

De-istituzionalizzare il territorio?

**Massimo Campedelli, Gianni Baccile,
Gianni Tognoni, Marta Valerio**

RPS

Il saggio propone di affrontare criticamente il tema della istituzionalizzazione, in particolare nelle attuali nuove forme, o apparentemente tali, rispetto a quelle su cui si era concentrata l'attenzione e la mobilitazione culturale, scientifica e politica a cavallo degli anni '60 e '70. Il percorso proposto prende spunto da una interpretazione «operativa» della elaborazione della concezione delle capacità di Martha Nussbaum, si interroga sul nesso tra

discriminazione, segregazione e istituzionalizzazione, propone l'epidemiologia di cittadinanza come base metodologica per dare visibilità a questi fenomeni, analizza la scarsità delle informazioni disponibili e, infine, propone il framework evidenze/diritti/sperimentalità come riferimento per gli operatori, e più in generale gli attori coinvolti, per riassumere oggi l'istanza emancipativa presente nei movimenti de-istituzionalizzanti della cosiddetta stagione delle riforme.

1. Premessa

Questo contributo ha l'obiettivo di sollevare la questione relativa a se e dove, ovvero per quale popolazione, sia in atto un processo di re-istituzionalizzazione delle risposte, con un ritorno e un'accentuazione delle forme di contenimento e, più in generale, di segregazione – fisica, simbolica e/o farmacologica – dei comportamenti considerati non tollerabili.

Il titolo, per scelta, è «storicamente» paradossale. La ricostruzione delle (poche) evidenze disponibili, da considerare necessariamente come *proxy* rispetto alla questione qui posta, è finalizzata ad approfondire se e quanto l'orientamento alla territorializzazione di risposte, servizi e prestazioni, nato parallelamente e coerentemente con l'istanza de-istituzionalizzante, stia oggi manifestando all'opposto forme molecolari e diffuse di re-istituzionalizzazione.

Gli esempi che sollevano questi interrogativi possono essere molteplici: le residenze per anziani e disabili; le forme di intervento residenziale per persone con disagio psichico e con problemi di dipendenza;

le forme di segregazione negli anfratti metropolitani, in cui vivono in condizioni di semivisibilità popolazioni «contenute»; la permanenza della funzione istituzionalizzante del carcere e la sua moltiplicazione funzionale in forme nuove; il consumo di psicofarmaci. Si tratta, in altri termini, di ricostruire, quando possibile, le forme, le popolazioni, i costi e le indicazioni normative che consentono tali fenomeni. Sulla base di tutto ciò, il contributo intende porsi la questione se la stessa categoria di istituzionalizzazione ne risulti, almeno in parte, modificata; non tanto per arrivare a conclusioni definitive quanto per riaprire un dibattito, peraltro mai definitivamente chiuso, né forse chiudibile.

2. Riprendere la ricerca, rimettere al centro le libertà

Il tema della libertà¹ rimanda ai fattori che hanno determinato uno dei più importanti processi di de-istituzionalizzazione realizzati nel nostro paese. È infatti con la scoperta della libertà da parte della psichiatria (Basaglia, 1981; Dell'Acqua, 2009), o meglio della doppia libertà del soggetto psichiatrizzato e della istituzione psichiatrica con a capo lo psichiatra, che viene messa in discussione la contraddizione intrinseca che ne segna(va) la funzione di controllo sociale, ovvero del suo «compito paradossale» dove il paziente/recluso diventa non curabile.

Dal punto di vista storico-culturale, la de-istituzionalizzazione affermatasi tra gli anni '60 e gli anni '80, è definibile come una *stagione trasgressiva*, dove con questo termine si intende la messa in discussione dell'ordine morale e sociale esistente (concezioni, pregiudizi, sentimenti, modelli di sviluppo considerati naturali) e la sua sostituzione – o il tentativo di – con un nuovo ordine (Enriquez, 2011). Molte furono le riforme e le norme innovative maturate in quegli anni. Carcere, tossicodipendenze, lavoro, solo per citarne alcune, accompagnarono la ideazione e approvazione della legge 180/78.

Non a caso il movimento della de-istituzionalizzazione è stato vissuto con modalità e interpretazioni diversificate, a seconda che ne fosse interpellato il mondo carcerario (de-carcerizzazione), il mondo manicomiale (de-manicomializzazione), il mondo sanitario (de-ospedalizzazione), il mondo dell'assistenza e delle povertà (ad es. la chiusura degli orfanotrofi), ecc. Ognuno di questi mondi presentava profili specifici, ma al contempo alcuni tratti comuni.

¹ Per una rassegna storico-filosofica, si veda Lanzillo, 2008.

Con istituzionalizzazione si vuole intendere un sistema di negazione della libertà di essere e di scegliere i criteri con cui essere; ovvero della *organizzazione strutturata* (appunto, istituzionalizzata) *della negazione o della riduzione delle capabilities*. Esso indica il modo con cui una persona riesce a convertire e a far proprie le risorse/opportunità (che il mondo circostante offre) in funzionamenti, cioè in risposte appropriate e coerenti ai propri bisogni, primo tra tutti quello di essere se stessa, ovvero libera di scegliere e libera di definire i criteri con cui scegliere. Istituzionalizzazione, in altri termini, significa essere coattivamente inseriti in un «mondo circostante» che strutturalmente nega tutto ciò.

Eccone alcuni profili.

«La domanda fondamentale che si pone il metodo delle capacità [... è una determinata persona] che cosa è effettivamente in grado di fare e di essere? [...]. Non chiediamo soltanto se è soddisfatta di ciò che fa, ma che cosa fa e che cosa può fare (di quali opportunità e di quali libertà dispone). E ci interessano non solo quali risorse la circondano, ma in che modo entrino in azione permettendole di agire in modo pienamente umano [...] concepite come lo spazio rilevante all'interno del quale fare confronti sulla qualità della vita nelle società, e che funzioni come parametro decisivo per chiedersi se una data società ha distribuito un livello minimale di giustizia fra i suoi cittadini» (Nussbaum, 2007, pp. 72 e 91).

L'approccio delle capacità, nella declinazione che ne dà Martha Nussbaum (si veda da ultimo Nussbaum, 2011), parzialmente diversa da quella di Sen (si veda, anche qui, da ultimo Sen, 2010), si pone l'obiettivo di:

- ♦ ridefinire in chiave *universale* – ovvero comprensiva dello stato di dipendenza/disabilità temporanea o permanente, parziale o totale, delle persone, nel fisico e nella mente (*versus* l'idea che presuppone che gli esseri che sottoscrivono il contratto siano «liberi, uguali, indipendenti») – le idee di *contratto sociale* e *vantaggio reciproco*;
- ♦ fornire una guida solida per il diritto e le politiche pubbliche quando queste affrontano i temi della disabilità, ecc.;
- ♦ costruire una base filosofica necessaria a dare conto dei diritti umani che dovrebbero essere rispettati dai governi di tutte le nazioni, e una base minima per il rispetto della dignità umana;
- ♦ costruire una *teoria sostantiva* (critica «continuista» al proceduralismo della scelta iniziale del contrattualismo sociale di John Rawls) di una serie di capacità (centrali).

La «*lista delle capacità centrali*» ne prevede dieci, mutualmente rafforzanti

RPS

Massimo Campedelli, Gianni Bacile, Gianni Tognoni, Marta Valerio

e centralmente rilevanti. Essa ha la funzione di definire i *requisiti essenziali* di una vita dignitosa, ovvero di affermare gli scopi generali/diritti fondamentali che la società intende garantire, stabilendo un nucleo minimo di diritti sociali, che siano espandibili nel tempo.

«Nella sua forma attuale la lista rappresenta il risultato di anni di discussioni transculturali, e i confronti tra le versioni precedenti e quelle successive mostrano che l'apporto di altre voci ha contribuito in molti modi a formare il contenuto. In questo senso la lista rimane aperta; la si può sempre contestare e rifare. E non nega che gli elementi che la compongono in certa misura siano costituiti in modo diverso in società diverse. Infatti, uno dei criteri costitutivi della lista è che i membri di queste società possano specificarle con maggiore concretezza a seconda delle credenze e delle circostanze locali» (Nussbaum, 2002, p. 75). La lista rappresenta altresì una griglia analitica per descrivere il concetto di istituzionalizzazione così come lo abbiamo proposto. Anticipando quanto verrà detto più avanti, molti dei suoi *contenuti di capacità* (si veda tabella 1) rappresentano i tratti di esistenza che le istituzionalizzazioni vecchie e nuove negano in modo sistematico. Questo non significa ovviamente che la negazione/riduzione delle *capabilities* trovi espressione solo nei fenomeni di istituzionalizzazione; in essi però essa si fa sistema.

