

**Argomenti di prevenzione
ed igiene pubblica in carcere:
la questione della sessualità, della riduzione del danno
e delle c.d. “love rooms”.**

di Sandro Libianchi*

*“[...] prisoners are the
community. They come
from the community, they
return to it. Protection of
prisoners is protection of
our communities”
UNAIDS, 2001)*

SOMMARIO: 1. Introduzione. Benessere, sessualità e diritti. – A. La salute sessuale delle persone detenute. – B. La riduzione del danno nei settings penitenziari. – C. Le visite coniugali, familiari ed i colloqui riservati nei diversi Paesi. – Gli incontri riservati in Italia. Una progettazione complessa. – E. Conclusioni. – F. Citazioni e bibliografia.

1. Introduzione. Benessere, sessualità e diritti.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO) e la Conferenza Internazionale della Sanità (New York, 1946) (154) definiscono la salute quale: *“... stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell’assenza di malattie o infermità ... I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi per farvi fronte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate”.*

Nonostante ciò, numerose persone e collettivo sono state le segnalazioni nelle carceri di molti paesi, il tema della salute e del benessere sia negletto o poco considerato, nonostante il principio dell’equivalenza dei trattamenti sanitari dentro e fuori di esse.

Nel documento “Educazione e trattamento nella sessualità umana” (OMS-WHO, 1975) (152,156,158) l’Organizzazione Mondiale della Sanità inizia ad occuparsi anche di salute sessuale definendola quale: *“... l’integrazione degli aspetti somatici, affettivi, intellettuali e sociali nell’essere sessuato al fine di pervenire ad un arricchimento della personalità umana, della comunicazione e dell’amore”.*

Nel 2000, compare il termine “diritto” per cui: *“La sessualità è un aspetto centrale dell’esistenza umana e accompagna l’intero corso di vita. La sessualità è sperimentata ed espressa attraverso pensieri, fantasie, desideri, credenze, attitudini, valori, comportamenti, pratiche, ruoli e relazioni. In particolare si tratta di una forma di comunicazione attraverso la quale si ricercano piaceri ed*

emozioni. La sessualità è un diritto ed è un determinante della salute; infatti essa è influenzata dall'interazione di fattori biologici, psicologici, sociali, economici, politici, culturali, giuridici, religiosi e spirituali”. Inoltre, per il WHO-OMS: “La salute sessuale è uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale correlato alla sessualità e non è meramente l'assenza di malattie, disfunzioni o infermità. La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come la possibilità di avere esperienze sessuali piacevoli e sicure, libere da coercizione, discriminazione e violenza. Per raggiungere e mantenere la salute sessuale devono essere rispettati, protetti e adempiuti i diritti sessuali di tutte le persone” (155).

Inoltre, devono essere considerati anche altri importanti documenti, quali la “Dichiarazione sui Diritti Sessuali” (Associazione Mondiale per la Salute Sessuale (1), la Conferenza Internazionale delle Nazioni Unite sui diritti dell'uomo (Teheran, 13 maggio 1968) (149), la Conferenza Internazionale delle donne (Città del Messico, 1975), il Programma di Azione su Popolazione e Sviluppo della Conferenza Internazionale sulla sessualità umana (2), il Programma di Azione presentato alla Quarta Conferenza Mondiale sulle Donne (Pechino, 1995)(153), *Programme on Women's Economic-PWESCR* (4,5) ed altri.

A. La salute sessuale delle persone detenute.

Le carceri ed i luoghi di privazione delle libertà personali sono nella quasi totalità dei casi dei luoghi rigorosamente monosessuali, dove la normale convivenza ed espressione dell'eterosessualità è persa. Rarissime sono le carceri con presenza contemporanea di uomini e donne seppur ben separati nei rispettivi contesti. Per questo motivo, un ambiente monosessuale, l'assenza di efficaci controlli sociali, la spersonalizzazione delle relazioni sociali, la cultura carceraria, come anche i tratti sociodemografici e di personalità, favoriscono manifestazioni sessuali inconsuete o francamente aberranti, quali uniche forme di espressione genitale possibile.

Lo studio della letteratura scientifica è ancora lungi dal fornire dati attendibili su questi aspetti, in quanto la fonte è rappresentata quasi esclusivamente dai dati anamnestici o da questionari autocompilati sui quali gravita il timore, da parte dei detenuti, che le notizie fornite per la ricerca possano essere rese note a terzi con effetti dannosi per la persona che le ha rese. L'analisi e la descrizione delle attività sessuali in carcere ha sempre subito il condizionamento di essere oggetto di grandi speculazioni di tipo diverso e di conseguenza sono molto difficili da condurre e da interpretare. Nonostante ciò è possibile reperire diversi *reports* e metanalisi, da fonti attendibili che contribuiscono ad una migliore comprensione del fenomeno.

In America sono stati condotti numerosi studi sul sesso e la sessualità in carcere (5,6) e dal 2007 il *Bureau of Justice Statistics* pubblica annualmente i dati relativi

all’analisi degli incidenti avvenuti per violenza sessuale evidenziando che questo fenomeno ha riguardato una percentuale che vede coinvolti dal 10 al 36% dei detenuti in tutte le strutture penitenziarie considerate (7,8,9,10,11,12,13,14).

Il caratteristico stato di deprivazione intrinsecamente correlato alla carcerazione, riguarda diversi aspetti: la libertà, i beni e servizi vari, l’autonomia che è costretta dalla soggezione ambientale, la paura delle aggressioni da parte di altri detenuti ed in ultimo la deprivazione della gratificazione fisiologica ed emozionale delle relazioni eterosessuali. La sommazione di questi intimi meccanismi di frustrazione determinano un capovolgere della percezione di una consueta sessualità e possono determinarne una modifica anche estrema. In molti studi condotti direttamente, con interviste o questionari, emerge che la prevalenza delle attività sessuali in carcere risultano molto variabili a seconda del metodo di raccolta dei dati, della classificazione del livello di sicurezza dei detenuti, della localizzazione geografica del carcere, dell’etnia, dell’età anagrafica e di altri fattori.

È possibile distinguere diversi tipi di attività sessuale in carcere (15), quali:

- a) Omosessualità consensuale;
- b) Masturbazione;
- c) Transessualismo;
- d) Prostituzione;
- e) Sesso tra detenuti/e e *staff* penitenziario;
- f) Violenza sessuale;
- g) Visite coniugali.

Nella disamina di questi aspetti bisogna segnalare, come molti autori hanno tentato fare, che non è affatto semplice ridefinire il termine di “omosessualità” quando si è in un ambiente forzato ed irreversibile, come nel carcere, dove si potrebbe iniziare a definire una:

- a) “**omosessualità di contesto o situazionale**” che presenta caratteri peculiari. Questa omosessualità volontaria o consensuale definisce uno stato in cui la persona ha un comportamento di scelta (obbligato) o facoltativo (volontario) e che questo sia legato sia ad un precedente stato di omosessualità, sia in relazione alla lunghezza della pena da scontare. L’omosessualità volontaria in carcere è considerata come un semplice diversivo sessuale e generalmente viene ignorato sia dalle autorità che dagli altri detenuti. Inoltre, la disponibilità di presidi sanitari di prevenzione, come profilattici, lubrificanti o disinfettanti, risulta sempre scarsa o completamente assente, il che costituisce un incentivo negativo ed un rischio concreto. Queste manifestazioni (omosessuali) fino al 1968 erano considerate uno stato patologico, classificate come tali dall’*American Psychiatric Association* (16) e sanzionate come illegali in diversi Paesi come l’Australia fino al 1984. Ogni politica di gestione e

controllo delle manifestazioni omosessuali in carcere deve regolamentarsi sulla sicurezza interna (sanitaria e penitenziaria) prima ancora che sull’aspetto morale percepito dall’esterno ed i timori che è necessario superare sono correlati all’aumento di aggressioni, alla trasmissione di malattie veneree, all’autolesionismo, fino al suicidio. Alcune esperienze di raccolta dati diretta attraverso interviste semistrutturate ha portato all’evidenza che talvolta, nonostante la distribuzione gratuita di *condom*, permangono rapporti sessuali non protetti. Ciò richiama l’importanza di mettere in atto strategie di informazione, di verificare la reale attuabilità di ogni programma da mettere in atto, di misurarne i loro esiti correlandoli all’esecuzione dei *test* sierologici per HIV e per le malattie sessualmente trasmesse (MST) all’entrata in carcere e durante la carcerazione (17,18,19,20);

- b) La **masturbazione**, come anche l’omosessualità, ha sempre risentito sia della componente moralistica che di quella della vecchia concezione popolare che la considerava l’anticamera di numerose e gravi malattie quali la epilessia, la cecità ed il rachitismo. In passato queste manifestazioni erano infatti trattate come malattie con la dieta, l’oppio, fino alla castrazione o alla vasectomia. Per le donne era prevista anche la clitoridectomia. Attualmente la masturbazione in carcere non viene percepita come un disvalore sociale o morale, ma molto più spesso come una necessità di tipo biologico correlato a fantasie per lo più eterosessuali praticate anche attraverso riviste pornografiche di regolare acquisto attraverso i canali ufficiali di spesa interna. A tal proposito vale la pena ricordare che l’art. 18, co. 6 OP (21), recentemente aggiornato, prevede che “*i detenuti e gli internati sono autorizzati a tenere presso di sé i quotidiani, i periodici ed i libri in libera vendita all’esterno e di avvalersi di altri mezzi di informazione*”. La masturbazione sembra che come forma di attività sessuale sia poco più frequente di quella omosessuale. A differenza del materiale pornografico, non si ha alcuna notizia da parte delle autorità penitenziarie dei paesi esteri circa l’eventuale autorizzazione ad acquistare e detenere *sex toys*, sia per uomini che per le donne, che in Italia non sono autorizzati (22);
- c) I **transessuali detenuti/e** sono persone portatrici di numerose e complesse problematiche, psicologiche, mediche, sociali, relazionali, disciplinari e gestionali. Generalmente sono allocati in sezioni riservate a seconda dello stato genitale. In Italia, i transessuali operati e fenotipicamente femmine (casi molto rari) sono ospitati nelle carceri femminili e vivono nella comunità femminile detenuta, anche per la rarità di tali presenze che, qualora relegati, ne configurerebbe un reale isolamento. Nel caso invece dei detenuti transessuali fenotipicamente maschi, che hanno pertanto conservato i genitali esterni, questi sono allocati in sezioni speciali delle carceri maschili, anche perchè sono più numerosi. I detenuti di queste sezioni non hanno contatto diretto con gli altri e la vita in comune prevede

percorsi differenziati, come anche i programmi di trattamento penitenziario. Stante la scarsità del campione e dei relativi studi comportamentali non si ha certezza circa le condotte sessuali in carcere di questi ultimi, ma in ogni caso traspare ben evidente una rilevante fragilità emotiva e sociale. Sono persone esposte alla violenza degli altri detenuti, allorché la separazione non è completa e sono bisognosi di particolari attenzioni estetiche come l’acquisto di *make up*, rossetto ed altri cosmetici tipicamente femminili che permettono il mantenimento di un minimo stato di benessere. Anche per l’amministrazione della giustizia essi costituiscono un polo di particolare attenzione per l’elevato rischio di autolesionismo grave, fino al suicidio, spesso evocati dalle frequenti frustrazioni a cui possono essere esposti, quali una sentenza ad esito sfavorevole, una richiesta negata od un familiare ostile. Inoltre, deve essere considerata l’esigenza del trattamento ormonale a cui si sottopongono sia per evocare che per mantenere caratteristiche consone al loro stato psichico e cioè quello femminile. Per questo problema non è facile trovare centri con endocrinologi esperti che possano prendere in carico e controllare terapie del genere, poco frequenti anche nella pratica comune. Un problema aggiuntivo è rappresentato dal fatto che i farmaci che si usano in questi casi devono essere acquistati in farmacia, a carico di persone a basso o nullo reddito e ciò può essere un problema aggiuntivo. Questo accade a causa del mancato riconoscimento di questi farmaci nei L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza della sanità pubblica). Una sentenza della Cassazione penale, Prima Sezione (n. 23774/12), ha riconosciuto l’obbligo della ASL, che aveva impugnato un provvedimento del Tribunale di Sorveglianza, a fornire i farmaci a base di ormoni femminili al detenuto transessuale. Nel volume dell’WHO “*Prison and Health*” (23), è dedicato un intero capitolo a questa popolazione particolarmente vulnerabile e si forniscono alcune indicazioni preliminari all’accoglienza del detenuto con “sospetta disforia di genere” in accordo con le linee guida internazionali (*Standard of Care del WPATH-World Professional Association for Transgender Health*) che sono state riprese anche da organizzazioni nazionali (24,157). Una recente rassegna della letteratura riguardante le persone *transgender* detenute in Gran Bretagna e Galles (25), ne ha potuto mettere in evidenza la grande fragilità e documentarne la grande attenzione che queste persone richiedono in termini di assistenza sanitaria e penitenziaria (26,27). Il medico accettante un detenuto all’ingresso in carcere che affermi o si sospetti essere portatore di una simile problematica, deve condurre una diagnosi preliminare, distinguendo persone che dichiarano:

- problematiche inerenti alla disforia di genere od omosessualità;
- di essere in trattamento ormonale per transizione *cross-sex*;
- che hanno subito l’intervento;
- che hanno ricevuto la riattribuzione di sesso anagrafico.

