociale e, in senso lato, politico. Sarebbe, infatti, riduttivo concepire la relazione di cura e il prendersi cura come esito di una buona disposizione o sensibilità individuale e come una forma di rapporto privato e “diadico”. La cura si pratica all'interno di istituzioni con organizzazioni complesse; gli operatori devono tenere conto delle risorse umane ed economiche disponibili, di principi di equa distribuzione delle stesse e se necessario di equo risparmio; la costruzione del *setting* e l'intera relazione di cura, con le attività e i processi che le sono propri, non possono prescindere dal contesto nel quale hanno luogo. La stessa dimensione emotiva insita nelle pratiche di cura è, a sua volta, condizionata e condizionante il contesto e le relazioni fra i destinatari delle cure e tutti coloro che, a vario titolo, ne sono coinvolti. E, ancora, se è vero che la cura è sia una pratica che una disposizione (nel senso di disporsi ed essere disponibili a) né l'una né l'altra avvengono “nel deserto”, ma originano e hanno un'azione *feedback* sull'intera rete

di relazioni e sull'organizzazione del contesto nel quale esse hanno luogo.

Un processo di cura, capace di coniugare le istanze proprie dell'etica dei diritti e quelle dell'etica della cura, può essere, schematicamente, articolato in quattro fasi¹¹. Vediamole in dettaglio.

3. 1. *L'interessarsi a (caring about)*

A. *Comporta il riconoscimento che la cura è necessaria*, il che non è per nulla scontato. Un'attenta analisi e l'utilizzo di "strumenti" come l'ICF consentono di far sì che i bisogni vengano identificati nella loro effettività e che si evitino accondiscendenze improprie e fuorvianti alle richieste di pazienti o di loro familiari.

B. *Implica la percezione dell'esistenza di un bisogno* e della sua effettiva consistenza e, qualora si constatasse che tale bisogno è fittizio, la ricerca delle ragioni per cui viene posto e la valutazione sul da farsi.

C. *Implica la valutazione che un bisogno dovrebbe essere soddisfatto* individuando anche processi e modalità attraverso le quali soddisfarlo. Soddisfare un bisogno non è soltanto venire benevolmente incontro a un'esigenza più o meno fondata, ma mettere in atto un processo che coinvolge istituzioni, modalità organizzative dei servizi, risorse umane ed economiche, conoscenze, capacità e competenze professionali. La valutazione è perciò essenziale e, nelle strutture organizzate, di norma, coinvolge una pluralità di soggetti e professionalità.

D. *Richiede, spesso, la comprensione empatica*. Molte persone non sono in grado, date le loro condizioni, di esprimere verbalmente e con chiarezza ciò di cui hanno bisogno. La comprensione empatica se opportunamente gestita è fondamentale non solo per rispondere, ma anche per prevenire bisogni e, quindi, evitare o limitare disagi al destinatario dell'azione di cura e dispendio di risorse umane ed economiche.

Nello specifico della medicina e della psichiatria penitenziaria questa fase del processo di cura evidenzia la strategicità dell'osservazione (punto A) e, a partire da questa, della valutazione dell'effettiva sussistenza di un bisogno e non della simulazione strumentale dello stesso da parte del detenuto (punto B), inoltre un detenuto può avanzare bisogni reali, richiesta di benefici, permessi ecc., ma che, per ragioni di sicurezza o anche educative, non possono essere soddisfatti. In tal caso, all'interno di una relazione di cura, nei modi e nelle forme opportune, si è tenuti a darne ragione. Diversamente, la sensazione di essere vittima di una qualche ingiustizia, da parte del detenuto, finirà per rendere non agibile il processo di cura. Per questo, la comprensione empatica (punto D) è fondamentale, per tutti gli operatori, ma in particolare, visto il suo mandato, per lo psichiatra penitenziario. L'impostare un rapporto con il detenuto a partire dall'*interessarsi a* costituisce una buona base per non cadere in una gestione puramente burocratica e paralizzante che costituisce un ostacolo (ancora troppo presente nel sistema penitenziario) all'attività di trattamento finalizzata al suo reinserimento sociale. Diversamente, hanno ragione quanti affermano che l'attività di osservazione è inutile e, al più, serve al magistrato per valutare se esistano i termini per la concessione di una misura alternativa¹².