Tabella 1 - *Contenuti delle capacità centrali*

Capacità	Contenuto
Vita	Vivere fino alla fine una vita di normale durata Vivere senza limitazioni tali da rendere indegna la vita che si vive
Salute fisica	Godere di buona salute Vivere una riproduzione sana Godere di una nutrizione sana Avere una abitazione adeguata
Integrità fisica	Libertà di movimento Protezione dalle aggressioni Godere del piacere sessuale Libertà di scelta in tema di riproduzione
Sensi, immaginazione, pensiero	Poter usare i propri sensi Immaginare, pensare e ragionare in modo informato e coltivato da una istruzione adeguata Libertà di espressione Libertà di culto Poter andare in cerca del significato ultimo dell'esistenza a modo proprio Poter fare esperienze piacevoli ed evitare dolori inutili

segue *Tabella 1* -

Capacità	Contenuto
Sentimenti	Poter provare attaccamento a cose, persone e a noi stessi Amare, soffrire, provare desiderio, gratitudine e ira giustificata Non vivere ansia e paura Non subire abuso o abbandono
Ragion pratica	Sviluppare una concezione di ciò che è bene Programmare criticamente la propria vita
Appartenenza	Vivere con gli altri e per gli altri Riconoscere e preoccuparsi per l'umanità altrui Impegnarsi in varie forme di interazione sociale Provare compassione Sviluppare il senso della giustizia e della amicizia Disporre di basi sociali per il rispetto di sé e per non essere umiliati Essere trattati con uguale dignità
Altre specie	Vivere con gli animali e nella natura Provare interessi
Gioco	Ridere, giocare e godere di attività ricreative
Controllo del proprio ambiente	Partecipare alle scelte politiche Diritto di partecipazione Libertà di parola e associazione Proprietà come opportunità concreta e uguale Lavoro Garanzia di non essere perquisiti o arrestati senza autorizzazione

Fonte: Elaborazione a cura dell'autore su Nussbaum, 2007

3. Istituzionalizzazione/re-istituzionalizzazioni

La fenomenologia della istituzionalizzazione, così come è nota dal dibattito maturato dagli anni sessanta in poi – la *stagione trasgressiva* prima richiamata – si faceva sistema di negazione della libertà attraverso:

- ♦ un processo che rendeva il soggetto compatibile-funzionale alla legittimazione della negazione della sua libertà (la carriera di Goffman, 1968);
- ♦ uno spazio definito di segregazione (non oltrepassabile simbolicamente e con accentuazioni diverse anche fisicamente);
- ♦ un apparato di regole che imponeva l'eterodirezione (il non potersi comportare diversamente);
- ♦ una scansione del tempo che negava la storia come costruzione soggettiva e collettiva (il non cambiamento);

- ♦ rapporti gerarchici che stabilivano la subalternità alla volontà altrui, ovvero senza con ridotti diritti/capacità negoziali-contrattuali (la non autonomia);
- ♦ la tendenziale compiutezza dell'universo istituzionale (tutte o quasi le dimensioni del vivere sono rinchiusi in quello spazio-tempo-regolazione-rapporti di potere).

I mix tra questi fattori potevano cambiare a seconda delle figure sociali (orfano, folle, deviante, povero, ecc.) e dei settori di intervento (assistenza, psichiatria, pena, ecc.), e quindi poteva cambiare l'effetto della istituzionalizzazione per i soggetti e la sua funzione specifica per la società «altra», ma era la compresenza-interazione di essi che qualificava il fenomeno chiamato istituzionalizzazione.

Il fatto però che già in questa «prima versione» ci fosse un gradiente, una differenziazione, delle forme e delle condizioni di istituzionalizzazione, determinava e continua a determinare che «altre» forme e condizioni non (ancora) considerate tali potessero e possano esserne accomunate. In altri termini, moltiplicandosi i criteri di inclusione di una categoria, ad essa possono afferire fenomeni prima considerati altri.

Ciò provoca, metodologicamente, la necessità di una rivisitazione concettuale al fine di poter verificare se la riconduzione del molteplice all'idea di fondo, al concetto, sia corretta oppure no. Al riguardo si può sottolineare l'esistenza di un forte nesso, una interdipendenza funzionale, tra discriminazione, segregazione e istituzionalizzazione. Si proverà a tratteggiarne una prima descrizione concettuale.

Per discriminazione si intende il trattamento non paritario attuato nei confronti di un individuo o un gruppo di individui in virtù della loro (non) appartenenza ad una particolare categoria (basti pensare alla molteplicità degli status di cittadino oggi compresenti, ovvero al fenomeno della «stratificazione civica» – Morris, 2002; Ambrosini, 2010; Rinaldini, 2010 – o ai fenomeni di uguaglianza tra pari contrapposta alla uguaglianza di diritto – Urbinati, 2011).

Per segregazione si intende la separazione fisico-simbolica-mentale delle persone nella vita quotidiana. In quella fisica, si ritrovano le forme di contenimento fisico (Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 2009) o quelle più o meno aggiornate di ghettizzazione, come possono essere i campi delle popolazioni rom e sinti (www.sucardrom.eu); in quella simbolica, si manifesta la condizione di colui che è in attesa del riconoscimento dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria (Biondi Dal Monte, 2011) – nel senso che la sua presenza non si accompagna ad appartenenza, ovvero ad una apparte-

nenza ridotta e temporanea – o a chi, poiché omosessuale, non può manifestare il suo affetto nei confronti della persona amata – cosa possibile invece a chi è eterosessuale – e di conseguenza può farlo solo o in contesti privati o in contesti pubblici ma selettivi; in quella mentale, la possibilità di relazione e interazione del soggetto è condizionata dall'uso di farmaci, e più in generale da sostanze psicoattive, che inibiscono/gestiscono stati d'animo e comportamenti, ovvero lo rinchiudono in un particolare stato della mente (una specie di *Truman show* chimico) senza che ciò abbia immediatamente conseguenze sul piano fisico e simbolico.

Un tratto distintivo delle diverse forme di segregazione riguarda la loro visibilità o non visibilità: mentre il residente in un campo rom è visibile, chi è in attesa dello status di rifugiato lo è molto meno (magari lo è in quanto somaticamente riconducibile a caratteri etnici specifici), e ancora meno lo è chi si trova in terapia farmacologica.

Per istituzionalizzazione si intende l'esito di questo processo, il cui peso, la cui gravosità, per il soggetto è ovviamente variabile. Anche in questo caso la visibilità/non visibilità gioca un suo ruolo (un conto è un ospedale psichiatrico e un conto un appartamento adibito a residenza collettiva per persone seguite dai servizi psichiatrici).

Ci sono almeno altri tre fenomeni il cui intrecciarsi viene a caratterizzare, anche se in modi da approfondire, questa interdipendenza funzionale:

- ♦ la cronicizzazione della (definizione sociale della) vita del soggetto, ovvero la sospensione del tempo attraverso la sua indeterminazione;
- ♦ la residenzialità (avere o non avere una residenza anagrafica), la cui assenza (per i senza fissa dimora – vedi Grosso, *infra*) o la cui impossibilità ad uscirne (per gli internati) produce effetti paradossalmente simili;
- ♦ la *commercializzazione della cittadinanza* (Crouch, 2003), ovvero il trasferimento gestionale di funzioni tipicamente pubbliche (la detenzione, la gestione della permanenza di soggetti irregolari, ecc.) a operatori privati (tema trattato in altre parti del numero), in cui si mescolano veri e propri *trasferimenti di convenienze e interessi* (p.e. dalla ricerca di base finanziata con risorse pubbliche, alla commercializzazione privata dei farmaci prodotti grazie alla ricerca di base; Tognoni, 2008a).

Infine, il processo di discriminazione-segregazione-istituzionalizzazione struttura la negazione delle libertà sia «dentro» che «fuori» quel

RPS

Massimo Campedelli, Gianni Bacchie, Gianni Tognoni, Marta Valerio

«dentro», in una logica che è al contempo speculare e complementare. In altri termini, riprendendo Basaglia, esiste anche una «istituzionalizzazione esterna», determinata da: «lo stato di cristallizzazione su particolari posizioni in cui si muove la società chiusa e ristretta entro regole e giudizi che, anziché organizzarla, la determinano e in cui essa si identifica» (Basaglia, 1981, p. 260).

Tutto ciò, almeno a livello di ipotesi di ricerca, permette di considerare quantomeno plausibile l'allargamento della comprensione dei fenomeni di istituzionalizzazione da quelli storicamente considerati (le istituzioni totali, per l'appunto – Goffman, 1968; Foucault, 1976; Basaglia, 1974 e 1981; ecc.) alle forme «nuove» o a quelle frutto di una temporanea/apparente trasformazione/evoluzione delle precedenti.

È quanto sollecita anche l'analisi della modernità nella fase della globalizzazione. Bauman, ad esempio, nella sua interpretazione socio-culturale delle *vite di scarto*, abbina, nel senso di riconoscerle complementari, la condizione del *rifugiato* in quanto *rifiuto* da segregare nelle terre di frontiera globali – i campi per rifugiati ai margini o in enclave di zone di guerra – a quella degli esseri umani in *esubero* che non sono (più, come un tempo) espellibili (quando peraltro erano strumenti di colonizzazione), e per i quali «occorre approntare discariche all'interno del luogo che li ha resi superflui. Discariche simili sorgono in tutte o quasi le grandi città. Si tratta di ghetti urbani, o meglio, per adottare il termine coniato da L. Wacquant, gli “iperghetti”» (Bauman, 2008, p. 100).

Così come, solo per citarne altre, l'analisi della involuzione della democrazia, in quanto sistema politico che da includente sta diventando escludente (sempre Urbinati, 2010), in cui, ad esempio, si afferma la separazione del nesso tra obbligo fiscale e diritto di voto, ovvero tra presenza produttiva e appartenenza dei lavoratori immigrati stabilizzati. O, ancora, l'analisi dei sistemi di cura e riabilitazione con i fenomeni di trans-istituzionalizzazione dove l'ex internato de-istituzionalizzato viene trasferito ad altri contesti di internamento «più in penombra» (Rotelli, 2008).

4. Una epidemiologia delle istituzionalizzazioni

Come ricostruire, rendere visibile e comprensibile questa evoluzione e trasformazione della istituzionalizzazione – ovvero delle persone e delle popolazioni coinvolte – in cui insieme alla permanenza di vec-

chie forme si assommano e articolano delle nuove, magari più micro, molecolari e disseminate territorialmente? Non si tratta solo di una questione metodologica, tecnica, per cui ad esempio aggiungere alla notevole quantità di database e indicatori oggi disponibili (ma spesso poco informativi se non trattati in modo adeguato – Lepore e al., 2002 e 2007) altri che si sovrappongono. Il problema è epistemologico e riguarda la possibilità di collegare evidenze e diritti (Campedelli, Carrozza e Pepino, 2010).

L'epidemiologia della cittadinanza (Campedelli, Lepore e Tognoni, 2010) è un tentativo che va in questa direzione. Può essere definita, prima di tutto, una proposta di ri-educazione e ri-formulazione del linguaggio, questione di particolare rilevanza in un tempo come l'attuale in cui la cifra comunicativa per eccellenza sembra quella della inautenticità e quindi della mistificazione (Laffi, 2009), con cui si cerca di ri-chiamare le cose con il loro nome. Il termine epidemiologia, sequestrato dalla medicina per essere applicato alla malattia (= distribuzione, frequenze, conseguenze), ha come significato originario quello di strumento e di metodo per narrare la storia delle persone e delle popolazioni quando incontrano le «violazioni» al loro diritto/capacità di fruire dell'autonomia della vita. Le malattie sono solo una di queste «violazioni». La epidemiologia, nella sua accezione originaria, le rende visibili, ne esplora le cause, ne verifica e ne propone la evitabilità e la cittadinanza coincide con il ricordare che i diritti di vita non sono invisibili (si veda la lista delle capacità centrali in tab. 1).