GIURISPRUDENZA PENALE WEB, 2019, 2-BIS - “AFFETTIVITÀ E CARCERE:
UN BINOMIO (IM)POSSIBILE?”

Nella estesa variabilità delle problematiche sessuali che si possono riscontrare in carcere, come nella vita da liberi, è necessario considerare anche altre possibilità, che si possono presentare al medico del carcere, quali:

- il *Crossdressing* (o travestitismo): persone che indossano abiti dell’altro sesso al quale non appartengono anatomicamente, adottando anche un ruolo di genere non conforme al proprio;
- *Genderqueer*: designazione di identità utilizzata da persone con identità e/o ruolo di genere non conforme alle categorie di uomo o donna-maschio o femmina;
- *Transgender*: termine utilizzato per descrivere un gruppo molto eterogeneo di persone che attraversano o trascendono le due categorie di genere definite. L’identità di genere delle persone transgender differisce in misura diversa dal sesso che è stato loro assegnato alla nascita;
- *Transessuale*: aggettivo che indica persone maschi o femmine genetici che vogliono od hanno cambiato le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie con interventi medici e/o chirurgici e presentano una mutazione del ruolo di genere.

In Italia, dovrebbe essere dedicata una particolare e maggiore attenzione a quelle persone che vivono una difficile situazione ambientale in quanto portatori di tali problematiche, ma che non avendo subito interventi chirurgici, ma solo farmacologici, sono allocati in carceri maschili, sebbene in reparti o ambienti separati dal resto dei detenuti, per cui vivono una segregazione maggiore rispetto agli altri (V. Tab. I):

Regione di detenzione	Istituto	Tipo	Tipologia sezione	Presenze
Emilia Romagna	REGGIO EMILIA “C.C. E C.R.”	IP	Transessuali	4
Lazio	ROMA “R. Cinotti” Rebibbia N.C.1	CC	Transessuali	13
Lombardia	COMO	CC	Transessuali	10
Veneto	BELLUNO	CC	Transessuali	3
Campania	NAPOLI “G. SALVIA” Poggioreale	CC	Transessuali a custodia aperta	1
			Transessuali DISABILI a custodia aperta	1
Piemonte	Ivrea	CC	Transessuali a custodia aperta	11
Toscana	Firenze “Sollicciano”	CC	Transessuali a custodia aperta	9
Veneto	Belluno	CC	Transessuali a custodia aperta	4
Tot.				56

TAB. I: Detenuti presenti nelle sezioni per transessuali degli istituti penitenziari italiani (al 30 settembre 2018); fonte dati: DAP - Ufficio del Capo del Dipartimento, Segreteria generale, Sezione Statistica.

- d) La **prostituzione maschile “men-to-men”** nelle carceri è una pratica nota e riguarda soprattutto detenuti già omosessuali, anche in libertà che assumono normalmente uno *status* femminile con un ruolo più frequentemente ricettivo ed il carcere costituisce uno scenario pronto e favorevole per la prosecuzione delle loro scelte precedenti. Questi detenuti, che nello *slang* carcerario americano sono denominati “*fags*” o “*prison witches*”, evidenziano le loro attitudini con gestualità e modelli di comportamento peculiari. La moneta di scambio in carcere, che non può essere il denaro in quanto ne è interdetta la circolazione, è rappresentata da generi vittuari, tabacco, droga, protezione da aggressioni fisiche o sessuali da parte di altri detenuti, ecc. Dal punto di vista della sicurezza penitenziaria questo tipo di attività sessuale non pone particolari problemi, mentre dal punto di vista della salute pubblica è il tipico caso di rapporti ad altissimo rischio e con pochi o nessun mezzo di protezione. Per tale motivo è necessario prendere in considerazione l’adattabilità degli approcci di “*minimizzazione o riduzione del danno*” descritti nella seconda parte di questo lavoro;
- e) Gli **atti sessuali tra detenuti e personale penitenziario** sono espressamente criminalizzati nella maggior parte delle nazioni e rappresentano una reale violenza, anche qualora ritenuti consensuali, per il chiaro stato di sottomissione a cui sono assoggettati. Nonostante ciò si registrano ancora episodi del genere e si ritiene che quelli registrati rappresentino solo una piccola parte di quelli che avvengono nella realtà. In Italia le sezioni penitenziarie femminili sono gestite esclusivamente da personale di custodia femminile e lo stesso quelle maschili: Gli agenti di sesso diverso da quello delle persone detenute sono utilizzate solo in servizi che non contemplino il contatto diretto o segregato di questi con la persona detenuta (controllo visitatori, uffici, sorveglianza generale, assistenza agli incontri con i parenti e visitatori, ecc.). Questo tipo di problema, che potrebbe mettere a repentaglio la sicurezza della struttura penitenziaria, è stato descritto dettagliatamente in un rapporto di una organizzazione non governativa (28,29). In questa pubblicazione sono riportati in dettaglio numerosi episodi agghiaccianti di atti sessuali che coinvolgono detenute donne negli Stati Uniti. I casi riportati descrivevano personale penitenziario di sesso maschile e personale civile impegnati in contatti sessuali con detenute in alcuni stati (California, Washington DC, Georgia, Illinois, Michigan e New York). In un altro più recente editoriale (30,31) viene denunciata la situazione in alcune carceri degli Stati Uniti, dove la cattiva condotta sessuale degli agenti sulle detenute non è considerata un

reato specifico. In alcune carceri del New South Wales in Australia, sono stati registrati diversi casi documentati di violenza sessuale tra personale infermieristico e penitenziario di sesso femminile e detenuti di sesso maschile;

- f) La **violenza sessuale in ambito carcerario** ha sempre rappresentato un problema di alto profilo sia in tema di sicurezza penitenziaria e legale, che di sicurezza sanitaria. Essa viene definita quale “*atto sessuale tra persone detenute perpetrato con minacce, forza e coercizione su di un soggetto non consenziente*”. La percezione che il violentatore vuole dare al contesto è sempre collegata all’espressione di un potere interno di gestione sul resto della popolazione, facendolo anche vivere talvolta quale ‘punizione’ per comportamenti disapprovati o non autorizzati da parte del violentatore. In ogni caso le motivazioni prevalenti dello stupro risiedono nell’esercizio del dominio e della violenza, più che dell’esercizio di una manifesta omosessualità (32,33,34). Un’altra modalità per giustificare tali comportamenti delinquenti risiede nella colpevolizzazione della vittima che con i suoi comportamenti avrebbe provocato quella che viene descritta come una giusta reazione ad essi. Ovviamente, nel caso di rapporti violenti non consensuali la vittima di tali aggressioni è a rischio di autolesionismo o autosoppressione (151) e deve essere contemplato il trasferimento in altra struttura penitenziaria od in una sezione non collegata con la precedente sede di violenza. Tale separazione non è sempre semplice in quanto nei penitenziari americani ci sono molti momenti di comunicazione diretta tra detenuti, quali i passeggi all’esterno, la mensa, le funzioni religiose i gruppi sportivi, ecc. Le vittime devono essere identificate e sostenute dallo staff che deve attuare strategie efficaci per la prevenzione e la loro identificazione precoce offrendo consulenza adeguata, supporto legale e psicologico. Una ricerca dimostra che almeno il 7-12% dei detenuti maschi che hanno risposto ai questionari rispondono sono stati violentati con una media di nove volte. Negli Stati Uniti (35), a fronte di una popolazione carceraria di 2 milioni di persone, diverse decine di migliaia di detenuti maschi risultano esposti allo stupro e, di conseguenza, all’HIV ed alle altre malattie a trasmissione sessuale (MST). Considerando l’elevato numero di transiti annui nelle carceri, le conseguenze degli stupri non sono più soltanto un problema penitenziario, bensì di salute pubblica. Questi fenomeni appaiono essere ancora più frequenti in alcuni paesi dell’Africa dove le percentuali di pratiche sessuali appaiono elevate ed incontrollate (36). Il rapporto pubblicato da *Human Rights Watch* nel 2001 (37) è molto eloquente in questo senso e mostra che molti detenuti, soprattutto i più deboli e quelli più giovani, sono vittime di violenza sessuale. Scarsi sono i corrispondenti fenomeni e ricerche in ambito femminile, laddove la massima parte di questi eventi appare legata al procacciamento di droga e abitualmente avvengono dopo le visite dei parenti nell’idea che essi abbiano potuto portare sostanze stupefacenti alle detenute (38). In questi

casi lo stupro è finalizzato al ritrovamento di droga con occultamento vaginale (“*crutching*”) od occultamento anale (“*plugging*”). Se si vuole connotare specificamente questi atti ci rendiamo conto che esaminando il contesto di coercizione e violenza sessuale, si valuta che si tratti più di episodi di bullismo che atti di natura strettamente sessuale ed espressione di dominio, di aggressività ed ostilità (39,40).

Un ulteriore tema che merita di essere analizzato e che in letteratura è molto poco citato, è rappresentato dalla popolazione che entra in carcere da minorenne ed è condannata anche per lunghi periodi. In questi casi ci si dovrebbe dotare di specifici programmi educazionali per garantire un corretto sviluppo della maturazione emotiva e sessuale del minore. Purtroppo tali programmi risultano assolutamente assenti o marginali nella quasi totalità dei paesi dove ci si preoccupa molto di più ad applicare misure alternative che a sostenere coloro che sono destinati a restare lunghi periodi in carcere nelle età dello sviluppo.

B. La riduzione del danno nei *settings* penitenziari.

A livello internazionale i cittadini detenuti sono considerati una popolazione (*key population*) (41) ad alto rischio di contrarre malattie infettive quali l’infezione da HIV, le epatiti e le malattie a trasmissione sessuale, MST). Questa specificità è causata dall’alta prevalenza di comportamenti a rischio messi in atto durante il periodo detentivo, quali l’uso iniettivo di droghe e la condivisione di aghi per i tatuaggi, nonché i rapporti sessuali non protetti, i traumi da colluttazione (42,43,44).

Grazie alla positiva presa in carico da parte di molti governi, evidenziato anche dalla rilevante espansione della letteratura scientifica e di divulgazione sulla riduzione del danno e della sua importanza e ricaduta sulla salute pubblica, si è assistito ad un effettivo miglioramento di essa, soprattutto nell’ambito delle popolazioni emarginate. Un altro effetto dell’applicazione di questi principi è stata la riduzione delle spese per la sanità pubblica (minori infezioni, minori costi per farmaci) con la possibilità di riconvertire questi risparmi in altre iniziative a valenza socio-sanitaria.

Come in altri settori in forte e rapida espansione, sottoposti a giudizi morali e politici, anche all’inizio delle politiche di riduzione del danno si è assistito all’adozione di una terminologia non univoca. I termini utilizzati sono stati oggetto di molte controversie non solo lessicali, ma anche politiche, etiche e confessionali. Così si coniarono nuove terminologie: “*harm reduction*”, “*harm minimization*”, “*risk reduction*” e molti altri. Il terreno disciplinare da dove si partì fu quello che riguardava inerente i consumatori di stupefacenti che in quegli anni (1980 e successivi) prevalevano nella forma iniettiva ed erano a rischio severo di contrarre malattie infettive molto gravi, quali l’HIV e l’HCV. Questi malati poi, oltre al

danno generazionale che producevano, in quanto la loro vita era di molto abbreviata, rappresentavano un costo da sempre ritenuto difficile da sostenere, soprattutto nella visione che la causa risiedeva nel “vizio” che avevano questi soggetti di assumere droga. All’inizio gli sforzi si sono concentrati sull’evitare le infezioni, estendendo progressivamente il concetto di danno anche alle overdoses, alle terapie per la tossicodipendenza ed oltre. Oltre ciò questa popolazione dedita al consumo di droga era soggetta a commettere reati ed a subire numerose condanne e carcerazioni.