11 Cfr. J. Tronto, *Confini morali*, cit., pp. 121-123. Faccio riferimento ai caratteri della cura individuati da Tronto ai quali ho apportato alcune modifiche e integrazioni.

12 Cfr. T. Bandini/U Gatti, *Limiti e contraddizioni dell'opera del criminologo clinico nell'attuale sistema*

3. 2. *Il prendersi cura* (taking care of caring)

A. *Comporta assunzione di responsabilità.* La questione è piuttosto complessa. In breve, si può affermare che la responsabilità mette in campo due aspetti: il *rispondere a* e il *rispondere di*. Il *rispondere a* riguarda il rapporto con il destinatario della relazione di cura che, tenendo conto di quanto relativo all'interessarsi comporta il decidere, consapevolmente, di venire incontro ai suoi bisogni e di come operare per farlo. Il *rispondere di* riguarda gli altri soggetti individuali e collettivi interessati al e dal prendersi cura. La responsabilità riguarda anche la scelta di astenersi da un'azione di cura o da alcune modalità con la quale praticarla. Va sottolineato come anche l'astensione sia moralmente impegnativa e lo sia al pari della scelta di operare. Anche l'astenersi ha, infatti, un impatto nei confronti del destinatario della cura e del contesto. Il decidere di non prendersi cura di un certo bisogno o di non seguire determinate prassi e modalità può anche configurarsi come una particolare modalità di prendersi cura evitando di accondiscendere la persona in questione rispetto a esigenze improprie, pericolose. Perciò, chi propone e attua (o decide di non attuare) un'azione di cura ne è anche socialmente responsabile e coinvolge in tale responsabilità la struttura organizzativa e le altre figure professionali impegnate, a vario titolo, nel processo di cura. Tutti sono chiamati a rispondere degli esiti del processo posto in atto o di quanto si è deciso di non attuare.

B. *Implica il riconoscimento della possibilità di agire per andare incontro a un bisogno.* Il prendersi cura non è un fare fine a se stesso. Il confrontarsi con l'effettiva possibilità di cura, con i suoi limiti, con le condizioni di contesto nelle quali dovrebbe attuarsi, costituisce un aspetto fondamentale sia sul piano etico generale che su quello dell'etica professionale. Più specificamente figure professionalmente coinvolte in una relazione di cura hanno il dovere di valutarne, a monte, condizioni e possibili esiti e di dare ragioni delle loro scelte. Il monitoraggio del processo secondo criteri precisi e leggibili consente di tenersi aggiornati circa le effettive possibilità di dare risposta a determinati bisogni.

C. *Comporta la correlazione fra azione e responsabilità nel processo di cura.* Alla luce di quanto si è detto riguardo ai punti precedenti, l'azione che si pone in atto deve essere consapevole e responsabile questo per quanto possa essere forte la motivazione data dall'impatto emotivo. Nessuna azione, anche quella decisa in condizioni di emergenza, può mettere fra parentesi l'assunzione di responsabilità che essa implica. Il prendersi cura richiede, pertanto, idee ben precise sulle azioni, su cosa s'intende per responsabilità e su quali nessi sussistano fra le une e l'altra.

Rispetto al punto A) si può rilevare come lo psichiatra penitenziario sia chiamato a una complessa assunzione di responsabilità che coinvolge il detenuto (sia che si scelga di venire incontro alla sue esigenze, sia che si ritenga di non farlo, l'amministrazione penitenziaria e i SSN con le sue strutture territoriali. Più in generale, dato il mandato proprio dello psichiatra penitenziario tale responsabilità ha carattere sociale. Inoltre, va anche valutata l'effettiva possibilità di porre in atto un processo di cura (punto B), questo anche nell'interesse del detenuto cui non si devono dare illusioni. Va, a questo proposito, sottolineato come una corretta analisi delle condizioni oggettive del contesto non possa di per sé costituire una ragione per

penitenziario in «Rassegna penitenziaria e criminologica», 1-2, 1980, pp. 166-168. Per quanto datato questo saggio, a mio avviso, rimane, in buona parte attuale.

non agire. Dal punto di vista etico, fa ciò che è e ciò che dovrebbe essere, c'è il nostro poter fare, ossia, sul piano metodologico, l'idea che possiamo fare, senza nessun velleitarismo e i considerazione dei vincoli oggettivi, di meglio e di più, infatti come si evidenzia in C) l'azione di cura deve essere consapevole e responsabile.