Epidemiologia di cittadinanza significa quindi capacità di rendere visibili, condivisibili, evitabili tutte le situazioni di assenza di cittadinanza (per marginalità, esclusione, solitudine, povertà, malattia, ecc.) che tolgono autonomia. Tutti i cittadini – non solo i tecnici, medici e non – sono i responsabili di questa epidemiologia in quanto linguaggio comune di riferimento.

Non solo, fa parte della epidemiologia della cittadinanza essere sperimentatori e narratori, con una comunicazione comprensibile ai più, delle soluzioni possibili. Detto altrimenti, è uno dei modi di trattare il diritto come un bene comune, non garantito da, o delegato a, leggi/prestazioni gestite dall'alto, ma come un progetto che può avere successo solo se è responsabilità collettiva e condivisa (Tognoni, Anselmi e al., 2008 e 2010).

È, ancora, ricerca di cittadinanza nel senso che «attribuire diritti» è il contrario della loro affermazione ripetuta, simmetrica e complice della pratica della descrizione sempre più insistente, e immutabile, della lo-

RPS

Massimo Campedelli, Gianni Bacchie, Gianni Tognoni, Marta Valerio

ro negazione e violazione. Attribuire è un lavoro nel tempo, della non linearità, che prende sul serio, e se ne fa carico, la opacità e la fatica delle storie delle persone e delle popolazioni. Lavoro «permanente», perché il diritto non è quello che condanna, è quello che restituisce alle vittime visibilità e dignità.

Per definizione né l'epidemiologia né il diritto possono essere discipline volte prevalentemente a valutare o giudicare il passato: gli indicatori, le misure, se riferite soprattutto a persone, possono usare bene i dati che documentano il passato solo se mirano ed esplicitano un progetto di futuro.

La misurabilità della non autonomia/diritto/dignità/capacità si gioca, di conseguenza, attorno a due concetti: quello di *evitabilità* e quello di *riabilitazione*, intesi come appropriazione, riappropriazione e restituzione della possibilità di dire e di scegliere di sé (Tognoni, Baccile e Valerio, 2010).

La parabola della de-istituzionalizzazione basagliana è la dimostrazione storica di questo approccio, in quanto quella psichiatria non nega la follia (posizione che la differenzia tra altre riconducibili ai movimenti antipsichiatrici – Cooper, 1978; Forti, 1976) ma al contrario mette in discussione quello che si era costruito attraverso la manicomializzazione della stessa, riducendola a pericolosità sociale e nascondendola (non visibilità) nella sua verità di esistenza sofferente.

Tale messa in discussione si è per l'appunto concentrata sull'evitare la istituzionalizzazione (il soggetto che viene oggettivato dall'istituzione) e sul riabilitare ad una vita non istituzionalizzata, ricreando e favorendo sia da una parte che dall'altra la capacità negoziale/contrattuale del soggetto considerato folle (Basaglia, 1981; Rotelli, 2008). Il medesimo approccio lo si ritrova in altri percorsi di ricerca, come ad esempio quello della critica abolizionista del carcere (Ruggiero, 2011).

Ora, l'oggettivazione istituzionale – restringimento del sé, perdita di interessi, abbandono dei legami con l'esterno e con la vita passata e futura (la prima non appartiene più e la seconda è preclusa in quanto si vive nell'impossibilità ad avere alcun progetto), umiliazione attraverso la regolamentazione della vita quotidiana, accettazione della propria subalternità (Basaglia, 1981, vol. I, p. 286) – è, ritornando alla prima parte di questa riflessione, una componente significativa, ma non esaustiva, della negazione delle capacità presenti nella lista della Nussbaum.

Non si può, al riguardo, non pensare alla salute, ovvero alla morbilità, alla mortalità evitabile (Guidi, 2011) e/o alla aspettativa di vita delle

popolazioni discriminate, segregate, istituzionalizzate, quali quelle immigrate e rom/sinti (Morrone e al., 2004; Galati, 2007; Severino e Bonati, 2010; Loewenberg, 2010), o quelle rientranti nelle cosiddette povertà estreme (Grosso e Morniroli, *infra*), o quelle detenute (Antigone, 2010), o quelle ricoverate nelle Rsa (Tognoni e Lepore, 2007; Cecchetto e Saugo, 2010).

E qui si pone un ulteriore interrogativo. Se discriminazione, segregazione e istituzionalizzazione arrivano a togliere capacità (in particolare, di vita e di godere della salute fisica), si è in presenza di una o più forme di genocidio? Il tema, spesso ancora concepito in termini di eliminazione sistematica e violenta di un popolo (dagli ebrei agli armeni, ai tutsi, ecc.), secondo le ultime elaborazioni in sede di diritto internazionale, rimanda all'idea di qualsiasi attentato alla identità, alla sopravvivenza, alla libera espressione, al diritto di futuro di un gruppo umano, anche quando non si arriva alla sua distruzione più o meno completa, anche se non motivata dalle classiche ragioni «etniche, razziali o religiose». La sua intenzione non deve essere necessariamente dichiarata in modo esplicito e formale, così come la sua responsabilità e imputabilità ricondotta a singole persone fisiche cui applicare sanzioni penali. In altri termini, la questione rimanda alla convinzione che processi collettivi e anonimi che producono gli stessi risultati devono essere riconosciuti come cause dirette di un crimine, di cui è meno importante la concreta perseguibilità penale (spesso formalmente impossibile e/o non praticabile con gli attuali strumenti giuridici). Mentre la sua affermazione permette, come sostiene François Rigaux, il riconoscimento esplicito che la distruzione di gruppi umani ha un significato proprio e indipendente, e impoverisce doppiamente l'umanità: dalla parte degli autori del crimine è espressione di un delirio di cui l'umanità non può non avere vergogna; dalla parte delle vittime inaridisce una ricchezza culturale e morale che era parte del patrimonio universale (Tognoni, 2008b).

5. Dati e indicatori, ovvero popolazioni

Di quali evidenze si dispone per dare visibilità alle popolazioni discriminate, segregate, istituzionalizzate? Se le informazioni circa gli aspetti economico-gestionali relativi a servizi, prestazioni, interventi erogati non abbondano ma non mancano, non si può dire la stessa cosa per la condizione sociale, sanitaria, educativa, epidemiologica,

RPS

Massimo Campedelli, Gianni Bacile, Gianni Tognoni, Marta Valerio

delle persone/popolazioni coinvolte. Sembra che queste ultime siano presenti solo, e in quanto se, quelle condizioni/popolazioni descritte sono potenzialmente o fattivamente interessanti (da rendere visibili) rispetto alle esigenze del mercato; purché, ovviamente, non tocchino questioni sensibili rispetto al consenso dell'opinione pubblica.

5.1 Le popolazioni e le persone detenute

Emblematica l'attuale scarsità e frammentarietà di informazioni sulla condizione di salute della popolazione detenuta (*Relazione sullo stato sanitario del paese 2007-2008*), vero e proprio *missing* nei documenti recenti di programmazione sanitaria (il *Piano nazionale della prevenzione* dell'ottobre 2010 o la bozza di *Piano sanitario nazionale* del novembre 2010).

La cosa sorprende non solo per la rilevanza (in Italia ci sono 124 detenuti ogni 100.000 abitanti) che continua ad avere il tema (al punto che si può parlare di *detenzione sociale*, Camarlinghi e D'Angella, 2010), ma ancor di più perché nella precedente relazione (Ministero della Salute, 2008) era presente un paragrafo, il 3.3.7 *La salute della popolazione adulta negli istituti penitenziari italiani*, significativamente collocato insieme ad anziani, minori, donne, persone con disagio mentale, tossicodipendenti e immigrati nel capitolo *Cronicità, categorie fragili, categorie protette e integrazione sociosanitaria*, in cui veniva riportata la rilevazione 2004-2005 elaborata a partire da 117.217 schede sanitarie svolta dal Centro elaborazione dati del Dipartimento amministrazione penitenziaria, Dap. Ciò rischia di sembrare paradossale visto che nel 2008 la sanità penitenziaria è stata trasferita al Servizio sanitario nazionale (d.p.c.m. 1.4.2008, *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria* - Regione Emilia-Romagna, 2010).

Da quella rilevazione del 2005 emergeva che alla visita di ingresso solo il 37% non presentava problematiche sanitarie di rilievo, mentre il 50% presentava patologie di lieve entità e il restante 13% stati morbosi gravi. La tossicodipendenza era la patologia prevalente con il 16% del campione (dato questo di non immediata interpretazione, visto che nella stessa relazione a p. 100 si afferma «La prevalenza di detenuti che dichiara una tossicodipendenza per via endovenosa si è mantenuta stabile negli ultimi 12 anni, con un valore tra il 25-30%»), il 12% riguardava le malattie mentali (si noti che a p. 101 invece si scri-

ve: «Si è detto sopra che le patologie mentali rappresentano il 16% di tutte le patologie riscontrate», l'11,5% i disturbi della masticazione e, seppur trattandosi di popolazione mediamente giovane, il 10,2% le malattie osteoarticolari (dato comprensivo anche delle patologie post-traumatiche). Altre patologie da evidenziare erano quelle epatobiliari (correlate alle epatiti croniche), gastrointestinali e infettive. Sempre nel rapporto infine si sottolineava che «i dati forniti sono cumulativi, mentre per approntare idonee misure di prevenzione e trattamento sarebbe necessario disporre di dati disaggregati per classi di età e genere» (*ivi*, p. 99).