Attualmente il concetto di “riduzione del danno” è stato esteso a tutte quelle pratiche personali ed interpersonali che potrebbero causare un danno da malattia trasmissibile, anche non direttamente correlabili all’uso iniettivo di sostanze stupefacenti. Pertanto gli interventi ritenuti coerenti con queste pratiche si sono estese al counselling, alla profilassi pre e postesposizione, alla programmazione sanitaria, alla formazione professionale ed interprofessionale, alla fornitura di materiale sterile e disinfettante, anche in *toolkit*. Il carcere ha sin dall’inizio rappresentato un *focus* di massima attenzione, anche se il tempo necessario per mettere in atto singole pratiche di prevenzione è stato sempre molto lungo e poco agevole. Basti pensare all’uso del solo metadone che, incomprensibilmente, è stato bandito per anni da molti sistemi penitenziari. Altri presidi di prevenzione quali la distribuzione di profilattici, di disinfettanti o di siringhe sterili, ancora rappresenta un serio problema di accettazione da parte delle autorità penitenziarie e sono molto poco diffusi, per motivi di sicurezza e morali (45). Gli aghi e le siringhe sono considerati una possibile arma di offesa e la distribuzione di profilattici coincide con la presa d’atto di una sessualità (omo) espressa fisicamente in carcere e sempre non approvata dalla percezione popolare che coinvolge anche chi permette queste pratiche.

Nel 2001 il *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS-UNAIDS*: “*Statement on HIV/AIDS in Prisons*” (46), analizzando il problema della detenzione in carcere, circa la possibilità del contagio di malattie trasmissibili specialmente tra la popolazione che faceva uso di sostanze stupefacenti per via venosa in modo clandestino, si preoccupava di prevedere e prevenire la ricaduta anche sul resto della popolazione libera di queste malattie (“... *prisoners are the community. They come from the community, they return to it. Protection of prisoners is protection of our communities*” (47). Non c’è dubbio che le elevate percentuali di sieroprevalenze di HIV e HCV sono largamente presenti in tutte le carceri del mondo ed essendo queste malattie prevenibili specialmente in carcere, si riconferma il diritto dei detenuti a presidi sanitari di prevenzione ed a tutti quelli disponibili per le persone libere senza alcuna discriminazione legata al loro particolare stato giuridico. L’efficacia di questi modelli di prevenzione è ampiamente dimostrata da vasti studi di *evidence-based medicine* e costi-efficacia, riportati in documenti sovranazionali: *Universal Declaration of Human Rights*,

Article 12 (48); *European Social Charter*, Article 16; (49,50); *African Charter on Human and Peoples’ Rights*; (51,52); *Charter of Fundamental Rights of the European Union*, Article 35; (53,54); *UN Basic Principles for the Treatment of Prisoners*, Principle 9; (55); *WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons* (56,57,58,59,60); *Center for Disease Control and Prevention* (44).

Un'altra considerazione da porre è relativa alla maggioranza (90-95%) della popolazione detenuta nel mondo che è di sesso maschile con una fascia di età sessualmente attiva compresa tra la seconda e la quarta decade. Una influenza determinante per lo sviluppo di tali patologie è connessa anche alle stesse strutture penitenziarie il cui ambiente sovraffollato e poco ventilato si rivela un ottimo incubatore per ogni malattia trasmissibile, inclusa la TBC. Ma anche altre istanze possono giocare un ruolo negativo nel creare ulteriori ostacoli alla prevenzione, quali l'omofobia, le scarse risorse economiche e di investimento e la mancanza di una visione olistica nei confronti della salute. Inoltre, la tutela della salute non è l'argomento principale del carcere che ha altre funzioni ed è una realtà confinata e frammentata in regolamenti ognuno diverso dall'altro, nei diversi paesi. Tutti questi aspetti risultano determinanti per far sì che la prevenzione risulti globalmente scarsa e/o inefficace. Nella seduta del 26 luglio 2012 della *Washington XIX International AIDS Conference*, UNODC, nella sessione “*Turning the Tide: Not Without Prisons*”, è stata messa a punto una strategia di intervento che focalizzò 15 punti chiave di azioni di prevenzione in carcere e all'esterno di esso (“*HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions*”). Le linee strategiche proposte (55) tenevano anche in considerazione che il detenuto una volta rilasciato, laddove fossero stati adottati tutti gli strumenti per prevenire ogni malattia trasmissibile, avrebbe potuto riprendere la sua relazione etero/omosessuale con maggiore sicurezza di non essere un vettore infettivo. La difficoltà che si riscontra più frequentemente nell'applicazione delle regole delle organizzazioni internazionale come le Nazioni Unite, risiede nella politica di gestione delle carceri e delle pratiche sessuali (omo) consensuali, risultando equivoca e contraddittoria. Ciò lascia anche il personale del carcere impegnato sulla prima linea, resti incerto su come rispondere in modo adeguato. I detenuti a loro volta risultano incerti sui propri comportamenti, non prevedendo quali risposta riceveranno per le proprie condotte. Nonostante che in USA la percentuale nazionale di HIV positività in carcere risulta di circa cinque volte superiore a quella della popolazione generale, l'attuazione dei programmi di riduzione del danno è ancora molto ridotta e poco favorita (61).

Gli Stati Uniti attualmente hanno il più alto tasso di incarcerazione nel mondo. Gli individui a maggior rischio di HIV tendono anche a essere tra quelli a rischio elevato di incarcerazione. L'epidemia di HIV è determinata dall'uso di droghe iniettive e dal comportamento sessuale, e le stime sul comportamento sessuale

carcerario variano ampiamente. Uno studio recente (62) ha esaminato il comportamento sessuale di 1.369 uomini e donne incarcerati nell'area di New York City. Circa il 13% del campione ha riferito di essere sessualmente attivo mentre era incarcerato nei precedenti 6 mesi. Alcune variabili del campione identificava quelli che erano associate a maggiori attività sessuale nei sei mesi precedenti: genere femminile, razza nera, storia di uso di droghe, bisessualità od identità omosessuale e partecipazione al programma delle visite coniugali. Strategici appaiono i programmi educativi riguardanti le infezioni trasmesse sessualmente e adeguate misure di riduzione del danno che, specie se congiunti ai programmi di visite coniugali, possono essere determinanti per ridurre il rischio di trasmissione di malattie infettive in questi ambienti.

In California alla necessità di policies specifiche è stata data una risposta attraverso diversi documenti, quali: il “*National HIV/AIDS strategy*” (63), il “*The affordable Care Act*” ed al “*2014 Prisoner Protections for family and Community Health Act*” che, abilita sia la prescrizione che la consegna di profilattici, solo “*se nel giudizio clinico del medico v'è un rischio per infezione HIV o MST*”. Anche nel Regno Unito è possibile avere traccia di documenti che analizzano il problema dell'igiene sessuale nelle carceri (attraverso il “*Prison Service Order 3845*” (64). Nonostante ciò, solo ad alcuni singoli detenuti, in alcuni istituti, sono riforniti di preservativi ed anche se la procedura per chiederli è legittima, talvolta essi sono scoraggiati nelle loro richieste. L'incarcerazione è stata identificata come una variabile chiave da affrontare per arrestare l'epidemia di HIV tra gli afroamericani. Valutando gli interventi di prevenzione dell'HIV per i detenuti e le loro famiglie dall'inizio degli anni '90, compresi gli interventi specificamente adattati ai bisogni delle donne con *partner* in carcere, si è potuto descrivere lo sviluppo e l'implementazione di un intervento multicomponente di prevenzione dell'HIV per donne con *partner* incarcerati. Queste donne hanno riportato bassi tassi di utilizzo del preservativo e *test* dell'HIV combinati con una mancanza di informazioni sui rischi delle MST legati alla frequentazione del carcere. In questi casi la tecnica dell'educazione tra pari si è rivelata quale intervento efficace per raggiungere donne con il partner in carcere (65,66).

Dall'analisi delle principali rilevazioni presenti in letteratura è possibile formulare alcune Raccomandazioni per favorire il controllo della diffusione di malattie infettive in carcere e nella società (67) al momento della liberazione del detenuto/a:

- Facilitare la distribuzione di condom nei luoghi di attività sessuale, anche presunta;
- Informazione anche con *peer education*;
- Favorire la profilassi preesposizione (68);
- Creare alloggiamenti riservati per i *transgender* (27);
- Organizzare *screening* per MST ed epatiti anche all'uscita dal carcere;

- Considerare nei programmi educazionali i comportamenti del tipo “serodiscrimination”; dove la scelta del *partner* è condizionata dal proprio stato sierologico di positività o meno;
- Gli incontri coniugali debbono essere maggiormente considerati quali contesto di alta di vulnerabilità ed occasione prevenzione.

C. Le visite coniugali, famigliari ed i colloqui riservati nei diversi Paesi.

A livello europeo, l’art. 8 e 12 della Convenzione Europea dei diritti dell’Uomo sancisce il “*Diritto di stabilire relazioni diverse con altre persone, comprese le relazioni sessuali. Il comportamento sessuale è considerato un aspetto intimo della vita privata*”. La Corte Europea dei Diritti dell’Uomo di Strasburgo, ha precisato che lo stato di condannato non implica l’eliminazione di una qualunque sfera di libertà. Anzi, “*le persone ristrette continuano a godere di tutti i diritti e le libertà fondamentali nella misura in cui il loro esercizio non risulti incompatibile con lo stato di detenzione*”.

Con queste premesse, anche in Europa si sta avviando la discussione di come concepire, organizzare e gestire spazi dedicati ad incontri affettivi ed intimi in ambito penitenziario soprattutto per quei detenuti che non hanno la possibilità di ottenere un permesso di uscita od una misura alternativa alla carcerazione. A tale proposito ogni paese ha avviato una discussione a vari livelli: parlamentare, nei tribunali per la negazione di un diritto, tra detenuti in carcere per petizioni alle autorità, sul territorio con le associazioni di settore.

Uno delle questioni che dovrebbe precedere ogni progettazione in tal senso, risiede nella necessità di denominare (e descrivere) con esattezza progettuale ciò di cui si sta parlando, fornendo una definizione precisa. Purtroppo ciò non accade, tanto che esiste una serie di terminologie usate per indicare questi luoghi e contesti (in genere intracarcerari) dove persone di sesso diverso o meno si possono incontrare per esplicitare attività sessuali o affettive (Tab. II). Ciò viene confermato dall’esame della letteratura scientifica, dei periodici, dei quotidiani e della letteratura “grigia”, che permette di valutare le variazioni linguistiche dei termini utilizzati. L’estrema variabilità dei modelli attuativi di normative locali e nazionali, in relazione a norme e regolamenti differenti da un paese all’altro, comporta che le denominazioni talvolta si riferiscono a luoghi fisici (*visiting rooms, parlours*) e talaltra ad attività concrete (*extendend visits*, colloqui intimi). Un altro elemento che ha reso possibile una profonda differenza in seno a tali iniziative, è stata la loro mutevolezza nel tempo, spesso parallela alla variata percezione moralistica di tali attività. Infatti, in molti casi l’organizzazione di “visite coniugali” è successiva a sentenze di Corti locali di quello specifico paese, in altri segue a provvedimenti dei rispettivi Ministeri della Giustizia, anche assieme a quelli della Sanità per l’applicazione di linee guida internazionali. Tecnicamente questi programmi non

- Private family visiting/visiting room
- Conjugal visit/visitation
- Meetings as part of Family reunion program
- Conjugal association (practices) in prison
- Family visiting programme (overnight visits)
- Love rooms in prisons
- Family Overnight & Weekend Furlough Visitation
- Prison visiting rooms
- Extended visits
- Spousal visit (time)
- Family visitation
- Special visitation
- Incontri interni
- Appointment for a visit
- Unitè de vie familial
- Visites familial privè (Canada)
- Parloirs familiaux
- Salon familial
- Colloqui intimi, “visita”, unità abitative

presenterebbero grosse difficoltà attuative, ma nei fatti risultano a complessità differenziate nei diversi stati o regioni in funzione delle variabili su elencate ed in relazione a vari aspetti legali (69,70).

La prima difficoltà nella loro attuazione – come abbiamo affermato precedentemente – risiede nel fatto di trovare una denominazione che indichi la funzione o una serie di denominazioni per tipologie differenti ed a tale proposito numerose risultano le proposte semantico-normativo:

Tab. II: Terminologie Internazionali degli incontri.