3. 3. *Il prestare cura (care-giving)*

A. *Comporta il soddisfacimento diretto dei bisogni di cura.* Ciò significa che la relazione di cura, propriamente detta, non è delegabile. Del resto, poiché di relazione si tratta è determinante il rapporto individualizzato e fra gli individui. La sostituzione in una relazione di cura implica una ricostruzione della relazione stessa. Trattandosi di un rapporto di reciprocazione fiduciaria ed emotiva, oltre che basato su regole e doveri, il prestare cura richiede un soddisfacimento dei bisogni in prima persona.

B. *Mette in gioco la fisicità.* Questo aspetto vale, a diverso livello, per tutti gli operatori e anche per psicologi e medici. Se si tiene conto di quanto al precedente punto (A), la fisicità e le sue modalità di espressione, le posture come gli sguardi, ecc., assolvono a un funzione comunicativa che, in certi casi, non solo è importante, ma in gran parte sostitutiva di quella verbale. In ogni caso, il prestare cura comporta un impegno non solo mentale, ma anche fisico.

C. *Richiede che chi presta cura entri in contatto con i destinatari della cura.* Si tratta di un'ulteriore specificazione di quanto ai punti precedenti. Trattandosi di una relazione non basta un controllo o una valutazione esterna relativi all'andamento del processo di cura, né una supervisione dello stesso. Anche quando si hanno elementi per ritenere che tale processo evolva per il meglio e che tutti i diritti del destinatario della cura siano rigorosamente rispettati, l'azione del prestare cura comporta il contatto diretto fra quest'ultimo e chi presta cura.

Le tre specificazioni del prestare cura comportano il rapporto diretto con i destinatari della cura. Ciò è tanto più rilevante in ambito penitenziario in quanto il detenuto e, in particolare, quello affetto da patologie è nella condizione dell'utente non volontario di un servizio. Lo psichiatra penitenziario dovrebbe essere, dunque, posto nelle condizioni di relazionarsi direttamente e con continuità con il detenuto. Purtroppo, questo spesso non avviene e non avviene a partire dall'osservazione. A questo proposito va preso sul serio quanto afferma Bartolini

Come può l'esperto svolgere in modo serio e completo un'attività di osservazione (arrivando ad esprimere un parere circa la personalità di un detenuto, la possibilità che questo compia un nuovo reato, a dare parere positivo o negativo riguardo alla concessione della misura alternativa) che viene effettuata, sostanzialmente, nell'ambito di un'unica visita? Come può l'osservazione scientifica della personalità essere effettuata al di fuori di una qualsivoglia relazione, sia essa terapeutica o di altra natura? Esprimere un giudizio su di una persona, presuppone una conoscenza sufficientemente approfondita dei molteplici aspetti che la caratterizzano: non solo delle reazioni comportamentali immediate, ma anche degli elementi della sua vita passata e dei rapporti che lo legano con l'ambiente esterno¹³.

Stante questa realtà, il prestare cura, che richiede, fra l'altro, un approccio biografico, sembra, nei fatti, impossibile e lo sarebbe anche se l'osservazione, che è fondamentale per

13 M. Bartolini, <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/sanita/batolin/par4.htm>.

costruire una relazione di cura, fosse episodica. Pragmaticamente, una soluzione parziale, a fronte del verificarsi di tale condizione, è l'avvalersi delle osservazioni di tutti i soggetti interessati nel rapporto con il detenuto e, laddove possibile, la richiesta di aumentare il numero degli incontri o quello di ricovero esterno (quando se ne ravvisi la necessità).

3. 4. *Il ricevere cura (care-receiving)*

A. *Comporta il riconoscere che il destinatario della cura risponderà alla cura che riceve.* Naturalmente la risposta è relativa alla condizione del destinatario, ma, a prescindere da questa, la messa in atto di una relazione di cura ha senso se si ritiene che siano possibili, seppur minime, risposte. Ciò vale tanto più quando si mettono in gioco risorse umane ed economiche e quando si richiede un impegno delle Istituzioni.