Questo quadro sembra peggiorato. Nel *Rapporto 2011 sui Diritti Globali* (Associazione Società InFormazione, 2011), sulla base della documentazione a disposizione della Commissione Giustizia del Senato (sempre dati Dap), si segnala che il 20% dei detenuti risulta sano, il 38% in condizioni mediocri, il 37% in condizioni scadenti, il 4% ha problemi di salute gravi. Del 30% dei detenuti che si è sottoposto al test Hiv, il 4% è positivo. Il 16% soffre di depressione o altri disturbi psichici. Il 15% ha problemi di masticazione, il 13% soffre di malattie osteoarticolari, l'11% di malattie epatiche, il 9% di disturbi gastrointestinali. Circa il 7% è infine portatore di malattie infettive. Su 173 decessi in carcere, nel 2010 i suicidi sono stati 66 (57 per impiccagione, 5 per asfissia con gas, 1 per recisione carotide, 2 per avvelenamento da farmaci, 1 per soffocamento da sacchetti di plastica); 37 di questi non aveva più di 35 anni. Tentati suicidi sono avvenuti nell'86% degli istituti, per un totale complessivo di 1.134 persone. I detenuti salvati in extremis sono stati 398. Gli atti di autolesionismo ammontano a 5.603. Gli atti di aggressione sono stati 3.462 (di cui 342 in danno di poliziotti penitenziari). Nel corso del 2010 i detenuti che hanno fatto ricorso a scioperi della fame per protesta, in 181 penitenziari, sono risultati essere 6.875.

Del carcere, al contempo si sa che (Antigone, 2010; Associazione Società InFormazione, 2011):

- ♦ in Italia sono attivi 208 istituti penitenziari (di cui 5 ospedali psichiatrici giudiziari e una casa di lavoro), con una capacità di poco più di 45.000 posti regolamentari e con una saturazione (al 31.12.2009) di 68.527 presenze (media giornaliera nel 2009 di 63.095 persone), di cui 25.164 stranieri (10 anni prima erano 11.000 in meno); nel 2009 i detenuti nella loro globalità sono cresciuti di 6.664 unità totali, nel 2008 di 5.503 unità;

RPS

Massimo Campedelli, Gianni Bacile, Gianni Tognoni, Marta Valerio

- ♦ nel corso del 2010 gli ingressi dalla libertà sono stati 84.641, 78.215 uomini e 6.426 donne, 44% dei quali sono stranieri;
- ♦ nel 2009 il 43,7% era composto da imputati (record europeo); 5.726 i detenuti italiani imputati o condannati per associazione a delinquere di stampo mafioso; 28.154 i detenuti che hanno commesso violazioni della legge sulle droghe (in proporzione è il doppio della media europea); 11.601 sono i detenuti che devono scontare una pena inferiore a un anno, di cui la metà stranieri; 1.437 sono gli ergastolani italiani; 54 gli ergastolani stranieri;
- ♦ i fruitori delle misure alternative si distribuiscono in 877 semiliberi, 7.800 in affidamento in prova e 4.692 le persone in detenzione domiciliare; solo lo 0,23% delle persone in misura alternativa risulta aver commesso reato durante la stessa; i tossicodipendenti in misure alternative in sette anni sono passati da 3.483 (1.1.2002) a 1.597 (31.12.2009);
- ♦ la stragrande maggioranza sono maschi; insieme al 4,35% di donne recluse sulla popolazione detenuta, sono incarcerati 57 bambini sotto i tre anni, per cui sono operativi 18 asili nido; complessivamente sono 22.675 i detenuti che hanno figli fuori dal carcere;
- ♦ per quanto riguarda età e scolarizzazione: a fronte di 463 ultrasessantenni, sono 7.311 i detenuti con meno di 25 anni; al contempo, a fronte di 930 detenuti analfabeti, 2.342 privi di titolo di studio e 9.197 che hanno finito la sola scuola elementare, i laureati sono 595;
- ♦ 178 sono i Magistrati di sorveglianza (l'organico ne prevede 204), uno ogni 394 detenuti; con una stima di lavoro (10 domande anno per detenuto) di circa 4 mila procedimenti, 10 al giorno da espletare, festivi compresi; «ovviamente raramente esercita le funzioni di controllo della legalità interna attraverso ispezioni» (Antigone, 2010);
- ♦ in servizio, operativi, risultano 34.239 agenti di Polizia penitenziaria (2.868 donne, 31.371 uomini) rispetto ad una pianta organica di 42.268 unità (19% in meno); la pianta organica ministeriale prevede inoltre 1.331 educatori e 1.507 assistenti sociali, mentre al 1°/9/2010 risultavano 1.031 educatori e 1.105 assistenti sociali, ossia circa 1 operatore ogni sessanta detenuti;
- ♦ dalla visita effettuata da Antigone tra il 21 giugno e il 2 luglio 2010 negli istituti di Padova Cc, Roma Rebibbia Femminile, Sulmona, Roma Regina Coeli, Fermo, Perugia Capanne, Como, Firenze Sollicciano, Milano San Vittore, Napoli Poggioreale, Novara, Bologna, Gorizia, Trieste, Pistoia, è risultato che tutti gli istituti, in base agli indicatori utilizzati (numero dei detenuti presenti, metri

quadri a disposizione per detenuto; luminosità della cella e possibilità di apertura del blindato durante la notte per favorirne la ventilazione nel periodo estivo; frequenza di accesso alle docce in comune e condizioni igieniche delle stesse; numero di ore trascorse al di fuori della cella; presenza di una cucina ogni duecento detenuti) sono risultati fuorilegge;

- ♦ la stessa associazione di *advocacy* penitenziaria, nel corso del 2009, ha ricevuto 1.300 richieste di ricorsi alla Corte europea sui diritti umani per denunciare condizioni di vita inumane (meno di 3 metri quadri a disposizione).

Dal punto di vista dei costi, sulla base dei dati ufficiali forniti dalla Ragioneria generale dello Stato, dalla Corte dei Conti e dal Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (Centro studi di Ristretti Orizzonti, 2011) complessivamente, dal 2001 al 2010, le carceri sono costate alla collettività circa 29 miliardi euro, di cui circa 900 milioni per l'assistenza sanitaria ai detenuti. Nel 2007 la spesa (3 miliardi e 95 milioni euro), ha segnato il massimo storico.

Nel 2010, per effetto dei tagli la spesa è risultata in calo di circa il 10% rispetto al 2007. L'incidenza del costo relativo al personale negli ultimi 4 anni è aumentata di ben 5 punti percentuali (dal 79,3 del 2007 all'84,3% del 2010); al personale in 4 anni è stato tolto circa il 5% del budget a disposizione nel 2007, mentre le spese di mantenimento dei detenuti, di manutenzione e funzionamento delle carceri hanno subito una decurtazione di 205.775.000 euro, pari al 31,2%.

Dal 2001 ad oggi il costo medio giornaliero di ogni singolo detenuto è stato di 138,7 euro. Grazie al sovraffollamento la spesa media giornaliera pro capite è scesa nel 2010 a 113 euro (nel 2007 era di 198,4 euro, nel 2008 di 152,1 euro e nel 2009 di 121,3 euro). Di questi 113 euro: 95,3 (pari all'84,3% del totale) servono per pagare il personale; 7,36 (6,2% del totale) sono spesi per il cibo, l'igiene, l'assistenza e l'istruzione dei detenuti; 5,60 (5,4% del totale) per la manutenzione delle carceri; 4,74 (4,1% del totale) per il funzionamento delle carceri (elettricità, acqua, ecc.). Ogni detenuto ha a disposizione beni e servizi per un ammontare di 13 euro al giorno. Per quanto riguarda la «rieducazione» la spesa risulta a livelli irrisori: nel «trattamento della personalità e assistenza psicologica» vengono investiti 2,6 euro al mese.

Per la sola spesa farmaceutica, nelle carceri venete, nel 2007, si spendeva dal 17 al 24-25% della spesa sanitaria complessivamente sostenuta (escluso metadone) (Ussl 16 Padova, 2008).

RPS

Massimo Campedelli, Gianni Bacchie, Gianni Tognoni, Marta Valerio

5.2 Le popolazioni e le persone rom e sinti

Altrettanto scarsi, e quei pochi disponibili particolarmente datati o molto parziali, risultano essere i dati relativi alle popolazioni rom e sinti.

«Non esistono dati precisi sull'attuale presenza di rom e di sinti in Italia. Nel paragrafo 172 del rapporto al Cerd, il governo italiano dichiara che vi sono approssimativamente 150.000 rom in Italia. Organizzazioni non-governative locali stimano che vi siano 60.000-90.000 rom e sinti italiani, e 45.000-70.000 rom nati fuori dall'Italia o nati in Italia da genitori immigrati, principalmente dall'Europa dell'Est, in particolare dalla ex Jugoslavia e, di recente, dalla Romania» (Errc e al., 2008). Tra gli stranieri si stima che la metà sia in Italia da almeno 15 anni e che il 55% abbia meno di 18 anni (Associazione Società InFormazione, 2011).

Una descrizione sintetica delle condizioni di vita nei campi (vedi anche Forcella, 2006; Morrone e al., 2004; Loewenberg, 2010) può essere ricavata dalla relazione di Monasta (2004) in cui vengono riportati dati di una serie di indagini svolte tra il 2001 e il 2002 su un campione di campi allora conosciuti: «La ricerca ha individuato 155 insediamenti, in cui abitano, in totale, oltre 18 mila rom stranieri con una media di 115 abitanti per insediamento. I kosovari e i macedoni rappresentano rispettivamente il 16% e l'11% di questa popolazione, per un totale di circa cinque mila persone. Tra i residenti dei campi, la salute dei bambini è tra i temi che destano maggior preoccupazione. [...] Nei cinque insediamenti (campione) sono state coperte 137 famiglie, per un totale di 737 persone di cui 167 sono bambini da zero a cinque anni. Il peso alla nascita è stato rilevato per 147 dei 167 bambini. Il 10% dei bambini (14/147) è nato sotto i 2,5 kg. In Italia, secondo i dati riportati dall'Unicef, la percentuale dei bambini nati sottopeso nel periodo 1995-99 era 5%. Per fini comparativi, paesi con il 10% di bambini nati sottopeso includono l'Egitto, l'Iran e lo Zimbabwe (Unicef, *La condizione dell'infanzia nel mondo*, 2001; Unicef, *Prima infanzia*, 2000). La percentuale di bambini che ha avuto la diarrea negli ultimi 15 giorni è del 32% (53/165), mentre i bambini che hanno avuto la tosse sono il 55% (90/165). La proporzione di bambini che ha manifestato problemi respiratori negli ultimi 12 mesi è significativamente condizionata dall'insediamento di provenienza, con un rischio cinque volte maggiore se il bambino proviene da Firenze o Bergamo rispetto agli altri insediamenti [23/90 (26%) comparato con 5/75 (7%)]. Or