Inoltre, l'altro elemento da superare è l'opposizione allo svolgimento di visite coniugali che deriva dalle autorità di custodia e di polizia in relazione ai potenziali rischi di violazione dei sistemi di sicurezza per eventuali scambi di droga o materiali non permessi, di farmaci, di telefoni cellulari. In realtà è difficile pensare che una persona che entra in carcere per una normale visita ad un congiunto detenuto sia più pericolosa dal punto di vista della sicurezza, rispetto ad un'altra che entra per colloqui intimi, giacché i controlli sono sempre i medesimi e un contatto più ravvicinato ed intimo non aumenta le possibilità di scambio di generi illeciti.

In tali casi si pensa che i pregiudizi morali degli addetti alla custodia possano svolgere un ruolo determinante, come anche nell'ambito delle politiche nazionali o locali.

Una politica che si mostri consenziente per un approccio più lieve alla pena potrebbe non essere vista di buon occhio dal punto di vista della parte più conservatrice della popolazione.

Un'altra delle obiezioni che viene posta frequentemente risiede nel fatto che questi programmi sono poco compatibili con il concetto di punizione che deve conservare il carcere nella concezione di una parte della popolazione. La percezione di una componente prevalentemente fisica di questi programmi poi, li può rendere poco compatibili con i costumi morali di alcuni paesi o con specifiche religioni. La Corte Suprema e molti tribunali statunitensi Uniti hanno decretato che le visite coniugali non sono un diritto riconosciuto dalla costituzione, per cui le amministrazioni penitenziarie locali dei diversi stati, non hanno l'obbligo di organizzare questo tipo di modelli operativi.

In Europa si sono avute precise determinazioni al riguardo da parte del Consiglio d'Europa, quali la Racc. 1340/1997 (art. 6 : “*si invitano gli Stati membri a migliorare le condizioni previste da parte delle famiglie dei detenuti, in particolare mettendo a disposizione luoghi in cui i detenuti possano incontrare le famiglie da soli*”), la che alla regola n. 24, comma 4 recita: “*Le modalità delle visite devono permettere ai detenuti di mantenere e sviluppare relazioni familiari il più possibile*”

normali”). Il Parlamento Europeo in data 9/3/2004, emanava una raccomandazione (Racc. 2/2006) allo stesso Consiglio d’Europa di considerare un vasto elenco di diritti dei detenuti (adottata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri Italiana l’11 gennaio 2006) fra le quali, alla lettera 1c, si rammenta il “*diritto ad una vita affettiva e sessuale, prevedendo misure e luoghi appositi*”. In tutti questi importanti documenti viene concordemente ribadito il diritto-dovere da parte delle autorità penitenziarie di garantire una vita affettiva e sessuale (71).

Da lungo tempo la letteratura scientifica, testimonia come contatti regolari e significativi tra detenuti e familiari o amici possono compensare almeno in parte il c.d. “danno da carcere” (72,73,74,75,76) che è stato anche analizzato su campioni significativi (77). Esso è sempre risultato proporzionale, alla lunghezza del periodo della pena. Lo stigma che si percepisce nei riguardi delle persone condannate all’ergastolo aggrava questo danno personale (78). Inoltre, si ritiene che le “visite coniugali” possano contribuire a mantenere una certa stabilità familiare sia negli uomini che nelle donne detenute, anche se una certa quota di detenuti ritenga che sia più favorevole al loro equilibrio emotivo non incontrare familiari o congiunti in una situazione che ritengono disdicevole e di cui hanno vergogna. Paradossalmente, può anche accadere che la sofferenza possa nascere durante gli stessi incontri rievocando i momenti belli della vita, sentendo i profumi della persona amata, la sua voce; in queste occasioni si riaccende la coscienza di quanto si è perduto e di quanto ancora resta da perdere, restando in prigione anche per lunghi periodi (79).

Proprio partendo da queste considerazioni che in molti paesi è stato avviato un percorso per studiare come consentire ed organizzare incontri riservati tra coniugi di cui uno fosse detenuto. Ciò, anche per superare alcuni quesiti etici che erano stati sollevati in merito alla questione. Tra questi, la crescente e problematica omosessualità nelle carceri maschili e femminili che si scontra fortemente con i dettami religiosi musulmani e cattolici (80,81). Un altro motivo era rappresentato dal legittimo desiderio di procreare con un/a *partner* che avrebbe potuto essere in menopausa al momento della liberazione. Nonostante ciò, sono state formulate alcune ipotesi per superare il problema della procreazione attraverso procedure di inseminazione artificiale che comunque risultano tecnicamente difficoltose ed insicure. Ma anche queste tecniche trovano opposizione in Paesi molto tradizionalisti. In ogni caso le gravidanze che possono scaturire da questi incontri sollevano il tema di favorire la nascita di bambini per i quali è già scontata l’assenza del genitore detenuto, più spesso il padre, anche per tutta la vita e ci si interroga come sia possibile eticamente proteggere i diritti di questi bambini (82).

Mentre diversi ricercatori hanno studiato l’impatto psicologico della separazione dei genitori nei casi di detenzione, ovvero i costi sociali derivanti da una carcerazione, studi che misurino il valore dell’impatto sociale del mantenimento dei legami familiari in caso di detenzione, o dei programmi attuati, sono estremamente

rari. Oltre ciò non vi è, nessuna pubblicazione regolare di statistiche ufficiali sui detenuti che beneficiano di tali infrastrutture e sugli effetti sociali e riabilitativi della loro partecipazione a queste attività. In Italia, con sentenza 11.259/2009, la Corte di Cassazione ha consentito la procreazione assistita per i detenuti affetti da malattie virali con relativo elevato rischio di infezione al partner o al feto. La sentenza segue quella che consente la fecondazione assistita per i detenuti in regime di alta sicurezza. Per questa sentenza la Corte ha ritenuto applicabile il Decreto 11 aprile 2008 del Ministero della salute di approvazione delle “*Linee guida in materia di procreazione medicalmente assistita*” (GU Serie Generale n.101 del 30-04-2008) in quanto la condizione che si realizza in tali casi realizza di fatto una situazione di infertilità per l’elevato rischio di trasmissione virale al *partner* od al nascituro.

Un discreto numero di studi sono stati condotti per evidenziare gli effetti della deprivazione sessuale tra i detenuti e le detenute, sulla prevenzione delle infezioni in ambito intra ed extracarcerario, sulla recidiva criminale (83). Relativamente scarsi invece, sono stati quelli che hanno analizzato i programmi interni di riabilitazione e le loro ricadute sulle famiglie. Tuttavia, sono stati pubblicati diversi progetti di ricerca in questo ambito che hanno fornito elementi di rinforzo per la convinzione che gli incontri intimi in carcere tra coniugi o nell’ambito delle famiglie comunque costituite o dei vincoli affettivi comunque espressi, siano un elemento determinante della riuscita di ogni piano trattamento penitenziario.

Utilizzando interviste semistrutturate si sono studiate le motivazioni espresse dagli uomini detenuti per rimanere sposati con le loro mogli in costanza di detenzione. Spesso si è rilevato che essi descrivono l’incarcerazione come una sfida che esalta la responsabilità reciproca e l’impegno per superare le difficoltà legate alla separazione fisica e la mancanza di intimità. Queste difficoltà sono percepite come le maggiori per mantenere le loro relazioni matrimoniali, ma al contempo anche la lunghezza della reclusione è stata messa in relazione con la decisione se continuare o interrompere i rapporti matrimoniali (84). È necessario comunque considerare anche altri aspetti non positivi di queste esperienze, come quello che le autorizzazioni ad intrattenere colloqui intimi, riguardano solo una parte dei detenuti e molti altri ne vengono esclusi creando rivalità e ostilità degli uni verso gli altri. Per questo motivo si discute sull’importanza di dare questa opportunità proprio a quelle persone che risultano a trattamento più difficoltoso o non coniugati, al fine di favorire un’azione riabilitativa congrua. (85). Un’altra tesi a favore dell’opportunità delle visite coniugali è che esse riducano i comportamenti violenti in carcere e le aggressioni, incluse quelle a fondo sessuale e l’omosessualità (86,87,88,89). Anche il sospetto o la notizia del tradimento del *partner* può costituire un momento di grande sofferenza per la persona detenuta e l’espressione di affettività può ridurla.

Nonostante tutto ciò, pochissimi sono stati gli studi che hanno valutato l’impatto di questi progetti sul personale penitenziario, tra i quali si è valutato che il consenso resta ancora molto basso, permanendo pareri ancora molto discordanti: solo il 13% approvava le visite coniugali, mentre il 56% ha espresso franca opposizione (90). Altri dati evidenziano che la metà del personale di polizia aveva potuto documentare una riduzione dei problemi disciplinari e il 69% ha dichiarato di ritenere che le famiglie che effettuavano colloqui personali, ne fossero rinforzate. Altri lavori analizzano l’impatto della separazione, soprattutto sui bambini figli di detenuti ed altri sottolineano i problemi connessi alle conseguenze sociali della carcerazione e dei mezzi per limitarli evidenziando come il profilo medio delle persone detenute mostra che la maggior parte di questi hanno figli, un coniuge o un *partner* ed i genitori ancora in vita, quindi dei nuclei famigliari attivi.

Tuttavia, non tutti gli studi riportano una percezione positiva da parte del personale penitenziario circa le aggressioni sessuali, l’omosessualità ed i comportamenti violenti in carcere; anche per ciò che attiene alla recidiva del reato, la metà degli intervistati riteneva che tali programmi non la riducessero (90). Per il positivo impatto sulla vita detentiva e nei rapporti con gli altri detenuti, la concessione di questi programmi è utilizzata dalle autorità penitenziarie per supportare le decisioni di liberazione anticipata. Nel 1980, il Dipartimento di Giustizia americano nell’ambito del riconoscimento delle persone in stato di detenzione quali cittadini a pieno titolo, ha dichiarato che l’attuazione di programmi per la conservazione dei legami familiari è stata una parte fondamentale degli standard di detenzione e deve essere rispettato dagli istituti penitenziari (91). Questo provvedimento prese avvio dalla constatazione che la vita e le relazioni coniugali sono molto influenzati dalla reclusione di una persona e infatti si assiste al deterioramento finanziario della famiglia, all’insorgenza di conflitti, tensioni e dissensi, spesso collegati con i problemi educativi delle decisioni prese dal genitore fuori dal carcere. Tutti questi elementi sono giudicati critici per l’insorgere di una recidiva criminale (147).

Anche la valenza comportamentale sui nuclei famigliari indotta dalla struttura penitenziaria dove si svolgono i colloqui incide sulla spontaneità dei rapporti ed i ritmi stessi interni alla famiglia, rimodulandoli, anche in maniera negativa rispetto ai precedenti fuori dal carcere (92).

Uno studio condotto a metà del 1990 mostra che quasi il 45% dei detenuti in America ha un coniuge ed il 60% ha dei figli. Negli Stati Uniti, nel 1999, di 1,5 milioni di genitori di figli minori ben 721.500 erano in carcere; il 46% di questi genitori prima della carcerazione viveva stabilmente con i loro figli (64,3% per le donne detenute) e la maggior parte di questi (80-93%) ha affermato di mantenere i legami con i loro figli nonostante l’incarcerazione, sia per telefono, che per lettere o visite. Più in particolare, il 40% dei padri e il 60% delle madri detenuti ha avuto un contatto settimanale con i loro figli. Se si aggiungono legami con i genitori, fratelli e sorelle, si può dire che la maggior parte di queste persone mantengono

legami familiari durante la detenzione. La questione della influenza della famiglia sulla condotta criminale e sulla reintegrazione sociale dei detenuti ha ricevuto attenzione solo da alcuni anni. La questione del legame tra grado di integrazione sociale e/o il matrimonio e il rischio di commettere un reato è stato analizzato più volte. Alcuni autori (93,94) tendono a pensare che il matrimonio o la paternità abbia un effetto stabilizzante, forse anche fino al punto di ridurre i comportamenti antisociali. In particolare, sembrano produrre una riduzione nel consumo di alcool e droghe, e quindi un comportamento legato a crimini (30). In uno studio del 1990, sulla qualità delle relazioni familiari, Sampson e Laub concludono che *“l’attaccamento al coniuge in età adulta è stato collegato con una riduzione significativa e sostanziale nel comportamento antisociale”*. La situazione è più problematica per le donne, che sono spesso madri di bambini molto piccoli e possono avere una famiglia monoparentale con o senza *partner* spesso in carcere anche lui. Sebbene il legame tra la vita familiare e l’autore di reato non sia così netta come alcuni ricercatori affermano, di regola, la riabilitazione sociale sembra essere più facile per i trasgressori con forti legami familiari. Altri studi hanno dimostrato che i detenuti che hanno mantenuto un interesse attivo per la loro famiglia durante la loro detenzione, hanno avuto un tasso di successo del 75% quando viene rilasciato sulla parola (parolee, rilasciati sulla parola/cauzione/condizionale), in contrapposizione al 34% per i trasgressori senza un riferimento familiare (79). Analogamente, l’analisi della correlazione tra il numero medio di visite ricevute da un detenuto e il tasso di peggioramento del comportamento, tende a mostrare che i detenuti che ricevono più sostegno familiare ed hanno stretti contatti con i loro cari durante la detenzione, avevano un tasso di recidiva criminale inferiore (72). In un recente studio americano si è dimostrato che quando il padre aveva frequentato programmi “father-son” durante la sua detenzione, questo ha trovato più facile il ritorno presso la sua famiglia e la comunità (95). Uno studio canadese sui fattori che contribuiscono al positivo reinserimento sociale, dimostra che i legami familiari svolgono un ruolo non trascurabile in questo senso (96). Quindi appare chiaramente dimostrato che se i trasgressori ricevono sostegno da parte della famiglia durante la carcerazione, quando lasciano il carcere hanno una maggiore probabilità di reinserimento sociale, anche per la loro maggiore determinazione a cambiare per raggiungere una positiva stabilità comportamentale.