B. *Implica criteri quantitativi e qualitativi di verifica e valutazione in itinere e finale del processo di cura.* In considerazione di quanto al punto precedente, vanno analizzate e monitorate le risposte, non solo quando si ritiene che un processo di cura o una sua specifica modalità siano giunti al termine, ma anche *in itinere* affinché, laddove necessario, si possano decidere interventi e modifiche nel processo di cura. Va, infine, sottolineato come il ricevere cura sia incluso in tale processo perché costituisce il modo che abbiamo per sapere se i bisogni di cura sono stati soddisfatti e in quale misura.

Il punto A) richiede che il processo di cura sia condiviso dal detenuto. Il suo diritto alla salute non implica l'obbligo di accettare quanto gli viene proposto. L'unica eccezione può configurarsi quando una patologia può essere pericolosa per terzi. Certamente, uno degli aspetti importanti del trattamento dovrebbe essere quello relativo all'assunzione di responsabilità, da parte del detenuto, rispetto alla propria salute. Il punto B) consente non solo di verificare gli esiti prodotti dalla relazione di cura, ma anche di valutare se il comportamento del detenuto abbia assunto caratteri conformistici a scopo strumentale.

4. *I pericoli della cura*

Le pratiche di cura, soprattutto quando non siano coniugate con l'etica dei diritti, sono esposte ad alcune criticità di cui è assolutamente necessario tenere conto. Esse, se malintese, potrebbero dare adito a due modalità relazionali eticamente non sostenibili e tali da falsare la relazione di cura. Si tratta del paternalismo e del maternalismo. Il primo può essere esercitato secondo tre forme¹⁴: il paternalismo genuino, il paternalismo autorizzato e il paternalismo non autorizzato. Il paternalismo genuino si rifà alla condizione del minore non in grado di essere pienamente consapevole delle sue scelte. In ambito medico, tale condizione è assimilabile a quella di malati non in grado di essere coscienti o pienamente tali. Il medico è legittimato ad agire (nel rispetto delle leggi e del Codice di Deontologia Professionale) perché gli viene socialmente riconosciuta una delega a farlo date le condizioni in cui versa il malato. Sul piano etico, le decisioni che egli prende dovrebbero essere orientate dalle preferenze del malato, dall'assenso che egli darebbe alle scelte, operate in sua vece, se fosse in possesso

14 Cfr. J. Rawls, *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano 1983, pp. 213-214.

delle sue facoltà e in considerazione della sua possibilità di riconoscersi in esse una volta riacquistate tali facoltà. È evidente come tale forma di paternalismo sia accettabile, ma se, e solo se, ricorrano le condizioni di cui sopra.

Il paternalismo autorizzato implica un'autorizzazione, implicita o esplicita, al medico da parte di una persona a fronte di difficoltà a orientarsi e ad assumere decisioni. È, ad esempio, il caso di un malato che di fronte a una pluralità di scelte terapeutiche possibili, decide di fidarsi dell'orientamento del medico in quanto esperto. La criticità, sul piano etico, di tale paternalismo sta nel fatto che un'eccessiva delega al medico finisce per deresponsabilizzare il malato e per non renderlo, come dovrebbe essere, parte attiva e propositiva nel processo di cura. Il rischio è quello che si sviluppi una forma di dipendenza e di riduzione degli spazi di autonomia nelle scelte di cui il medico, anche se sostenuto dalla fiducia del malato, non può non tenere conto. In sintesi, egli dovrebbe agire per favorire una maggiore responsabilizzazione di quest'ultimo. Il paternalismo non autorizzato si presenta, *prima facie*¹⁵, insostenibile sul piano etico. Esso non tiene conto, riguardo ai diritti, del principio di rispetto per l'autonomia e determina una relazione asimmetrica e autoritaria verso il malato di cui si decide il bene indipendentemente da quello che egli ritiene tale per sé. Si tratta di una degenerazione del principio di beneficiarietà che mette fra parentesi la dimensione biografica, contingente e contestuale così fondamentale per l'etica della cura.