4.8; 95% Ci 1.6-15.5]. Le cattive condizioni dell'abitazione e il fatto che il bambino sia giudicato dai genitori "piccolo per la sua età", sono altri elementi che si relazionano in modo significativo con la manifestazione di problemi respiratori durante l'ultimo anno. La prevalenza d'asma registrata risulta essere più alta rispetto ai dati nazionali (7% contro 5.2%, per "dispnea con tinnitus negli ultimi 12 mesi"; 4% contro 1.4% per "almeno quattro attacchi di tinnitus negli ultimi 12 mesi"). La proporzione di bambini con asma varia, inoltre, secondo le condizioni dell'abitazione, e aumenta gradatamente con il peggioramento di queste. Bergamo, il campo più affollato e con le maggiori carenze igieniche, ha la percentuale più alta di bambini con asma, seguita da Venezia e Firenze: dei cinque campi, solo in questi tre sono state segnalate presenze di ratti e di malattie dermatologiche»

5.3 Le popolazioni e le persone anziane

Rispetto alle popolazioni anziane il quadro informativo è meno lacunoso (Lamura e al., 2005) ma non per questo sufficientemente adeguato. Nel 2008, secondo il Ministero della Salute (2011), il quadro complessivo delle offerte residenziali e semiresidenziali accreditate – ovvero quelle operanti sotto il controllo del Ssn – era quello riportato in tabella 2.

L'offerta di residenzialità per anziani è di gran lunga superiore a tutte le altre: 2.500 strutture, poco meno della metà del totale; quasi 155.000 posti letto, pari all'80% del totale; circa 230.000 persone ricoverate, pari al 78% del totale.

Per quanto riguarda questa ultima tipologia il dato è incompleto, in quanto vi sono inoltre strutture residenziali per anziani non sanitarie. Considerati complessivamente, «dal 1971 al 2005 i posti letto sono raddoppiati passando da 131.366 a 265.326; [...] in tutti questi anni il rapporto dei posti letto con il numero degli anziani non si è sostanzialmente modificato. Nel 1971 i posti letto residenziali costituivano il 2,1% del totale degli anziani, il 2,3% nel 1986 e ancora il 2,3% nel 2005» (Pesaresi e Brizioli, 2009, p.54).

Per quanto riguarda numerosità e condizione delle persone ricoverate, risulta che: «Dal 2000 al 2005 [...] gli anziani accolti annualmente in tutte le strutture residenziali sono passati da 318.203 a 345.093. Si è pertanto verificato un aumento del numero assoluto dei ricoveri (+26.890) ma la quota di anziani ospitata in strutture residenziali è rimasta esattamente la stessa, pari al 3%» (Pesaresi e Brizioli, 2009, p.54).

RPS

Massimo Campedelli, Gianni Bacchie, Gianni Tognoni, Marta Valerio

Tab 2

RPS

DE-ISTITUZIONALIZZARE IL TERRITORIO?

Da sottolineare che ciò che si è aggravata è la condizione personale delle persone ricoverate, e questo emerge chiaramente considerando la tipologia di ingressi per tipo di offerta residenziale: «dal 2001 al 2005 gli anziani ricoverati nelle Rsa sono passati da 98.940 a 132.052 (e cioè dal 31,7% al 38,3% del totale degli anziani istituzionalizzati) mentre quelli ospitati nelle residenze assistenziali sono passati da 98.565 a 84.040 (e cioè dal 31,5% al 24,3% del totale degli anziani istituzionalizzati), con un salto davvero notevole» (Pesaresi e Brizioli, 2009, p. 55).

Passando dal quadro nazionale alla comparazione delle situazioni regionali – (dati 2007 in Morandi, Tavini e Di Domenico, 2010), la variabilità risulta accentuata e multiforme.

Grazie al Progetto Mattoni del Ssn *Prestazioni residenziali e semiresidenziali del 2007* possiamo ricondurre le molteplici forme/definizioni di residenzialità per anziani a quattro tipologie: quelle erogate in nuclei specializzati per persone che necessitano di elevata tutela sanitaria (Unità di cure residenziali estensive); quelle erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di cure residenziali di mantenimento); quelle erogate in nuclei specializzati (unità di cure intensive); e infine quelle erogate a persone con demenza associata a disturbi del comportamento e/o dell'affettività.

Il tasso di copertura (posti letto per mille anziani) varia da 0,2 a 44,3 – le indicazioni Ue stabiliscono come riferimento 50-60. Il numero di utenti assistiti va dallo 0,6 al 50,7 per 1.000 anziani. Differenti sono i modelli di remunerazione e gli importi tariffari delle diverse Regioni, sia a carico dei servizi sanitari regionali che dell'utenza/comune di residenza. I dati disponibili indicano che le tariffe variano dai 24 ai 147 euro giornalieri, anche se si deve considerare che possono comprendere la sola quota alberghiera, o la sola quota sanitaria, o entrambe (per un approfondimento, si veda Agenas, 2009). Rispetto alla tipologia di persone accolte, le informazioni disponibili non permettono di valutare in modo preciso il peso assistenziale e neppure l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

5.4 Le popolazioni e le persone minori

La legge 149/2001 ha previsto che il ricovero dei minori in istituto dovesse terminare entro il 31 dicembre 2006, mediante l'affidamento familiare, ovvero l'inserimento in comunità di tipo familiare caratterizzate da organizzazione e relazioni analoghe. La Conferenza Stato

RPS

Massimo Campedelli, Gianni Bacchie, Gianni Tognoni, Marta Valerio

Regioni (vedi d.m. 308/2001) ha recepito questa indicazione stabilendo due tipi di accoglienza residenziale: le comunità di tipo familiare (max 6 posti, in contesti di normale abitazione) e le strutture educative a carattere comunitario (max 10 posti, più 2 per emergenza). Non sono invece stati stabiliti standard qualitativi di assistenza, cosa lasciata alle disposizioni delle singole Regioni, quando questo è stato realmente fatto (Gruppo Crc, 2009).

Al 31 dicembre 2005 le comunità educative erano 2.226, con un totale di minori presenti pari a 11.543, con una percentuale del 57% di quelli di età 12-17%. Tali dati erano peraltro parziali, perché mancavano le 216 strutture presenti in Sicilia, di cui non erano disponibili le presenze. Da una successiva verifica del Centro di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza (Istituto degli Innocenti di Firenze) svolta con indagine telefonica, i minori ancora in istituto al 31 marzo 2009 erano 15, ospitati rispettivamente in due strutture siciliane e una pugliese. Dalle informazioni disponibili non risulta che i minori interessati siano mai stati censiti e quanti siano ricoverati in strutture sanitarie (comunità terapeutiche, istituti psico-medico-pedagogici, residenze sanitarie assistenziali, ecc.).

Si sa che dal circuito penitenziario minorile, nel corso del 2010, sono stati inviati in comunità circa 2.000 ragazzi (Associazione Società Informazione, 2011). Nelle strutture siciliane preposte all'accoglienza dei minori non accompagnati (dati 2009) è inoltre emerso che oltre il 60% si è allontanato ed è quindi diventato «invisibile». Sempre dall'analisi svolta nel rapporto del Gruppo Crc (2009) risulta poi che, secondo il governo italiano, al 31 dicembre 2005 ci fossero 12.551 minori in affidamento, di cui il 22% stranieri (erano il 6,6% nel 1999).

5.5 Le popolazioni e le persone «psichiatriche»

Le informazioni sulla rete dei servizi a tutela della salute mentale in Italia sono frammentarie. Non è attivo un sistema informativo nazionale per la salute mentale che rilevi strutture, processi di cura ed esiti. Il vuoto informativo è in parte compensato da tre studi (denominati Progres) realizzati dal Ministero della Salute nel corso dello scorso decennio, con il contributo scientifico dell'Istituto superiore della sanità, dai quali è uscita una prima mappa della rete dei servizi di salute: le strutture residenziali, le strutture di ricovero per pazienti in fase di acuzie, i servizi di salute mentale territoriali. In sintesi (Dell'Acqua e Bracco, 2009) emerge questa situazione.

I Dipartimenti di salute mentale (Dsm), struttura organizzativa dell'Azienda sanitaria che coordina la rete di servizi a differente intensità assistenziale, in Italia sono 210; la loro mission è la presa in carico dei pazienti gravi.

I Centri di salute mentale (Csm), sede organizzativa dell'equipe degli operatori e sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza, sono 707, tranne che in Molise, distribuiti su tutto il territorio nazionale; gli standard previsti – accessi, liste di attesa, orario di apertura, personale – sono soddisfatti solo in parte e la loro verifica mette in luce profonde variazioni regionali, oltre che di capacità/disponibilità a rendicontare il proprio operato. In un solo trimestre (dati 2005) sono state circa 520.000 le persone entrate in contatto con almeno un Csm; il loro quadro diagnostico presentava le seguenti proporzioni: 3 su 10 soffrono di un disturbo psicotico, 2,5 di un disturbo del tono dell'umore, le restanti vivono situazioni di malessere dovute a disturbi d'ansia o ad altre forme morbose.

La chiusura degli ospedali psichiatrici, a seguito della legge Basaglia, e l'introduzione del modello organizzativo del Dsm, ha comportato che il ricovero delle persone con disturbo psichico avvenga all'interno dell'ospedale generale, nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc), parte integrante del Dsm anche se situato nella struttura ospedaliera; nel 2001 (Sicilia esclusa) risultavano esservi 4.113 posti letto (0,79 posti letto/10.000 abitanti) nelle strutture pubbliche con una media di circa 13 posti per struttura.

Le Case di cura (Cdc) private, ubicate in 10 tra le 20 regioni censite, erano 54, con 4.862 posti letto e una media di 90 posti per struttura (quasi 1 posto letto/10.000 abitanti); il Lazio, la Campania e la Calabria avevano il minor numero di posti letto nelle strutture pubbliche e presentavano la più elevata concentrazione di posti letto in Cdc.