Raramente sono stati effettuati studi sulla componente sessuale di questi incontri tesi a valutare modificazioni del comportamento di coppia laddove il setting era una struttura carceraria, quindi un luogo del tutto innaturale per esprimere la propria affettività. In tali studi si osserva che la presenza o meno di soddisfazione sessuale era un fattore predittivo negativo, significativo per la salute psicologica solo per i membri del gruppo sessualmente astinente che mostrava disagio, spesso ingravescente durante la detenzione. In questo studio sono state condotte interviste

personali con 82 maschi e 91 femmine che vivevano in moduli separati in un penitenziario spagnolo a Topas (77).

Le donne appaiono sempre molto meno considerate in tutti gli studi, anche in ragione del loro basso numero che risulta essere di circa il 5-8 % del totale delle persone detenute (91). È stata anche considerata la qualità dei rapporti sessuali delle donne nel contesto delle visite coniugali con i loro compagni in carcere valutandone anche le condizioni psicologiche. Questo studio controllato ha coinvolto 124 donne di età compresa tra i 18 ei 40 anni che hanno avuto rapporti sessuali in carcere con i loro compagni (gruppo di visite coniugali) o con i loro partner a casa (gruppo di controllo). La funzione sessuale è stata valutata utilizzando un questionario semi-strutturato per l'indice della funzione sessuale femminile; i parametri psicologici sono stati valutati utilizzando una specifica scala di valutazione per l'ansia e la depressione. I punteggi totali degli indici delle funzioni sessuali femminili erano simili nei 2 gruppi, sebbene i punteggi delle scale di ansia e depressione erano più alti nel gruppo di visite coniugali in carcere, risultandone un fattore di grave rischio di disfunzione sessuale. Le pratiche sessuali in carcere comunque, non rappresentavano un rischio per una reale disfunzione sessuale in questo campione (97). Sono stati anche sperimentati programmi (HAPPEN) specificamente costruiti per la prevenzione della salute psicologica di donne che intrattengono rapporti intimi con i loro partner detenuti (98) ed anche in questo caso non sono stati riscontrati *deficit* o insorgenza di problematiche di particolare entità. Un altro studio ha cercato di identificare e analizzare l'atteggiamento di donne detenute nei confronti delle visite coniugali attraverso la descrizione delle loro dinamiche ed il significato di questi programmi. I risultati mostrano che le detenute percepiscono questi incontri come parte di programmi significativi e positivi, sebbene svolti in carcere, che queste visite alleviano il loro dolore per la carcerazione del compagno e contribuiscono a rafforzare la loro relazione. Tuttavia, quasi immancabilmente vengono espresse critiche sullo stato degli impianti, dei locali e della loro manutenzione che ritengono non soddisfacente e che tali condizioni possono limitano la loro capacità di agire liberamente durante gli incontri (99,100). La maggior parte delle prigioniere ebrae e musulmane esprimono atteggiamenti negativi verso i rapporti omosessuali in carcere, ma, nonostante questo, frequente ne è la loro partecipazione. Nella maggior parte delle carceri in Israele mancano le strutture per i rapporti familiari. Nel caso delle madri detenute si osserva che l'idea che si costruiscono di aver abbandonato il loro bambino o bambini, induce depressione e vergogna (101,102,103). Altri studi dimostrano che il problema tocca sempre più anche i padri, suscitando sentimenti di colpa e la paura che ai loro figli possa mancare attenzione a causa della loro assenza (104). Allo stesso modo, alcuni studiosi sostengono che le famiglie dei prigionieri sono “*vittime nascoste della criminalità*”

di un loro membro” e che anche queste ultime debbano/siano in qualche modo punite.

La partecipazione di famiglie alle visite o le stesse visite coniugali possono limitare queste difficoltà e l’espressione di una “libera” genitorialità, intendendo con questo termine una gamma completa di attività, sia a livello educativo che sociale. In questo modo l’organizzazione di visite familiari private durante le quali l’intera famiglia può ricreare una situazione di vita in comune, anche se solo in parte e relativamente superficiale, con la preparazione dei pasti, i giochi e la condivisione di altre attività, rafforzando i legami affettivi e familiari. Queste attività consentono al genitore di rimanere coinvolto nella educazione dei suoi figli, di trascorrere del tempo con loro e di intervenire e per discutere dei normali problemi educativi che possono sorgere. Inoltre, essi consentono al genitore detenuto di recuperare il suo status parentale, almeno in parte. Un recente studio americano mette a confronto le strategie in America sulle politiche delle visite in carcere nei cinquanta stati e nel sistema gestito dal *Federal Bureau of Prisons*, dimostrando come le vite stesse dei detenuti e delle loro famiglie siano profondamente influenzate dalle politiche di questi incontri. Non è presente alcun tentativo da parte delle autorità federali di tentare un confronto sistematico tra gli stati e l’applicazione di queste misure per apprezzarne i migliori risultati e creare un modello esportabile ed uniformemente applicabile, proprio in ragione delle frequenti e rilevanti differenze locali (105). Un fattore perennemente limitante è rappresentato dalle risorse economiche messe in campo dall’attuale amministrazione statale americana (159).

Stati Uniti e America del Sud. I primi documenti che testimoniano l’avvio di tali iniziative descrivono alcuni esperimenti negli Stati Uniti dove il primo è stato condotto a Parchman (Mississippi) probabilmente intorno al 1900 per i detenuti ammessi al lavoro all’esterno lavoratori esterni, formalizzato stabilmente dal 1918. Notevole è stato anche rilevare, dalla documentazione storica, che in quei luoghi erano attive anche prostitute delle quali era nota anche la tariffa, pari a 50 cent, quando la paga giornaliera era di un dollaro. La struttura constava di una palazzina di alloggi suddiviso in stanze che non permettevano la necessaria *privacy* degli incontri che venivano fatti soprattutto con le relative mogli (106) Nel 1960 il programma prese avvio come “*Spousal visit time*”. Oggi questa struttura è stata sostituita da una casa mobile all’interno del perimetro del carcere, sebbene le visite coniugali siano state interrotte nel Mississippi dal 1° febbraio 2014. Un altro esperimento di quegli anni fu condotto allestendo una casa nelle vicinanze del carcere in South Carolina nel tardo 1800 (91). In tutti questi casi si trattava sempre di detenuti maschi, mentre il problema delle donne detenute non è stato considerato fino al 1972 con singoli, sporadici esperimenti, anche in altri paesi del sud America dove si organizzavano visite private. La durata degli incontri variava da alcune ore fino a 3 giorni, da una volta a settimana a una volta ogni due mesi, con la possibilità che oltre alle mogli ufficiali potevano accedere anche le prostitute. Gli

obiettivi che le amministrazioni penitenziarie si ponevano di volta in volta erano anche loro variabili. Alcune situazioni erano improntate sulla base della soddisfazione delle pure esigenze sessuali dei detenuti, mentre in altri contesti si mirava ad attuare pratiche che volevano difendere la famiglia dal frequente divorzio o dalla separazione a causa della lunghezza della pena da scontare. In tutti i casi comunque veniva sostenuta una specifica argomentazione per giustificare l'organizzazione di questi incontri. La soluzione della casa mobile che si posiziona all'interno della struttura carceraria è stata adottata anche da solo altri quattro stati americani, quali lo stato di New York (62), Washington, Connecticut, New York, California-Soledad, dal 1975 (72). Questi Stati, al 2018, sono gli unici in America ad avere questi progetti ancora in atto. La California concede “family visits”, riconoscendole quale mezzo per migliorare la sicurezza delle carceri, nonché per stabilire e mantenere connessioni significative con la famiglia e la comunità; tuttavia, le visite di famiglia restano un privilegio concesso ai detenuti e non un diritto ed in quanto tali sono autorizzate attraverso modifiche ai regolamenti penitenziari e non come applicazione di emendamenti costituzionali. Per questo motivo possono essere limitate o eliminate mediante semplice modifica o abrogazione di tali regolamenti. (107,108). Le visite familiari avvengono in unità private designate all'interno del carcere o in aree di detenzione. I detenuti ed i loro visitatori durante la notte non sono soggetti a costante e diretto controllo da parte del personale di custodia. Essi possono essere controllati periodicamente anche soltanto rispondendo a una chiamata o partecipando a un conteggio diretto. Inoltre, il *California Department of Corrections and Rehabilitation* (CDCR) ha stabilito una priorità nei suoi regolamenti per quei detenuti che, in base al loro impegno, reato, lunghezza della pena e concrete prospettive di affidabilità e comportamento durante la custodia, trarranno maggior beneficio dalle visite. Nel 1996, il CDCR promulgò regolamenti che limitavano le visite familiari a causa dell'ampiezza della popolazione detenuta, della mancanza di personale penitenziario disponibile e per la carenza di locali. Il CDCR stabilì in quell'occasione che il privilegio delle visite familiari sarebbe dovuta essere concessa solo a quei detenuti che possono ottenere i benefici più rapidi e tangibili, cioè quei detenuti che ritorneranno alle loro famiglie entro un periodo di tempo noto, non hanno violato la fiducia della loro famiglia da atti violenti contro di loro, non hanno dimostrato una minaccia per la società con atti di predazione sessuale e non si sono resi responsabili di violazioni regolamentari penitenziarie. Le attuali normative escludono i detenuti appartenenti ad alcune categorie dalla partecipazione alle visite di famiglia, come i condannati a vita senza possibilità di libertà condizionale. Il 27 giugno 2016, il Senato [*Bill* (SB) 843] ha stabilito di eliminare l'esclusione dalla partecipazione alle visite di famiglia per gli ergastolani, espandendo le visite familiari che sono state allargate anche a questi detenuti, qualora idonei. In questi contesti viene distribuito materiale informativo, anche sanitario. Sono ammesse coppie omosessuali se coniugate o in

unione civile, dal 2007. Lo stato del New Mexico, metteva a disposizione condom per le visite coniugali distribuiti dal personale di polizia (109,110,111) ed uno specifico *booklet* per le famiglie dove viene spiegato che ogni carcere ha un differente programma di visite notturne. Sono ammessi solo i bambini che compaiono sul certificato di stato di famiglia presentato dal detenuto, per un massimo di tre bambini con qualche possibilità di deroga. I detenuti sono sottoposti ad esame delle urine per la ricerca di sostanze stupefacenti, prima ed immediatamente dopo la visita. L’area di visita deve essere provvista di riscaldamento, cucina, elettricità, acqua, refrigerazione ed effetti lettereschi. L’amministrazione provvede a fornire lenzuola, asciugamani e coperte, nonché servizi igienico-sanitari; tutta la biancheria usata verrà rimossa dopo ogni visita. Anche lo Stato di New York autorizza i “*Family Reunion Program*” (91), ma gli ospiti devono produrre documentazione che non sono portatori di malattie contagiose e sono ospitati in una casa mobile nel perimetro del carcere (91,112). Dal 2011 sono accettate coppie omosessuali (62). Dal 1 maggio 2014 si è registrata una sospensione dei programmi per carenza di risorse, come anche nel Mississippi. Lo stato di Washington ha organizzato il programma “*Extended Family Visit (EFV)*” per le visite nelle strutture penitenziarie tra detenuti idonei e la compagna in una unità abitativa privata. I requisiti per i visitatori sono gli usuali, con una particolare attenzione alle terapie in atto di entrambi. Nel 2017 sono state effettuate 3.417 visite familiari (113). Lo stato del Connecticut (114) ha un programma di “*Extended Family Visits*” incluse le “*conjugal visits*”, che si svolge in unità simili a un appartamento con due camere da letto, un bagno, cucina, sala da pranzo, soggiorno con TV, DVD e videoregistratore, una scrivania. La cucina è attrezzata con frigorifero e *freezer*, piano cottura e forno, microonde, macchina per il caffè, tostapane, utensili, pentole e padelle. La stanza include anche giochi da tavolo. Attualmente le visite coniugali sono possibili soltanto in alcune State Prisons, ma non nelle Federal facilities. In Ohio, numerose petizioni non hanno ancora avuto alcun effetto non superando le storiche resistenze della popolazione (115). In Sud America, in Venezuela, nel carcere femminile di Caracas, sono state allestite cinque camere con servizi essenziali dove le detenute possono incontrare marito o fidanzato una volta ogni 15 o 30 giorni, ma le condizioni generali del paese non garantiscono alcunché relativamente ai diritti dei detenuti. In Brasile, tutti i detenuti, apparentemente senza distinzione, hanno diritto ad un ‘incontro affettivo’ di un’ora a settimana, con chi si vuole e senza limitazioni (116). Particolare attenzione al progetto “APAC” (Associazione di protezione e assistenza ai condannati, che consiste in un sistema di detenzione alternativo, senza guardie né armi, che responsabilizza i detenuti, coinvolge le comunità locali e i giudici) dove sono previsti appartamenti riservati alle sole coppie regolarmente sposate (147).