Quanto al maternalismo esso riflette l'atteggiamento di ansia e preoccupazione della madre verso il figlio che, se riproposto in ambito clinico, costituisce una degenerazione del principio di sollecitudine. I malati in generale, come anche i detenuti, non sono, infatti, da considerarsi alla stregua di minori e una relazione impostata sull'eccesso di protezione finisce per generare dipendenza, ostacolare il rafforzamento e lo sviluppo dell'autonomia possibile e l'assunzione di responsabilità. Una delle modalità attraverso la quale, spesso, negli istituti penitenziari, si esprime la dipendenza è il conformismo strumentale.

5. Problematicità ed emergenze in psichiatria penitenziaria. Implicazioni etiche

La relazione fra psichiatra penitenziario e detenuto è particolarmente complessa. Si è già detto della duplicità e ambiguità del mandato insieme di cura e controllo sociale. Una prima questione riguarda l'equilibrio nell'analisi del detenuto. Se, da una parte, questa deve avvenire senza che entrino in campo stereotipi e pregiudizi è altrettanto vero che quanto espresso dal detenuto non può essere accettato acriticamente. I rischi di strumentalizzazione, al fine di ottenere benefici, sono ampi. In tal caso, il ricorso all'osservazione da parte di altre figure professionali può fornire utili elementi per la valutazione e per comprendere le motivazioni di "strategie" manipolative e dissimulatorie. Sul piano più eminentemente etico, va affrontata la questione del "distanziamento moralistico" nei confronti del detenuto e di tali sue

15 Asserisco *prima facie* poiché, ad es., nel caso dell'informazione, può accadere che un medico, al fine di non creare apprensione nel malato, adotti un livello di comunicazione corretto, ma non del tutto esauritivo. Pur trattandosi, a rigori, di paternalismo non autorizzato, esso confina con il paternalismo genuino poiché è ragionevole pensare che molti, per quanto riguarda la loro salute, autorizzerebbero il medico a tenere nascoste entro certi limiti informazioni che potrebbero rovinare loro la vita.

eventuali “strategie”. Credo, diversamente da quanto talvolta si pensa¹⁶, che il problema coinvolga tutte le relazioni terapeutiche e di cura, non soltanto la psichiatria. Sono, però d'accordo, nel ritenere che in psichiatria esso possa presentarsi in forme più accentuate. A questo proposito, Bartolini rileva come, nell'incontro terapeutico-psichiatrico, il confronto fra concezioni morali in conflitto ha luogo

[...] in quanto uno dei soggetti coinvolti nella relazione ha commesso un reato, ha cioè infranto delle norme che, pur in una situazione di confusione di valori com'è probabilmente quella attuale, più o meno rispecchiano le nostre concezioni su ciò che è giusto e ciò che non lo è. Anche chi ritenga di essere particolarmente anticonformista, o non voglia imporre i propri valori morali e sociali, troverà comunque dei comportamenti che non solo disapprova, ma che magari turbano profondamente il suo senso di giustizia, ed è ovvio che prima o poi lo psichiatra si trovi di fronte a soggetti che hanno messo in atto questi comportamenti. Tutto ciò non è necessariamente giusto o sbagliato, è probabilmente solo umano, si tratta di imparare a convivervi, distinguendo tra “morale” e “moralismo”. L'obiettivo ideale è, secondo Ponti, quello di trovare un giusto quanto difficile equilibrio fra i compiti valutativi, la consapevolezza del ruolo pubblico e delle conseguenze che esso comporta e la disponibilità empatica, che sola può consentire la comprensione¹⁷.

Credo che la ricerca di un equilibrio vada perseguita. Più propriamente dovremmo, forse, parlare di equilibrio riflessivo, ma questo si può tentare a condizione di chiarire un aspetto fondamentale. Nella relazione cui si riferisce il testo di cui sopra non si ha un confronto fra due concezioni della vita buona fra loro in conflitto. Ammesso e non concesso che, riferendoci a una tipologia di detenuti restia a porre seriamente in discussione (per varie motivazioni, anche patologiche) i propri comportamenti, si possa definire la loro concezione di vita una visione morale concernente il bene, ci troviamo di fronte a una concezione irragionevole. A suffragare quanto affermo, va considerato come molte persone che compiono reati siano consapevoli di porre in atto comportamenti eticamente e socialmente non tollerabili oltre che illegali. Comprendere, anche a partire dalla dimensione empatica, il perché di certi comportamenti non significa giustificarli e non stigmatizzarli sul piano morale. Questo perché, in realtà, non ci si trova di fronte a due concezioni controverse della vita buona che, se ragionevoli, trovano regole e modalità di confronto e convivenza, ma a visioni e prassi intollerabili dal punto di vista della ragionevolezza pubblica. Pertanto, se per moralismo s'intende un atteggiamento paternalistico (che è per sua natura autoritaria, deresponsabilizzante e generatore di dipendenza), la pratica di un intervento eticamente qualificato implica il venir meno del distanziamento moralistico con il mettere il detenuto di fronte alle sue responsabilità (verso se stesso e verso gli altri) e su questa base alla scelta di compiere un percorso di ridefinizione della sua identità morale.