Nel Nord-Est la degenza media delle persone ricoverate nelle strutture pubbliche era doppia (24 giorni) rispetto al Sud (12 giorni); la scarsità di posti letto pubblici nel Meridione sembra essere il motivo principale ed essa causa pure il ricovero in altre strutture o aree geografiche e determina maggiori costi assistenziali complessivi.

In tutte le strutture, pubbliche e private, la presenza del personale è assicurata nell'arco delle 24 ore: in media (ultimi dati disponibili 2001) in ogni Spdc e Cpu (Clinica psichiatrica universitaria) vi è 1 ricovero al giorno mentre nelle Cdc, con capienze maggiori, i ricoveri sono quasi 2 al giorno.

RPS

Massimo Campedelli, Gianni Bacile, Gianni Tognoni, Marta Valerio

Sulla base delle informazioni disponibili, nelle strutture pubbliche sono state ricoverate circa 72.000 persone per complessivi 103.250 ricoveri; le giornate di ricovero sono state 1.227.679 con una durata media di 12 giorni.

Nelle Cdc sono state ricoverate 23.097 persone per complessivi 35.880 ricoveri; le giornate di ricovero sono state 1.252.049 con una durata media di 35 giorni.

I ricoveri con le modalità del Trattamento sanitario obbligatorio (Tso) sono stati 12.793, il 12,9% del totale dei ricoveri, e hanno coinvolto 966 persone; nessuna Cdc accoglie le persone in Tso; nel Sud la proporzione di Tso è circa doppia, a causa del tentativo di «forzare» il ricovero.

La metà degli Spdc e delle Cpu e la quasi totalità delle Cdc non hanno la disponibilità del ricovero sulle 12 ore in day-hospital (Dh), funzione questa finalizzata a contrastare l'evoluzione di situazioni critiche nel paziente e/o alleggerire il contesto di vita e la gravosità del carico familiare.

Rispetto a molte realtà europee, dove abbiamo un gran numero di reparti psichiatrici ospedalieri con le porte aperte, in Italia circa l'80% dei Spdc ha le porte chiuse a chiave.

La disponibilità di personale a tempo pieno, di qualsiasi profilo professionale, per posti letto varia in maniera marcata; nei Spdc per ogni posto letto ci sono almeno 2 unità di personale, nelle Cdc per 2 posti letto circa 1 unità; la numerosità del personale nelle strutture pubbliche dipende dal numero di posti letto più basso che nelle Cdc e dall'insieme dei pazienti accolti nei servizi ospedalieri pubblici.

7 Spdc sono ubicati in locali al di sotto del livello stradale, 111 Spdc (42%) non hanno una camera singola e molti hanno un considerevole numero di camere di degenza a 3 o 4 letti; meno di due Spdc su tre hanno uno spazio aperto accessibile alle persone ricoverate e tra questi circa la metà non ha una sala di soggiorno.

Le Strutture residenziali (Sr) sono strutture extra-ospedaliere in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti, con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative; vi sono, nelle regioni italiane, terminologie diverse per indicare le Sr.

In genere rispondono a funzioni quali: quella socio-assistenziale, per persone con disturbo psichico e ridotte capacità di vita autonoma, che richiedono un sostegno per le attività della vita quotidiana e/o che traggono vantaggio dalla vita comunitaria; quella terapeutico-riabili-

tativa che risponde ai bisogni di persone con disturbi rilevanti e importanti disabilità che necessitano di programmi individualizzati e continuativi per tempi differenziati e che non possono contare né sulla rete familiare, né sulla rete sociale.

Nel 2000 erano censite 1.370 Sr con 4 o più posti residenziali per complessivi 17.138 posti: 1.005 erano strutture ad alta intensità, quasi 3 su 4, 335 a media intensità e solo per 30 l'assistenza era fornita a fasce orarie.

Oltre la metà, 692 case, era stata aperta dopo il 1996 probabilmente nell'urgenza delle normative relative al superamento dell'ospedale psichiatrico.

Nelle Sr vi sono in media 12,5 posti e un tasso di posti residenziali per 10.000 abitanti pari a quasi 3 posti (superiore allo standard pari a 2/10.000).

Sempre nel 2000 le persone ospitate erano 15.943; il 58%, di esse, 9.319 non era mai stato ricoverato in Ospedale psichiatrico (Opp), mentre il restante 40% era composto da ex-degenti dell'Opp e 253 proveniva all'Ospedale psichiatrico giudiziario.

Circa la metà delle Sr ospitava prevalentemente persone comprese nella fascia di età tra 40 e 59 anni. La maggior parte delle Sr forniva un'assistenza di tipo intensivo, poco differenziata in termini di intensità assistenziale, livelli di autonomia, ecc.

5.6 Le popolazioni e le persone «psicofarmacologiche»

I dati di consumo disponibili confermano un aumento crescente dell'uso di psicofarmaci, e della conseguente spesa: «I farmaci del sistema nervoso centrale si collocano al terzo posto sul totale della spesa territoriale con 18 euro pro capite; per tale classe di farmaci si continua ad osservare un aumento delle prescrizioni (+4,3%) che a fronte di una riduzione dei prezzi (-1,9%) fa registrare un aumento della spesa (+5,8%), spiegabile anche da uno spostamento verso farmaci più costosi (effetto mix: +3,5%). Gli antidepressivi Ssri sono il sottogruppo a maggior prescrizione che mostra un ulteriore incremento sia di quantità prescritte (+2,6%), sia di spesa (+2,3%) [...]. Per gli altri antidepressivi si osserva un incremento delle quantità prescritte (+9%) e della spesa (+1,5%) e un effetto mix positivo (+0,9%) [...]. Gli antiepilettici, invece, sono al primo posto per spesa con un ulteriore netto incremento sia della spesa (+11,5%) che delle quantità prescritte (+4,4%) e uno spostamento della prescrizione verso farmaci più co-

RPS

Massimo Campedelli, Gianni Bacchie, Gianni Tognoni, Marta Valerio

stosi nell'ambito della classe (effetto mix: +7,4%) [...]. Il sottogruppo a maggior incremento di spesa e prescrizione è quello degli analgesici oppioidi (rispettivamente +22,9%, +16,4% con un effetto mix del +5,6%). L'effetto mix positivo può essere spiegato dal maggiore ricorso alla prescrizione di specialità più costose, generalmente per effetto dell'introduzione di nuovi farmaci o di nuove formulazioni in commercio. [...]. La prescrizione e la spesa dei farmaci anti-parkinson continua ad aumentare, rispettivamente di +10,3% e +10,7%, con una leggera tendenza verso la prescrizione di farmaci più costosi (mix: +1,1%), infatti fra gli anti-parkinson il maggiore incremento prescrittivo si registra per farmaci di recente commercializzazione [...]. Anche per gli antipsicotici tipici si osserva un incremento della spesa (+5,2%), a fronte di una lieve riduzione delle quantità prescritte (-0,2%) e del calo dei prezzi (-3,7%), spiegabile con lo spostamento della prescrizione verso farmaci più costosi (effetto mix: +9,5%). [...]. Per gli antipsicotici atipici, invece, il calo della spesa e delle Ddd (entrambi del 13,6%) è attribuibile, trattandosi di farmaci appartenenti al prontuario della distribuzione diretta (Pht), ad uno spostamento dell'erogazione verso altri canali distributivi. La variabilità regionale nel consumo di farmaci per il Snc varia da 49,0 Ddd/1000 abitanti die della Basilicata a 74,9 Ddd/1000 abitanti die della Toscana, mentre la regione con la spesa più alta resta l'Abruzzo con 25,6 euro pro capite e quella con la spesa più bassa la Basilicata (14,3 euro pro capite)». (Osmed, 2010, p. 6).

Se da una parte però, paradossalmente, tali informazioni, non permettono di identificare e riconoscere in modo mirato popolazioni «istituzionalizzate per via farmacologica», dall'altra la (non) qualità/scientificità/dipendenza-da-mercato della ricerca randomizzata sugli aspetti clinici e sui pazienti coinvolti nelle terapie psicofarmacologiche è altresì inadeguata a permettere di ricostruire le popolazioni interessate («Rivista sperimentale di freniatria», 2004; Andreatta e al., 2006; Anecchino, 2010).

Si potrebbe affermare che mentre è evidente che le persone istituzionalizzate tendono ad un consumo maggiore di psicofarmaci, sia rispetto a prima del ricovero/internamento che rispetto alla popolazione in generale (sul caso degli anziani in Rsa, Tognoni e Lepore, 2007; nel caso del carcere, Ussl 16 Padova, 2008), non vi sono invece evidenze sulla corrispondenza tra le popolazioni reali di consumatori e le popolazioni coinvolte nei trial randomizzati, ed entrambe non possono essere considerate *proxy* attendibili delle popolazioni sottoposte a

contenimento farmacologico diretto. In altri termini, mentre siamo in grado di riconoscere la funzione di *tracciante* del consumo di psicofarmaci, non altrettanto si può dire per la funzione di *determinante*.

6. Evidenze, diritti, sperimentaltà

Questo articolo è partito ponendosi l'obiettivo di sollevare la questione relativa a se e dove, ovvero per quale popolazione, sia in atto un processo di re-istituzionalizzazione delle risposte, con un ritorno o un'accentuazione delle forme di contenimento e, più in generale, di segregazione, fisica, simbolica e/o farmacologica dei comportamenti considerati non tollerabili. A compendio delle prime risposte date che confermano quantomeno la pertinenza di questo interrogativo, o insieme di interrogativi, si ritiene sia opportuno fare alcune considerazioni conclusive di natura metodologica, sia relativamente al problema della visibilità delle persone/popolazioni interessate, sia a quello dell'utilizzabilità dei dati e degli indicatori da costruire.

Se, come si è visto, l'epidemiologia è (in funzione del) diritto, e il diritto è «progetto», la realizzabilità di tale progetto non può che essere assunta secondo una logica sperimentale, cioè di pratica verificabile alla luce delle evidenze che il diritto stesso presuppone. La sintesi di questa visione è riassunta nel *framework* evidenze/diritti/sperimentaltà (Campedelli, Carrozza e Pepino, 2010).