In Colombia, a parte il sovraffollamento che limita ogni tipo di visita, le visite coniugali sono di routine. Altri esperimenti sono stati condotti in Cile, Porto Rico, Argentina (90) e Messico dove queste pratiche sono universali ed indipendenti dallo stato coniugale; qualche struttura carceraria ha appartamenti per famiglie per ospitarli per periodi lunghi (111). Nella città del Messico, a luglio 2007, il Dipartimento delle carceri ha avviato visite coniugali per *gay* maschi e femmine.

In Jamaica da gennaio 2018 è in corso una profonda discussione accolta con molte critiche da parte della popolazione (117). In Costa Rica (118) 15 giugno 2015, la corte costituzionale ha ordinate di provvedere all’organizzazione degli incontri coniugali.

Canada. Molti Paesi, come il Canada, affrontano il tema della detenzione soprattutto per le pene brevi e puntando molto sulla riabilitazione e nel rientro nella società, cercando di annullare il rischio della recidiva (119), anche attraverso intensi programmi personalizzati sulle specifiche esigenze sociali dei detenuti. In aggiunta a questi programmi è stata creata la possibilità di intrattenere “*colloqui famigliari lunghi e riservati*”, come parte del programma stesso finalizzati a mantenere i legami famigliari e coniugali in costanza di detenzione, riducendo nel contempo la pressione sulle famiglie determinata dall’assenza di un *partner*. In Canada, il programma di visite famigliari in istituti penitenziari risale al 1980. Fino ad allora era organizzato solo in alcune strutture provinciali per detenuti con pene non inferiori ai due anni, sin dal 1960. Lo scopo dell’introduzione di questi programmi è quello di consentire a coppie e membri di una stessa famiglia incontri di coppia per avere rapporti intimi con l’obiettivo dichiarato di favorire la riabilitazione sociale. Ciò è favorito anche con i permessi con libertà vigilata che permettono ai detenuti di intrattenere i rapporti con i loro familiari ed altre persone, in modo da migliorare i loro rapporti con la comunità. Questo mira a consentire a coloro che hanno commesso reati di sviluppare relazioni costruttive con il mondo esterno in modo anche da facilitare il loro rilascio ed il loro rientro. L’attuazione di questi programmi corrisponde allo sviluppo di una specifica filosofia di recupero sviluppata ed ampliata nel 1970, ma entrata in piena attuazione nell’ambito del *Correctional Service of Canada* (CSC) negli anni ‘80 e ‘90. In tale visione politica prevale l’idea che per neutralizzare un’attitudine al reato è più produttivo attivare misure sociali che facilitano il cambiamento comportamentale del reo. A tale proposito sono stati sviluppati numerosi programmi specifici per “... *contribuire al mantenimento di una società giusta, pacifica e sicura per aiutare il reinserimento dei detenuti nella comunità*” come il “*Family Violence Prevention Program*”, finalizzato a combattere il rischio di violenza coniugale. Altri dati dell’amministrazione della giustizia del Canada dimostrano che se la famiglia di un detenuto è ancora intatta e pronta a riaccettarlo, le sue possibilità di condurre una vita onesta è notevolmente migliorata. Poiché l’oggetto di queste visite è quello di mantenere i rapporti sia all’interno della coppia e legami familiari e sociali, questi

programmi sono aperti a tutti nell'*entourage* del prigioniero. I potenziali visitatori includono non solo i membri della famiglia nella accezione più ampia, ma anche *partner*, genitori, genitori adottivi, fratelli, nonni, e le persone con le quali, a giudizio del servizio penitenziario, è chiaramente stabilito che l'autore del reato ha un rapporto forte, anche a prescindere da qualsiasi legame familiare, ivi incluse le persone dello stesso sesso, quindi sono concessi incontri sentimentali di tipo omosessuale.

Il “*programma di visita di famiglia privata*” è aperta a tutti i detenuti indipendentemente dal loro livello di sicurezza, con rare eccezioni. Tuttavia, alcuni detenuti possono essere esclusi dal programma, sia perché c'è un rischio di violenze coniugali, sia per comportamenti precedenti non idonei per cui è ritenuto responsabile di un illecito disciplinare (l'introduzione di oggetti proibiti, possesso di armi o strumenti suscettibili di utilizzo per la fuga, rissa, ecc.). La richiesta di incontro viene consegnata dal capo della struttura e prima di ogni visita sono effettuati i consueti controlli di sicurezza ed allo stesso tempo, il visitatore deve firmare una “*dichiarazione di partecipazione volontaria e il consenso*” e deve avere un incontro con il funzionario incaricato del caso, il quale determina se la persona è completamente disposta a partecipare a questo tipo di visita e non ha ricevuto alcuna pressione per farlo. Lo stesso ufficiale valuta se “*la relazione sentimentale è ben fondata, stabile e positiva*”, anche attraverso informazioni ed indagini all'interno della comunità e della famiglia, tra i vicini di casa ed i datori di lavoro. Dopo ogni visita privata, un membro del personale verifica se “*la visita è andata bene*”. Gli incontri che vanno da 72 ore a 3 giorni, possono essere autorizzati ogni 2 mesi e si svolgono nei locali del carcere, in una zona speciale dotata di piccoli appartamenti completamente arredati con una o due camere da letto, cucina, soggiorno e bagno ed uno spazio esterno con un cortile o un giardino. Gli oggetti e gli alimenti consentiti nel corso della visita sono chiaramente identificati dai regolamenti carcerari e sono controllati prima di ogni visita. Durante la visita, il personale deve avere contatti regolari sia con il prigioniero e ai visitatori, per garantire la loro sicurezza e monitorare la loro presenza. Questi controlli sono programmati in anticipo per evitare di disturbare l'intimità della famiglia. Secondo i ricercatori del *Correctional Service of Canada*, in accordo con altre osservazioni riportate dalla letteratura scientifica, “*il mantenimento di un interesse familiare attivo durante la detenzione e la creazione di un rapporto reciprocamente soddisfacente dopo il rilascio sono stati associati con la diminuzione della recidiva*” (120,121). Probabilmente questo modello è il più idoneo a realizzare anche i nostri dettami costituzionali, una volta che fosse implementato anche in Italia.

Australia. In molte carceri private dello Stato di Victoria ed in qualche altro stato australiano, la procedura con cui si dà ai detenuti il permesso di avere questo “privilegio” non è formalmente dichiarata, ma alcuni agenti di custodia sono noti

per garantire detenuti accesso a partner sessuali del sesso opposto secondo il proprio parere personale e senza una regola scritta, aprendo però la strada a favoritismi o discriminazioni. Nel Western Australia e nel Queensland non sono tollerate tali attività (122).

Russia. In Russia i detenuti hanno diritto a due visite di 72 ore due volte l’anno e durante questi permessi sono esclusi dal lavoro, se hanno lavorato ore in anticipo o le recuperano successivamente, essendo il lavoro obbligatorio. Le visite hanno luogo in piccole suites di appartamenti all’interno delle mura del carcere. Il controllo di polizia è minimo ed è permesso portare cibo e abiti (116, 123).

Stati Orientali E Medio-Orientali. In Kuwait, le autorità di custodia l’anno scorso hanno permesso ai detenuti sposati di usufruire di visite coniugali ogni tre mesi (Al-Najjar MY, 2001, comunicazione personale riportata in 15). Il Sultanato di Oman dal 18 febbraio 2018 ha avviato la riorganizzazione in tal senso dopo la sentenza favorevole ad un detenuto che aveva fatto ricorso in quanto non veniva concesso un trattamento dignitoso (124). In Pakistan (117) il locale dipartimento delle carceri garantisce i diritti coniugali ai detenuti permettendo incontri di un giorno od una notte ogni tre mesi. In India il 7 gennaio 2015 la Punjab and Haryana High Court, dopo un ricorso di una coppia, ha ordinato al comitato per le riforme carcerarie indiano di rispettare i diritti coniugali delle persone detenute con visite coniugali o inseminazione artificiale. (125). Nelle Filippine esiste un interessante esperimento che supera le semplici visite coniugali ma permette addirittura la vita insieme in case che fanno parte di un penitenziario del tutto particolare con più di 3.000 detenuti e loro famiglie. È la Hwahig Penal Colony con l’annessa Penal Farm che è una delle più grandi “carceri all’aperto” del mondo, a soli 14 km da Puerto Princessa, capitale della provincia di Palawan. La prigione è circondata da una recinzione metallica al posto dei muri di cemento ed una sola guardia all’ingresso accoglie turisti e parenti dei detenuti senza ispezionarli. Creata nel 1904, oggi, ospita una trentina di detenuti a bassa sicurezza che vivono con le loro famiglie all’interno del perimetro carcerario (126).

Visite coniugali sono riportate anche in Arabia Saudita, dove i detenuti possono avere una visita coniugale al mese, per ogni moglie. Lo stesso in Qatar, Turchia e Iran. In Egitto è in corso una profonda discussione sugli incontri tra coniugi (127). In Israele sono permesse le visite private con familiari ed altri detenuti, anche nell’unico carcere femminile del paese (Neve Tirza Prison) (100). Le visite hanno avuto inizio nel 1994 in altre carceri e sono permesse sia ai coniugati che a coloro che sono legati da rapporti affettivi. Le regolamentazioni molto strette per l’accesso a tali benefici, rende conto che solo il 15% circa dei detenuti può usufruirne.

Continente Africano. In Nigeria da circa due anni si sta discutendo come applicare le norme per le visite coniugali, ma le critiche vengono mosse da coloro che aspettano una risposta dal governo e nell’attesa si infrangono diritti. Anche in Uganda il Parlamento interrogando il direttore delle carceri, questi asserì che la

legge non prevede tali benefici per coloro che hanno commesso gravi reati contro la comunità ed in aggiunta a ciò le ristrettezze economiche non permetterebbero tali riforme, sebbene la popolazione le ammetterebbe. Nello Zimbabwe, sin dal 1998, lo stato ha cominciato a considerare l'introduzione delle visite coniugali anche in considerazione dell'incremento esponenziale della malattia da HIV (116).

Europa. In Svizzera, nell'istituto penitenziario del Canton Ticino, esistono vari tipi di colloqui tra detenuti e familiari: dalle visite con pranzo, dette “colloqui gastronomici”, agli incontri interni alla sezione “Silva”, o “Pollicino” riservata alle visite per i figli. La “Silva” è uno chalet in legno, separato dal penitenziario, ai margini del bosco che circonda il carcere. Esso è composto da soggiorno, cucina, camera da letto e bagno con doccia. Non ci sono sbarre alle uscite ed alle finestre. Le visite sono denominate “incontri interni”, ma non si fa alcun cenno ai termini del tipo “sessualità” o “amore” in quanto questi incontri non sono riservati alle relazioni sessuali, bensì anche con amici, parenti e prossimi vari. (128).