Un'altra questione, collegata con quanto si è appena detto, e sulla quale è bene soffermarsi riguarda la neutralità¹⁸ nel rapporto fra psichiatra penitenziario e detenuto. Si tratta di un problema fondamentale poiché incide sul rispetto per l'autonomia (possibile) di scelta di quest'ultimo e dunque, sia sul diritto alla salute che sul diritto a vedersi riconosciute alcune libertà quali quella di pensiero. Lo psichiatra può, infatti, trovarsi, nell'assolvimento della

16 Cfr. G. Ponti/I. Merzagora, *Psichiatria e giustizia*, cit., p. 18.

17 M. Bartolini, *cit.*, p. 3.

18 *Ibidem*.

sua funzione di controllo sociale, a dover esprimere, in termini valutativi, pareri (scientificamente suffragati) che possono avere gravi ripercussioni sulla vita e la libertà del detenuto. In tal caso, “Senza assumere atteggiamenti preconcepiuti nei confronti del detenuto, dovranno prevalere la neutralità e l’oggettività connesse al ruolo di rappresentante di valori sociali di cui in questa fase lo psichiatra è investito”¹⁹. Quando, invece, lo psichiatra assolve alla funzione di trattamento e deve recare cura e aiuto rispetto alle ansie e alla sofferenze del detenuto sono necessarie empatia, disponibilità, alleanza terapeutica²⁰.

A questo punto, dovremmo chiederci in che senso si parla di neutralità e oggettività. Esse sono effettivamente in conflitto con pratiche quali l’alleanza terapeutica? Riguardo alla prima questione, lo psichiatra è chiamato ad anteporre criteri di giustizia ed equità socialmente riconosciuti rispetto alla sua particolare concezione della vita buona (e a quella del detenuto). Ciò non significa, come si è visto in precedenza, neutralità morale, né, di per sé, produce una contrapposizione con le pratiche di cura. La cura (*care*) implica sì comprensione empatica, fiducia e alleanza terapeutica, ma anche il non rispondere a bisogni che, in scienza e coscienza, si ritengono impropri o socialmente pericolosi e una ben precisa considerazione delle alterità e del loro eventuale conflitto. In sintesi, prendersi cura può voler dire conflitto. A differenza di altre pratiche, però, la cura non si limita a prenderne atto, a gestirlo secondo criteri formali e/o puramente giuridici. Prendersi cura significa cercare le ragioni profonde del conflitto e collaborare (senza porre in atto forme di paternalismo o maternalismo) al loro superamento. In tal modo, da una parte, si rispetta l’autonomia del detenuto che è chiamato a ricercare le ragioni di un processo di re-identificazione morale, dall’altra lo si rende protagonista attivo del prendersi cura. Ci si può prendere cura di lui se egli stesso si prende cura di sé e proietta tale prendersi cura a livello sociale. Mi sembra che, così, possano essere superati difetti e pericoli insiti del modo tradizionale d’intendere il trattamento poiché le pratiche di *care*, almeno nella concezione che propongo, presuppongono il riconoscimento dei diritti a cominciare da quelli implicati dalla libertà di pensiero e un’alleanza (anche contrattuale) fra soggetti che si riconoscono reciprocamente e instaurano un patto fiduciario.