6.1 Evidenze

I contributi sulle condizioni di migrante/irregolare e povero «estremo» di Morniroli e Grosso (*infra*), condizioni peraltro che si incrociano tra loro mettendo chiaramente in luce che la *carriera* delle persone/popolazioni difficilmente è lineare e settoriale, offrono chiavi interpretative basate sull'osservazione partecipante e sulla riflessività che scaturisce dalla loro esperienza sul campo. Si tratta di un patrimonio conoscitivo indispensabile per sviluppare l'ipotesi di ricerca qui abbozzata.

Non si può che concepire complementare quanto detto fino ad ora con quanto da loro proposto, soprattutto se l'analisi che si vuole costruire deve essere funzionale alla operatività. In campo sanitario da tempo si discute dei limiti degli approcci *evidence* e *narrative based medicine* (da ultimi Marradi e Nigris, 2010; Cipriani, 2010). Quando ci si mi-

RPS

Massimo Campedelli, Gianni Bacchie, Gianni Tognoni, Marta Valerio

sura con i processi sociali nella loro totalità e complessità, ovvero quando si esce dalle sperimentazioni randomizzate, l'approccio *narrative* è stato, ed è tutt'ora, in molti casi preliminare e propedeutico a quello *evidence*. Lo sviluppo del ragionamento qui proposto pare confermarlo.

In secondo luogo, se si vuole arrivare ad immaginare la costruzione di politiche che siano efficaci («La Rivista delle politiche sociali», 2009), ovvero che riducano/rimuovano la costruzione di sistemi di negazione della libertà/istituzionalizzazione, sul piano metodologico la stessa interpretazione dei dati e degli indicatori necessita di entrambe.

Detto questo, però, è importante sottolineare che non solo non bastano tanti o pochi dati – e, come si è visto, nel nostro caso questi spesso sono assenti o insufficienti – perché cambino la qualità e presumibilmente gli esiti di un'azione di politica pubblica; ciò che fa la differenza è il modo con cui si utilizzano le evidenze disponibili, tra cui anche i contributi *narrative*.

L'idea di evidenza più che come *prova* è quindi da considerare nella sua funzione molto più discreta, ma proprio per questo più rilevante e cogente, di elemento a sostegno di una *ipotesi*, cioè di supporto di una visione progettuale, dove per progetto si intende *la forma che assume la capacità ideativa delle persone e dei gruppi di creare qualcosa che non c'è*.

Solo per fare un esempio che ci permetta di allargare la visuale dalle persone/popolazioni coinvolte, ai processi societari considerati nel loro insieme: nella discussione in tema di differenziazione regionale dei sistemi di welfare (Campebelli, Carrozza e Tognoni, 2011), ovvero del combinato disposto tra federalismo e tagli nella spesa sociale in corso di realizzazione, in cui giustamente si pone la questione della possibile stabilizzazione o accentuazione della disuguaglianza territoriale nell'esigibilità dei diritti, soprattutto in assenza di livelli essenziali sociali e di rischio di ridefinizione in negativo di quelli sanitari ed educativi, i fenomeni di re-istituzionalizzazione, una volta resi visibili, possono (anche) essere considerati come indicatori di esito di tale processo? Se sì, questo ha implicazioni nel modo con cui costruiamo tale visibilità?

6.2 Diritti

Così come il concetto di evidenza, anche quello di diritto non è privo di problemi. Prima di tutto perché esso è usato e abusato in modo crescente, sia nella comunicazione pubblica che in quella privata. In

secondo luogo, perché esso è intrinsecamente portatore di difficoltà, incongruenze, tensioni.

I motivi sono molteplici e in questa sede ne indichiamo sinteticamente quattro: l'eterogeneità delle fonti del diritto (statale, sovra-statale, sub-statale, mercatistico, morale umanitario); la mancanza di gerarchie stabili, spesso conflittuali, tra i diversi livelli di diritto sub- e sovra-statale e la conseguente evoluzione non lineare del diritto stesso; il protagonismo delle persone/popolazioni portatrici di proprie istanze valoriali e quindi potenziali e/o reali artefici dell'evoluzione del diritto; l'evoluzione della società con la necessità di tutelare nuovi bisogni e quindi di richiedere nuovi diritti.

Se si interpreta il diritto dal punto di vista progettuale, tali debolezze sono anche una condizione della sua trasformabilità, ovvero della possibilità (da «evidenziare») di poter fare ancora ipotesi, per progetti conseguenti, di convivenze possibili.

6.3 Sperimentalità

Il processo di de-istituzionalizzazione nasce e via via si concretizza come un insieme di tentativi di soluzioni terapeutiche (o assistenziali, o ri-educative, o penali, ecc.) alternativi all'esistente. L'istanza progettuale era particolarmente forte, anche se molto meno sembra fosse presente l'interesse della verificabilità dei risultati che si sarebbero ottenuti. In parte, questa ultima esigenza è cresciuta nel tempo nelle forme varie che ha assunto il tema dell'*accountability*, ovvero del rendere conto della sostenibilità dei bilanci e della appropriatezza delle prestazioni erogate. L'ampliamento della platea dei portatori di interesse – *multistakeholder* – e il loro coinvolgimento nelle forme di governance in cui si sono trasformati sia il governo delle politiche pubbliche che delle gestioni private, ha allargato tali forme (in una battuta, dal bilancio di esercizio al bilancio sociale, o di mandato, o di missione, o di genere, o ambientale, ecc.). Ciò però ha determinato uno spostamento del *focus informativo*, per dirla alla Sen, dalle persone/popolazioni alle prestazioni. Detto con altre parole, vi è stata una assunzione della istanza progettuale dentro lo slittamento semantico che ha attraversato i sistemi di cittadinanza spostando/sostituendo progressivamente il paradigma bisogni/diritti/risposte con domande/convenienza/offerta (unito a quello bisogni/beneficenza/risposte), e ciò ne ha condizionato la sua implementazione coerente viziandone la logica intrinseca. Il punto nodale è che i servizi, riconosciutisi intuitivamente come *si-*

RPS

Massimo Campedelli, Gianni Bacile, Gianni Tognoni, Marta Valerio

stemi di ricerca, non hanno potuto sviluppare, se non parzialmente, questa istanza di attori di costruzione di libertà/emancipazione dalla violenza, dalla sofferenza e dai bisogni fondamentali, e non solo di produzione/erogazione, più o meno standardizzata, di prestazioni.

La sperimentabilità delle prestazioni, a nostro parere, non comporta la negazione degli standard, ma ne riconosce, insieme alla funzione di orientamento (e prima garanzia per i fruitori), i limiti rispetto alle differenze che necessariamente quegli standard non possono accettare: che siano quelle personali, o quelle familiari, o di popolazioni specifiche, o altre ancora, recuperando in questo modo la priorità del fine sulla pluralità dei mezzi possibili, ma non incoerenti.

La mappatura, parziale e insufficiente, dei processi di istituzionalizzazione sopra descritta, è essa stessa il preliminare di un protocollo sperimentale per la evidenziazione delle diversità che attraversano – e incrociano – quelle e altre popolazioni.

Gli standard svolgono cioè una funzione orientativa, di riduzione della complessità tra le alternative possibili. È evidente, per giocare sui termini, che questa logica necessita di evidenze, sia dal punto di vista dei bisogni sia dal punto di vista della efficacia ed effettività delle risposte, delle prestazioni e dei diritti.

La probabilità che una logica sperimentale «di effettività di diritti» possa essere presa in considerazione a fini e in pratiche operativi è strettamente correlata con la capacità degli attori di considerarsi responsabili e gestori di una cultura non regressiva e/o di gestione dell'esistente, ma che veda la sperimentazione di modelli innovativi di servizi misurabili sui diritti come l'espressione obbligata e prioritaria di appropriatezza e di legittimità.

De-istituzionalizzare il territorio, in fondo, vuole significare proprio questo.

Riferimenti bibliografici

Agenas, 2009, *Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard*, Relazione finale del progetto di ricerca corrente 2006, Agenas, Roma, 27 gennaio, disponibile all'indirizzo internet: http://www.agenas.it/agenas_pdf/convegno_modelli_costi_anziani_assist_primaria/Relazione_finale_Anziani_non_autosufficienti.pdf.

Ambrosini M., 2010, *Richiesti e respinti. L'immigrazione in Italia. Come e perché*, Il Saggiatore, Milano.

- Andreatta M., Baviera M., Fonto M., Joppi R., Mezzalana L., Mirandola M. e Tognoni G., 2006, *La depressione in medicina generale. Dossier*, «Dialogo sui farmaci», n. 1, pp. 4-13.
- Ancichino C., 2010, *Psicofarmaci: a che punto siamo?*, «Informazioni sui farmaci», n. 34, pp. 102-108.
- Antigone Onlus, 2010, *Da Stefano Cucchi a tutti gli altri. Un anno di vita e morte nelle carceri italiane. VII rapporto sulle condizioni di detenzione in Italia*, «Antigone», vol. 5, n. 1.
- Associazione Società InFormazione (a cura di), 2011 (di prossima pubblicazione), *Rapporto sui diritti globali 2011*, Ediesse, Roma.
- Barsanti S., Campedelli M. e Innocenti E. (a cura di), 2011, *Il profilo di salute. Un sussidio per i piani integrati di salute*, Ets, Pisa.
- Basaglia F. (a cura di), 1974, *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino.
- Basaglia F., 1981, *Scritti*, 2 voll., Einaudi, Torino.
- Bauman Z., 2008 [2005], *Vite di scarto*, Laterza, Bari-Roma.
- Biondi Dal Monte F., 2011, *Commento l. 15.7.2009, n. 94*, in De Francesco G., Gargani A., Manzione D. e Pertici A. (a cura di), *Commentario al «Pacchetto Sicurezza» legge 15 luglio 2009, n. 94*, Utet, Torino.
- Camarlinghi R. e D'Angella F. (a cura di), 2010, *Solo il carcere nel futuro delle «classi pericolose»?*, «Animazione Sociale», vol. 40, n. 247, novembre.
- Campedelli M., Carozza P. e Pepino L. (a cura di), 2010, *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Campedelli M., Carozza P. e Tognoni G., 2011, *Federalismo e sistema di welfare socio-sanitario: scenari e impatto*, «Ricerca & Pratica», vol. 27, n. 2, pp. 50-61.
- Campedelli M., Lepore V. e Tognoni G. (a cura di), 2010, *Epidemiologia di cittadinanza. Welfare, salute e diritti*, Il pensiero scientifico, Roma.
- Cecchetto G. e Saugo M., 2010, *Lì dove la medicina non arriva: l'epidemiologia assistenziale nelle risposte ai grandi anziani*, in Campedelli M., Lepore V. e Tognoni G. (a cura di), *Epidemiologia di cittadinanza. Welfare, salute e diritti*, Il pensiero scientifico, Roma.
- Centro Studi di Ristretti Orizzonti, 2011, *Ricerca sui costi del sistema penitenziario italiano dal 2001 al 2010*, disponibile all'indirizzo internet: http://www.ristretti.it/commenti/2011/aprile/pdf/costo_carceri.pdf.
- Cipriani R. (a cura di), 2010, *Narrative-based medicine: una critica*, «Salute e Società», vol. 9, n. 2.
- Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 2009, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, 10/081/CR07/C7.
- Cooper D. (a cura di), 1978 [1969], *Dialettica della liberazione. Integrazione e rifiuto nella società opulenta*, Einaudi, Torino.
- Crouch C., 2003, *Postdemocrazia*, Laterza, Bari.
- Dell'Acqua G., 2009, *I luoghi della cura. Buone e cattive pratiche*, «Quaderni di ItalianiEuropei», n. 2, disponibile all'indirizzo internet http://www.italianieuropei.it/it/la-rivista/archivio-della-rivista/itemlest/category/92-i-quaderni_2_2009_la_sanità_html.