In Norvegia (Halden Prison) i detenuti sono autorizzati a ricevere le loro famiglie, i *partner* o gli amici, privatamente, due volte a settimana, per due ore. Le singole stanze contenenti un divano, un lavandino e un armadio con lenzuola, asciugamani e preservativi sono disponibili per le visite di una sola persona. Per quelli con le famiglie, è disponibile una stanza più grande con giocattoli e attrezzature per i bambini. I detenuti vengono controllati dopo le visite e, se vengono trovati oggetti illegali, possono perdere i loro diritti a visite private. Questo diritto è negato laddove vi siano visitatori ad alto rischio o con storie di reati correlati alla droga o stranieri. C'è anche una casa separata in stile chalet dove i detenuti possono ricevere visite dai familiari e stare con loro per 24 ore, ma solo dopo aver completato il loro programma di rieducazione familiare per l'educazione dei bambini; la casa ha una piccola cucina, due camere da letto, un bagno, un soggiorno con un tavolo da pranzo, un divano e un televisore, nonché un'area giochi all'aperto con giocattoli. Durante le visite, lo *staff* controlla regolarmente i prigionieri e le loro famiglie (129).

In Croazia sono consentiti incontri anche intimi e non sorvegliati di quattro ore con il partner o il coniuge. In Germania hanno allestito alcuni piccoli appartamenti dove i detenuti con pene lunghe possono incontrare le loro famiglie, ma solo alcuni *Lander* hanno predisposto tali sistemazioni. Nel 2010 si è purtroppo registrato un omicidio durante i colloqui che ha rimesso in discussione sia la loro esistenza che la sorveglianza da parte del personale penitenziario (130,131). In Olanda e Danimarca sono stati predisposti dei miniappartamenti con servizi e cucina al fine di ricreare il più possibile un'atmosfera familiare, senza preclusioni per lo stato giuridico dei detenuti. La Danimarca, dal 2001, è sede di una sperimentazione delle c.d. carceri miste dove vivono in quattro strutture diverse di cui una mista con celle separate ma servizi in comune. Uomini e donne possono formare coppie stabili. Le

attività sessuali sono teoricamente proibite, ma possono essere svolte in sale attigue.

In Finlandia sono ammessi a tali colloqui solo coloro che non possono usufruire dei permessi. In Inghilterra, Galles, Scozia ed Irlanda non sono previste visite familiari, sebbene sia presente una rilevante pressione dall'interno delle strutture carcerarie per ottenerle, ma per il momento sembrano prevalere politiche punitive. Il 6 dicembre 2017 è stata sottoposta una petizione al parlamento inglese, ma è stata rigettata. Attualmente i regolamenti penitenziari permettono di “*Reasonable physical contact between prisoner and visitor is permitted . A prisoner is allowed to embrace their visitor at least at the beginning and end of the visit*”. Sono considerate le attività di riduzione del danno e del pericolo delle infezioni trasmesse per via ematica e/o sessuale (160). In Francia l’attuazione di queste progettazioni era in discussione da lunghissimo tempo (1814) ed era anche stato ipotizzato un sistema di “*cabanon*” (tr. casetta, capannino), ma solo recentemente sono state approvate variazioni di regole penitenziarie che permettono la permanenza fino da 6 a 72 ore in appartamenti attrezzati con costi a carico delle famiglie. Non è prevista sorveglianza da parte della Polizia penitenziaria, pur restando possibile un intervento da parte loro attraverso controlli periodici avvertendo i presenti allo scopo di accertare la presenza del detenuto all’interno della casa. Il personale può intervenire a chiamata; l’amministrazione rende disponibili gli accessori igienici e gli effetti lettereschi. Queste “*Unitès de Vie Familial*” (UVF) sono situati dentro il terreno del carcere, ma al di fuori degli spazi di detenzione. A luglio 2018 solo 48 stabilimenti penitenziari su 188 erano realmente funzionanti con 156 UVF in totale dalla data di avvio del programma nel 2003 (39 carceri a febbraio 2018) (132,133). L’implementazione di questi programmi ha preso avvio dopo la modifica del regolamento penitenziario del 2009. Una situazione simile alla Francia la si può ritrovare in Belgio dove è permesso l’incontro per tre notti o per 48 ore, ma con costi a carico delle famiglie (116). In Austria sono previsti incontri di almeno 14 ore. Recentemente si è assistito a polemiche per il trasporto con *bus* verso zone rurali (Wienviertel) di detenuti che incontravano persone per visite intime (134). In Spagna i detenuti possono avere visite coniugali ogni 4-8 settimane in camere riservate potendo restare fino a tre ore con fornitura di effetti igienici e *condom*. Nel carcere di Madrid sono state allestite tre camere con servizi per le “relazioni affettive”. Sono permessi anche incontri tra detenuti e detenute che dimorano nello stesso stabilimento, ma per tempi più brevi. A Barcellona (Brians1, carcere misto), coppie di detenuti partner anche all’esterno possono incontrarsi due ore ogni 15 giorni (77). In Albania sono previste visite non sorvegliate ma solo per i detenuti coniugati (135).

Dall’esame dei dati riportati sulle regolamentazioni dei diversi paesi in tema di incontri familiari appare evidente la difficoltà di interpretare correttamente la realtà

attuale sia da un punto di vista legale e formale, sia da quello scientifico. Ciò è legato a diversi motivi. In primo luogo la letteratura scientifica riporta una importante quota di lavori di indagini prevalentemente qualitative che studiano l'adattamento allo stress da carcerazione, la recidiva penale relativa in ogni singolo paese con le leggi di quel paese, gli episodi di violenza, l'omosessualità o lo stupro o alcune forme di protesta. Di contro, gli studi quantitativi, magari estesi a più paesi con legislazioni simili ed a supporto di quelli qualitativi, risultano essere ancora molto scarsi. Inoltre una diversa difficoltà è data dall'abbondante letteratura grigia (la “letteratura grigia”: è composta soprattutto da materiale tecnico, scientifico e industriale. Sono inclusi in questa dizione i Rapporti: Preprints, Rapporti tecnici, Documenti ufficiali, Rapporti di avanzamento, Relazioni di comitati, di commissioni e di gruppi di studio e di lavoro, Rapporti di ricerche di mercato; Tesi di Laurea e di Dottorato di Ricerca; Relazioni e Comunicazioni a congressi, seminari, tavole rotonde, conferenze etc.; Saggi in attesa di accettazione da parte di periodici accademici; Statistiche e Bibliografie). I numerosi riferimenti in Internet risentono di una scarsa affidabilità scientifica, ma purtroppo spesso sono gli unici reperibili per determinati argomenti, per cui è necessaria una severa selezione di quelli citabili. Sull'argomento specifico si avverte la necessità di studi che analizzino argomenti a forte ricaduta pratica, quali l'impatto sociale di queste iniziative, l'impatto di questi sulle liberazioni anticipate o le misure alternative, il numero degli episodi di violenza o il mantenimento delle relazioni coniugali in modo stabile

Gli operatori sanitari hanno un ruolo importante, se creano un ambiente privo di giudizi e confidenziale in cui le persone si possano sentire libere di condividere eventuali preoccupazioni e problemi legati alla loro sessualità. Chiunque sia coinvolto nel fornire educazione sessuale e relazionale dovrebbe ricevere una formazione continua, per garantire che le informazioni e la consulenza fornite siano accurate, appropriate e lontane da discriminazione, pregiudizi di genere e stigma (136).

Un cenno particolare va sempre messo in evidenza riguardo alle persone LGBTI (*Lesbian, Gay, Bisexual, Trans(gender) and Intersex*), che molto frequentemente subiscono vere e proprie discriminazioni in ragione del loro stato ed indipendentemente dal fatto che siano o meno in un'unione civile. Essi, dopo un attento inquadramento socio-sanitario, devono poter essere messe in condizione di esercitare il loro diritto e senza discriminazioni alle c.d. “visite familiari”, laddove i termini “famiglia”, “coniuge”, “partner” siano interpretati in senso ampio. Le regole adottate per gestire questi incontri per gli altri detenuti dovrebbero essere le stesse. Ne caso di bambini con genitori dello stesso sesso deve prevalere l'interesse dei bambini, non impedendogli di incontrare i propri genitori insieme (148).

D. Gli incontri riservati in Italia. Una progettazione complessa.

La popolazione detenuta in Italia nei 190 Istituti penitenziari attivi (136,137,138) è pari a 59.275 soggetti, di cui 2.556 donne e 20.098 stranieri, a fronte di una capienza regolamentare di 50.622 posti (fonte dati: Ministero della Giustizia al 30 settembre 2018). I detenuti minorenni entrati negli istituti per minorenni nell'anno 2017 sono stati 1.057 con una presenza media giornaliera di 463,9 unità.

Di tutti i soggetti in stato di detenzione quelli che non avevano ricevuto una condanna definitiva o ancora nessuna condanna è pari a 29.654 unità. I condannati definitivi invece sono pari a 39.078 unità, inclusi 366 persone internate. Considerando poi la lunghezza della pena inflitta ai soli condannati si rileva che con 0-1 anno di condanna abbiamo 1.904 soggetti; 1-2 anni: 3.466; 2-3 anni: 4.301; 3-5 anni: 8.380; da 5-10 anni 10.052; da 10-20 anni: 2.285; inoltre ci sono 1.726 ergastolani per un totale di 38.709 soggetti.

Sempre al fine di poter analizzare i dati utili per una programmazione di interventi specifici nel settore, è necessario anche osservare un altro dato, come quello del numero dei figli dei detenuti (uomini e donne). In particolare i detenuti con 1 solo figlio sono 8.056, con 2 sono 9.189, con 3 sono 5.299, con 4 sono 2.185, con 5 sono 777, con 6 sono 320, oltre 6 sono 291, per un totale di 25.117 detenuti con un numero di figli rilevato. I detenuti senza figli dichiarati o altrimenti noti al rilevatore, sono 33.158.

Per ciò che attiene alle classi di età i detenuti appartenenti alla fascia 18-29 anni sono 11.672, quelli della terza decade sono 17.051, quarta decade: 15.789, quinta decade: 9.608, sesta decade 3.795, oltre i 70 anni: 833.

Circa lo stato civile i celibi/nubili sono 19.516, i coniugati sono 17.031, i conviventi sono 7.357, i vedovi/separati/divorziati sono 14.855.

In Italia, alla data attuale ed a leggi vigenti, l'unica modalità per un detenuto di poter avere rapporti sessuali ed affettivi consiste nell'ottenimento di un “permesso premio” che prevede un'uscita dal carcere per un numero variabile di giorni che al massimo sono quindici. A questo beneficio possono afferire, solo poche categorie di detenuti, tanto che in tutto l'arco di tempo dell'anno 2017 in Italia si sono registrati solo 34.105 permessi premio di durata variabile, pari a circa 93 permessi al giorno, meno di uno ogni due carceri.

In Italia, la principale questione che non permette alcuna intimità con il proprio partner è quella contenuta nell'art. 18 dell'Ordinamento Penitenziario: “*I colloqui si svolgono in appositi locali, sotto il controllo a vista e non auditivo del personale di custodia*”. Il D. Lgs. n. 123 del 2 ottobre 2018 (G.U. 26 ottobre 2018), recentemente approvato dalle Camere, modifica il testo originale aggiungendo al rigo precedente: “*I locali destinati ai colloqui con i familiari favoriscono, ove possibile, una dimensione riservata del colloquio ed essere collocati preferibilmente in prossimità dell'ingresso dell'istituto. articolare cura è dedicata ai colloqui con i minori di anni quattordici*”.

Appare del tutto evidente che nulla cambia al fine di realizzare relazioni di tipo affettivo e sessuale per le persone detenute. Oltre ciò, sulle manifestazioni affettive in carcere grava sempre l’articolo 527 del codice penale che recita: “*Chiunque, in luogo pubblico o aperto o esposto al pubblico, compie atti osceni è soggetto alla sanzione ...*”.

Nel tentativo di ipotizzare una programmazione logistica e sanitaria, che consideri i parametri numerici che si dovrebbero affrontare per rispettare un eventuale diritto, qualora esso fosse riconosciuto, è possibile ipotizzare delle proiezioni sulla ricaduta di un eventuale provvedimento in tal senso.

Nell’ipotesi di quantizzare l’impatto che avrebbe sull’organizzazione l’avvio di una attività del genere, bisogna considerare, anche alla luce delle posizioni realizzate mediamente degli altri Paesi: - categorie da ammettere al beneficio/diritto: tutte le fasce di età, ma solo coniugati o conviventi (17.031+7.357=24.388); numero di “visite coniugali” ammissibili: una al mese (24.388 visite/mese/in Italia); - impatto su un carcere medio con 100 aventi titolo e che tutti utilizzassero il beneficio: 100/mese/carcere medio = 3,8 al giorno/26 giorni/mese equivalenti a 2 visite per due turni mattina e pomeriggio (ipotizzando una durata della visita pari a tre ore); - ipotizzando che su 100 detenuti eleggibili vanno tolti coloro che stanno in particolari misure di sicurezza (divieti di incontri, disciplina, salute, ecc.) valutabili nel 20% del numero totale, avremmo circa 80 visite coniugali al mese per un carcere con 100 detenuti aventi titolo; - spazi necessari per un carcere di 100 detenuti di cui solo 80 fanno una visita al mese di tre ore, pari a 3-4 visite al giorno/6 gg. a settimana: almeno due stanze attrezzate/miniappartamenti.