Ne consegue che gli interventi psichiatrici rieducativi non possono prescindere dalla volontà del detenuto e non possono aver luogo a prescindere dalla sua consapevolezza e, anche, dalla sua partecipazione attiva. Un ultimo aspetto specifico, che mi sembra importante trattare, riguarda il rapporto fra assistenza e cura psichiatrica e trattamento rieducativo. In che termini lo psichiatra penitenziario contribuisce alla rieducazione? Per comprendere come egli possa contribuire sotto questo aspetto è necessario che, coerentemente con quanto si è detto relativamente all’etica della cura, il suo mandato professionale non venga inteso in termini settoriali e tecnicistici. È, inoltre, necessario chiarire che cosa si debba intendere per rieducazione. In primo luogo, essa non può consistere nell’imposizione dall’esterno di un particolare modello comprensivo di vita buona. Nelle condizioni in cui si trova il detenuto, si tratterebbe di una intollerabile coercizione e di una grave limitazione della sua libertà di pensiero. La rieducazione, per essere effettivamente tale, comporta, da una parte la libera disposizione del detenuto a riconsiderare la propria identità morale, dall’altra che gli operatori veicolino i valori comuni socialmente condivisi (quelli fondativi delle costituzioni e in

19 Cfr. G. Ponti/I. Merzagora, *Psichiatria e giustizia*, cit., p. 188.

20 Cfr. M. Bartolini, cit.

particolare quelli concernenti, la legalità, la convivenza, la tolleranza). Parlare di trattamento volto al reinserimento sociale, come previsto dall' art. 1 dell' Ordinamento Penitenziario, ha, dal mio punto di vista, senso solo se il processo rieducativo si fonda su l' idea di rieducazione di cui sopra. La responsabilità di tale processo ricade sull' intero sistema penitenziario e, più specificamente, sui sottosistemi costituiti dagli istituti penitenziari. Naturalmente tali sottoinsiemi sono, in buona parte, espressione delle reti di relazioni sussistenti fra le diverse professionalità.

Il contributo dello psichiatra penitenziario, affinché sia praticato effettivamente il diritto alla salute nella prospettiva del ben-essere e della rieducazione (le due cose sono collegate), può essere di notevole rilevanza: attraverso la cura e l' assistenza, egli può consentire l' emergere di condizioni più favorevoli, all' interno del processo favorendo una progettualità di ricostruzione dell' identità morale del detenuto e veicolando, insieme ad altre professionalità, i valori comuni condivisi. Anche scelte che, a prima vista, appaiono più circoscritte, come il decidere di richiedere il ricovero esterno, possono assolvere a creare migliori condizioni per il trattamento rieducativo.

6. *Clinical governance e sanità penitenziaria*

Lo psichiatra operante in ambito penitenziario, come tutte le altre figure professionali impegnate in tale sistema, può assolvere al suo mandato tutelando e rispettando, sul serio, il diritto alla salute se, all' interno delle carceri, si costruiscono le condizioni per relazioni interprofessionali non formali espressione di un lavoro d' *équipe*. È, però, altrettanto essenziale che la sanità penitenziaria entri a far parte di un sistema di *clinical governance* per superarne l' autoreferenzialità. Nell' esperienza italiana si tratta di applicare di quanto disposto dal d.lgs. 22 giugno 1999 n. 230 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008. Mi rendo conto che sto parlando, in gran parte, di un dover essere e di una proiezione verso il futuro. In Italia, abbiamo a che fare con due criticità simultanee: la *clinical governance* a livello di SSN e, naturalmente delle sue strutture decentrate, è, in gran parte, da costruire (anche a causa di una visione burocratica ed economicista che, ad oggi, appare molto diffusa), dall' altra la riforma della sanità penitenziaria stenta a decollare e la sua gestione, a livello regionale, generalmente è stata ed è molto problematica. Eppure, se non è possibile pensare che le problematiche inerenti il diritto alla salute negli istituti penitenziari possano essere affrontate sulla base della sensibilità e della buona volontà dei singoli o, anche solo, all' interno degli istituti è questa la sfida che si ha di fronte. Non è questa la sede per entrare nel dettaglio di come debba essere intesa e gestita la *clinical governance*. Di certo, le innovazioni indotte dalla riforma richiedono una *governance* del sistema. Non potrebbe essere diversamente, poiché le Aziende Sanitarie Locali, nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento, devono gestire tutte le funzioni sanitarie precedentemente assolte dal Dipartimento dell' Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile.