RPS

Massimo Campedelli, Gianni Bacchie, Gianni Tognoni, Marta Valerio

- Dell'Acqua G. e Bracco R., 2009, *I numeri dei servizi di salute mentale in Italia*, «Quaderni di ItalianiEuropei», n. 2, disponibile all'indirizzo internet http://www.italianieuropei.it/it/la-rivista/archivio-della-rivista/itemlist/category/92-i-quaderni_2_2009_la_sanita.html.
- Enriquez E., 2011, *Un mondo senza trasgressione*, «Animazione Sociale», anno 41, n. 250, pp. 15-26.
- Errc - European Roma Rights Centre, Cohre – Centre on housing rights and evictions, , OsservAzione, Sucar drom (a cura di), 2008, *Rapporto sulla situazione italiana, presentato alla commissione delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione razziale (Cerd) riunito per la 72a sessione, 7 marzo*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.errc.org/cms/upload/media/02/C8/m000002C8.pdf>.
- Forcella E., 2006, *Profilo di salute della popolazione zingara*, relazione al corso «Salute senza esclusione. Rom e Sinti: accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari», Roma, Regione Lazio e Caritas Italiana, 26-27 settembre e 12 dicembre 2006, disponibile all'indirizzo internet: <http://archivioromanolil.blog.tiscali.it/tag/zingara/>.
- Forti L., 1976, *L'altra pazzia. Mappa antologica della psichiatria alternativa*, Feltrinelli, Milano.
- Foucault M., 1976, *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino.
- Foucault M., 1977, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano.
- Galati M. (a cura di), 2007, *Rom cittadinanza di carta. Metodologie di ricerca e di intervento sociale per apprendere parola e rappresentanza*, Rubettino, Soveria Mannelli (Cz).
- Goffman E., 1974, *Asylum*, Einaudi, Torino.
- Gruppo Crc (Convention on the Rights of the Child) – Gruppo di lavoro di monitoraggio sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 2009, *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Secondo rapporto supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della convenzione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*, disponibile all'indirizzo internet: http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/2_Rapporto_supplementare-2.pdf.
- Guidi G., 2011, *Il concetto di mortalità evitabile*, in Barsanti S., Campedelli M. e Innocenti E. (a cura di), *Il profilo di salute. Un sussidio per i piani integrati di salute*, Ets, Pisa.
- Laffi S., 2009, *Parole in relazione: dialogo, conversazione, intervista*, in Laffi S. (a cura di), *Le pratiche dell'inchiesta sociale*, Edizioni dell'Asino, Roma.
- Lamura G., Gori C., Hanau C., Polverini F., Principi A. e Tomassini C. (a cura di), 2005, *L'informazione statistica sull'assistenza agli anziani in Italia. Rapporto di indagine*, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione per la garanzia dell'informazione statistica, luglio.
- Lanzillo M.L. (a cura di), 2008, *Libertà*, Laterza, Roma-Bari.
- «La Rivista delle Politiche Sociali», 2009, *L'informazione prima della informazione. Conoscenza e scelte pubbliche*, numero monografico, n. 3, luglio-settembre.

- Lepore V., D'Ettoire A., Valerio M., Corrado D., De Camillis P., Romero M., Scurti V., Monesi G., Ferrarese A., Monesi L., Mollo F. e Tognoni G., 2002, *Dalla farmacoepidemiologia all'epidemiologia dell'assistenza*, «Giornale Italiano di Farmacia Clinica», vol. 16, n. 2, pp. 102-107.
- Lepore V., Samarelli V., Schena G. e D'Ettoire A., 2007, *Le banche dati sulla salute. Verso la costruzione di una epidemiologia assistenziale*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 111-122.
- Loewenberg S., 2010, *Plight of Roma Worsens in Italy*, «The Lancet», vol. 375, n. 9708, pp. 17-18, 2 gennaio, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673609621711/fulltext>.
- Marradi A. e Nigris D. (a cura di), 2010, *Evidence-based medicine: una critica*, «Salute e società», vol. 9, n. 1.
- Ministero di Grazia e Giustizia, *Costo medio giornaliero per detenuto – Anni 2001-2010*, 27 luglio 2010.
- Ministero della Salute, 2008, *Relazione sullo stato sanitario del paese 2005-2006*, gennaio 2008, Roma.
- Ministero della Salute, 2009, *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008*, dicembre 2009, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.salute.gov.it/pubblicazioni/ppRisultatiRSSP.jsp>.
- Ministero della Salute, Direzione generale del sistema informativo, Ufficio direzione statistica, 2011, *Attività gestionali ed economiche delle Asl e aziende ospedaliere Anno 2008*, gennaio, Roma.
- Morandi I., Tavini G. e Di Domenico S., 2010, *Assistenza agli anziani in regime residenziale extraospedaliero nelle regioni: variabilità dei costi e dei livelli di copertura della popolazione*, Agenas, Roma, 26 giugno, disponibile all'indirizzo internet: http://www.agenas.it/monitoraggio_costi_tariffe/RSAanziani_sito.pdf.
- Monasta L., 2004, *I campi rom in Italia e la salute dei bambini*, Relazione al convegno Eurac «Quale politica per Rom e Sinti in Sudtirolo?» Bolzano, 26 ottobre, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.gfbv.it/3dossier/sinti-rom/20041026-it.html#r3>.
- Morris L., 2002, *Managing Migration; Civic Stratification and Migrants Rights*, Routledge, Londra.
- Morrone A., Spinelli A., Geraci S., Toma L. e Andreozzi S. (a cura di), 2004, *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*, Rapporti Istisan n. 03/4, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- Nussbaum M.C., 2002, *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*, Il Mulino, Bologna.
- Nussbaum M.C., 2007, *Le nuove frontiere della giustizia*, Il Mulino, Bologna.
- Nussbaum M.C., 2011, *Non per profitto. Perché le democrazie hanno bisogno di cultura umanistica*, Il Mulino, Bologna.
- OsMed Gruppo di lavoro, 2010, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale gennaio-settembre 2010*, dicembre, Aifa - Istituto Superiore di Sanità, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/>

it/content/luso-dei-farmaci-italia-rapporto-osmed-gennaio-settembre-2010-0.

Pesaresi F. e Brizioli E., 2009, *I servizi residenziali*, in Nna - Network non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Rimini.

Regione Emilia-Romagna, Giunta regionale - Assessorato promozione politiche sociali e di integrazione per l'immigrazione e volontariato, 2010, *Relazione sulla situazione penitenziaria in Emilia-Romagna nell'anno 2009* (l.r. 19 febbraio 2008, n. 3, art. 9), maggio, Bologna.

Rinaldini M., 2010, *Lo status di immigrato alla luce del concetto di stratificazione civica*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 101-120.

«Rivista sperimentale di freniatria», 2004, *Psicofarmaci*, vol. 127, n. 3.

Rotelli F., 2008, *Per la normalità*, Microtesti, Trieste.

Ruggiero V., 2011, *Il delitto, la legge, la pena. La contro-idea abolizionista*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.

Sen A., 2010, *L'idea di giustizia*, Mondadori, Milano.

Severino F. e Bonati M., 2010, *Migranti e salute: tra diritto (alle cure) e reato (di clandestinità)*, «Ricerca & Pratica», n. 26, pp. 59-68.

Tognoni G., 2008a, *I farmaci e il mercato*, «Assistenza Infermieristica e Ricerca», vol. 4, n. 27, pp. 226-229.

Tognoni G., 2008b, *Le morti-malattie evitabili come espressione moderna del genocidio*, «Assistenza Infermieristica e Ricerca», vol. 4, n. 29, pp. 230-233.

Tognoni G. e Lepore V., 2007, *Uno sguardo sanitario sul corso della vita anziana*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 149-164.

Tognoni G., Anselmi M. e altri, 2008, *Why Community Epidemiology (Epic) and What Is It?*, «Giornale Italiano di Medicina Tropicale», vol. 13, n. 4.

Tognoni G., Anselmi M. e altri, 2010, *Epidemiologia comunitaria: Las periferias toman la palabra*, Cecomat, Esmeraldas, Ecuador.

Tognoni G., Baccile G. e Valerio M., 2010, *La salute-sanità e servizi come indicatori e misura dell'effettività dei diritti*, in Campedelli M., Carrozza P. e Pepino L. (a cura di), *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*, Il Mulino, Bologna.

Urbinati N., 2011, *Liberi e uguali. Contro l'ideologia individualista*, Laterza, Roma-Bari.

Ussl 16 Padova, 2008, *Sanità penitenziaria. Riepilogo generale della situazione in Veneto*, 12 settembre, Padova.