Si pensi, inoltre, quanto siano rilevanti, anche per lo specifico della psichiatria penitenziaria e per affrontare, con qualche possibilità di successo, le criticità nell' espletamento del mandato principi quali: il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati e dei minorenni

sottoposti a provvedimento penale; la necessità di una forte e continuativa collaborazione interistituzionale; la complementarietà degli interventi a tutela del diritto alla salute, con quei trattamenti educativi finalizzati al reinserimento sociale dei detenuti; la garanzia della continuità terapeutica e degli interventi di cura anche dopo la scarcerazione. Stesso discorso vale per obiettivi quali la promozione di programmi di medicina preventiva ed educazione sanitaria; la promozione dello sviluppo psicofisico dei minori; l'integrazione degli interventi sociali sanitari e penali con l'elaborazione di un progetto individualizzato per ogni minore o giovane adulto sottoposto a misure penali (a mio parere progetti individualizzati andrebbero estesi a tutti i detenuti indipendentemente dalla fascia d'età); l'integrazione nella rete dei servizi sanitari delle ASL per garantire continuità assistenziale e interventi secondo criteri di equità e qualità.

Va da sé che questi principi, obiettivi, criteri, che mi paiono del tutto condivisibili, rischiano di rimanere sulla carta se non vengono resi operativi e praticati all'interno di una prospettiva strategica di gestione aziendale secondo criteri e avvalendosi di strumenti di responsabilità sociale. Del resto, quanto richiede la riforma va nel senso di quel processo di democratizzazione della medicina, proprio di una corretta visione della *clinical governance*. Tale visione comporta una democratizzazione del contratto tra medicina e società consistente nel seguire il processo che, dopo essere andato dalla medicina verso la società, procede ora in senso inverso: dalla società verso l'ambito medico-clinico. Ben al di là della capacità di agire (*agency*), così come definita dal consenso informato, infatti, le implicazioni della *governance* offrono lo spunto per un dialogo radicale (cognitivo e normativo), continuato e attivamente partecipato nella gestione individuale e collettiva della salute²¹.

7. La cura, i diritti e la pratica di una cittadinanza attiva

Il prendersi cura è una pratica che comporta, come si è visto, sia l'azione che la riflessione. Perché possa essere posta in atto, senza distorsioni, richiede di essere coniugata con l'etica dei diritti. Ho, infatti, cercato di dimostrare come esse si rafforzino a vicenda superando i loro limiti intrinseci. Più in particolare, la buona cura implica il conflitto e la consapevolezza dell'alterità delle altre soggettività. La relazione di cura non è per nulla "pacifica" e, talvolta, il prendersi cura comporta il dire dei no ai propri interlocutori, il non assecondare (dandone ragioni) bisogni che riteniamo non appropriati. La cura ha una dimensione universale poiché ci pone di fronte a caratteristiche proprie di tutti i viventi, a cominciare dalla loro vulnerabilità ed esposizione al rischio, ed esprime il punto di vista morale per cui dovremmo operare disinteressatamente per il bene altrui, ma ha anche una dimensione particolare in quanto ha a che fare con soggettività, bisogni, biografie e contesti. Coniugata con l'etica dei diritti consente di superarne il formalismo e di correlare, nella dimensione contestuale, bisogni particolari e diritti umani universali. Questa concezione della cura è effettivamente praticabile anche e soprattutto all'interno di un SSN gestito secondo principi di *clinical governance* tali

21 Cfr. M. Tallacchini, *Democrazia come terapia: la governance tra medicina e società*, in «Notizie di Politeia», XXII,81, Milano 2006, pp. 21-22 e F. Manti, *Clinical governance: l'organizzazione della sanità a sostegno della qualità della vita*, cit., p. 135.

F *ilosofia e...*

da favorire il prendersi cura come attività che, rendendo possibile il fiorire di capacità e lo sviluppo dell'autonomia possibile, genera ben-essere e, dunque, rispetto e tutela del diritto alla salute. Per questo l'affermarsi della buona cura nella società in generale, e negli istituti penitenziari, in particolare, è un obiettivo di civiltà che dovrebbe vederci impegnati tutti in quanto cittadini consapevoli e responsabili.