Naturalmente, questa proiezione realizza una visione a “pieno regime” di attivazione delle procedure e presenta aspetti arbitrari che restano tutti da verificare, in quanto le variabili sono molto numerose ed anche imprevedibili. In ogni caso, ad una rigorosa programmazione logistica ed organizzativa, deve proseguire in parallelo un’organizzazione sanitaria che tenga conto della novità assoluta di tali provvedimenti, dei rischi per la salute pubblica, dei regolamenti e delle normative comunali e regionali. Tali sistemazioni infatti sono del tutto simili ad alloggi alberghieri seppur temporanei, pertanto come tali vanno trattati, a meno che una normativa specifica non venga promulgata nel frattempo, ma al momento questo appare molto poco probabile (135). Conoscendo i tempi ed i modi ed i numerosi ostacoli, anche politici, che tale progettazione potrebbe avere e benché si sia ancora lontani da un’ipotesi del genere, è utile avviare ipotesi di lavoro e soluzioni che saranno necessariamente complesse per affrontare un tema, complesso anch'esso. In particolare un criterio che appare irrinunciabile è quello della gradualità dell'applicazione di tali norme e la sperimentabilità al fine di apportare ogni aggiustamento che si rendesse necessario in itinere. Inoltre, dovrà essere considerata, una necessaria gradualità nell’allargamento progressivo di questi incontri, a gruppi di detenuti sempre più vasti, iniziando con le categorie

meno numerose. Irrinunciabile è la quantificazione delle risorse interne alle strutture carcerarie, ovvero quei locali che potrebbero essere identificati come idonei per dare avvio immediato a queste attività.

Prima di considerare la possibile creazione di locali specializzati nell'ambito degli istituti penitenziari è bene ricordare quanto insufficiente sia la qualità media delle attuali strutture penitenziarie. La ben nota “sentenza Torregiani” emessa dalla Corte di Strasburgo per violazione dell’art. 3 della Convenzione europea dei diritti dell’uomo (Corte EDU, sezione II, sentenza 8 gennaio 2013) si basava proprio sull’osservazione delle reali condizioni degli alloggi per detenuti, sul sovraffollamento e sulla riduzione dei singoli spazi vitali. Oltre ciò fu verificata la presenza di altre carenze di ordine igienico-sanitario, sulle acque potabile ed altre insufficienze. Non è bastato infatti che nel nuovo ordinamento penitenziario (D.P.R. 230/2000) la denominazione della 'cella' fosse trasformata in “camere di pernottamento” per mutarne sia la destinazione d’uso che i deficit strutturali. Inoltre, la superficie effettiva e disponibile per ogni singolo detenuto prevede uno standard minimo di sei m² (esclusi i servizi sanitari) più altri quattro m² per ogni detenuto in più, con un limite massimo di quattro persone per stanza (CPT del 15 dic 2015), almeno due metri tra le pareti della cella ed almeno 2,5 metri tra il pavimento ed il soffitto della cella. Viene così a costituirsi quello che la Corte definisce “lo spazio vitale” costituito sia dalla superficie calcolata in m², sia dalla concreta possibilità di movimento al suo interno. Numerose sono state anche le segnalazioni di carente illuminazione ed aerazione degli ambienti a causa di finestre che non rientrano negli standards auspicati dalla CPT, come segnalato anche dal Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale. D'altra parte sarebbe auspicabile che ogni paese, di concerto con il CPT, pervenisse alla formulazione di “*standard* elementari” per la creazione di sale coniugali nelle carceri, congiuntamente alla loro definizione e denominazione (139,140).

In considerazione quindi, dei numerosi e profondi deficit strutturali e funzionali delle strutture penitenziarie italiane, spesso vetuste e molto inospitali, non è agevole progettare delle sistemazioni dedicate agli aspetti più alti delle relazioni umane e cioè all’affettività ed alla sessualità. Pur tuttavia per avviare una ipotesi attuativa di queste zone riservate, devono essere considerati almeno tre aspetti che coesistono in maniera inscindibile, soprattutto in assenza di una normativa specifica:

1. la regolamentazione come locale pubblico, sia pur con accesso controllato e limitato;
2. un regolamento specifico, come locale di istituto penitenziario;
3. l’applicazione di norme di igiene collettiva di comunità confinata.

Per ciò che attiene alla regolamentazione di locali pubblici ad accesso sia pur limitato e riservato, ma pur sempre aperto ad un pubblico in maniera continuativa,

essi sono soggetti ad una normativa regionale (ad es. Regolamento regionale Lazio, Lombardia) (141,142) e comunale con controlli effettuati dalle Aziende Sanitarie Locali. Una prima questione sorge al momento dell’identificazione di tali strutture, con l’esigenza di dare loro una esatta denominazione che le distingua con esattezza da ogni altra struttura ricettiva. Le attuali classificazioni (albergo/*hotel*, residenze turistico alberghiere o residence, unità immobiliari adibite a strutture ricettive di tipo alberghiero, ecc.), già possiedono una specifica destinazione di uso. In base a specifiche caratteristiche oggettive o per i servizi resi possono essere distinti anche altri tipi di ricettività (centro benessere, *beauty farm* o centro estetico, centro congressuale, ecoalbergo, residenza d’epoca, albergo storico, albergo termale, *hotel* di lusso, *motel*). Come si può vedere nessuna di queste denominazioni può essere assimilata ai concetti espressi precedentemente, per cui, a fronte della peculiarità della struttura da contemplare si dovrà ricorrere a una definizione “personalizzata” e non è una questione da poco conto. Oltre ciò, l’esigenza più importante da soddisfare è rappresentata dalle caratteristiche che dovranno avere questi locali che saranno soggetti ad una ed una soltanto specifica destinazione di uso e cioè permettere “*l’incontro familiare di persone detenute, in riservatezza e garanzia di rispetto delle norme igieniche e di sicurezza penitenziaria*”. Sempre, dovrà essere garantita la salubrità degli ambienti (D.M. 5 luglio 1975: “*Modificazioni alle istruzioni ministeriali del 20 giugno 1986 relative all’altezza minima ed ai requisiti igienico-sanitari principali dei locali d’abitazione*”).

Pertanto è possibile immaginare alcuni dei requisiti minimi strutturali:

- probabili due tipologie di strutture: una per colloqui famigliari anche estesi e prolungati, l’altra per incontri intimi tra loro ben distinti per la frequente compresenza di minori;
- adeguata superficie utile differenziata per finalità di uso (incontri coniugali o familiari);
- posizionamento del locale in area riservata, non prossima a percorsi o rumori od altre forme di inquinamento sensoriale (visivo, olfattivo e uditivo), adeguata illuminazione naturale ed artificiale;
- un bagno per ogni locale adibito ad incontri e dotato degli accessori minimi quali WC, lavabo, *bidet*, doccia, asciugatore ad aria, una dotazione *standard* di effetti igienici a perdere (carta, assorbenti, disinfettanti, saponi, *shampoo*, profilattici *standard*, confezioni di toletta minima con pettine, ecc.), acqua calda e fredda, specchio e presa di corrente;
- dispenser per generi alimentari e igienici;
- conformità della struttura alle norme edilizie, di sicurezza degli impianti e dei lavoratori, di superamento delle barriere architettoniche per i disabili (D.L. 81/2008 e DPR 24/7/1996 n. 503) (143,148);
- un locale cucina o angolo cottura con una dotazione *standard* (fornello elettrico, posate, stoviglie, accessori da cucina);

GIURISPRUDENZA PENALE WEB, 2019, 2-BIS - “AFFETTIVITÀ E CARCERE:
UN BINOMIO (IM)POSSIBILE?”

- il mobilio dovrà essere dignitoso e funzionale dotare la stanza di uno o più letti, poltrone sedie, TV, lettore DVD, televisione/schermo;
- ambiente per deposito biancheria sporca e pulita;
- riscaldamento ed aerazione, smaltimento rifiuti anche differenziati;
- sistema di chiamata di emergenza;
- personale selezionato ed addestrato che riesca a stabilire anche un minimo contatto empatico con le persone, costituzione di un gruppo formato *ad hoc* (*equipe* dedicata) per non incorrere nel rischio di intrusioni non legittimate.

Requisiti minimi funzionali:

- esistenza di un regolamento/carta dei servizi, reso noto e fornito agli astanti dove siano categorizzati e delineati gli aspetti salienti degli aventi titolo o delle esclusioni (*sex offenders*, presenza di patologia diffusiva, identità di genere, ecc.);
- condivisione degli obiettivi con l’utente;
- efficiente servizio di pulizia e riassetto del/i locale/i con incarichi di lavoratori a detenuti, anch’essi selezionati;
- fornitura di dispenser per cibo, bevande, profilattici, set di igiene, ecc.;
- stretto collegamento con i percorsi di entrata al carcere;
- creazione di un *setting* stabile dove l’idea di carcere si attutisca;
- relazioni di fiducia tra utente, famiglia e *staff* penitenziario.

Da quanto appare dall’esame della letteratura in tema di incontri famigliari od intimi tra detenuti e congiunti, i fattori determinanti, ovvero le difficoltà per una progettazione congrua ed efficace sono numerose e possono costituire una scusante da parte dei governi per non intervenire o per farli in termini minimali. Qualora ci fosse l’intenzione di mettere in campo una simile attività dovrebbero essere considerati aspetti diversi (v. Tab III).

<ul style="list-style-type: none"> • Finanziamento di avvio e di mantenimento • Rassegna delle risorse strutturali disponibili ed idonee • Stesura regolamento • Autorizzazioni locali (o nazionali) • Training del personale • Avvio di sperimentazione (indicatori) • Progressiva estensione ad altre unità
--

Tab. III: L’avvio di una progettazione in Italia. Una Road map.

Pur nella convinzione che anche il nostro Paese riuscirà a creare percorsi di affettività anche intima nelle strutture penitenziarie, è facile rendersi conto della difficoltà oggettiva di una tale progettazione, anche in considerazione delle condizioni fisiche della popolazione detenuta italiana (145). Da una parte le strutture fisiche, dall’altra l’impianto normativo e amministrativo che devono

essere considerati come essenziali ed irrinunciabili. È molto probabile che, una volta fatta una rassegna delle risorse esistenti e gestibili in questo senso, si potrà registrare la grande eterogeneità degli impianti attuali utilizzati per i contatti con le famiglie: ludoteche per bambini, parlatori a stanze o multipli, giardini attrezzati o nudi, ecc. Per tale motivo sono immaginabili in primo luogo iniziative locali tarate sull'esistente e successivamente attività strutturate in modo più omogeneo. Dal punto di vista regolamentatorio alcuni argomenti rappresenteranno certamente un vincolo di non poco peso, come quello relativo ai rapporti omosessuali, di prostituzione maschile e femminile, l'accesso dei *sex toys*, la poligamia di alcune etnie. Questi argomenti sono stati dibattuti nel corso degli Stati Generali dell'esecuzione penale che si sono tenuti con il patrocinio del Ministero della Giustizia (144).

Dal punto di vista sanitario, la eventuale verifica dello stato infettivologico o patologico al momento dell'accesso in carcere e l'esecuzione di *drug tests* qualora rientrassero nelle prescrizioni di accesso ed uscita dalla struttura, non pongono grossi problemi come anche la risposta alle eventuali emergenze-urgenze che si dovessero verificare a carico dei visitatori presenti. Anche l'accesso di persone con farmaci non pone particolari problemi in quanto risulta un'evenienza abbastanza frequente durante i normali colloqui. I visitatori portatori di disagio o franca patologia psichiatrica dovranno essere considerate con attenzione.

E. Conclusioni.

Ogni persona detenuta è definibile come un “*portatore di povertà con prognosi di recidiva*” per le costanti e rilevanti problematiche socio-culturali e di salute da cui è affetto. L'opportunità di riportare, anche se in condizioni innaturali, ad un temporaneo contesto di tipo familiare, offre l'opportunità di ottenere una migliore possibilità di riconciliazione con il mondo esterno, spettatore dei suoi reati. Per questo, una progettazione che permetta la ripresa ed il mantenimento di rapporti affettivi profondi, può giocare un ruolo determinante nel decremento delle recidive e nel reinserimento nell'ambito lavorativo. Lo studio dei percorsi organizzativi, la rassegna delle risorse esistenti, la sperimentazione progressiva di queste iniziative appaiono irrinunciabili ed opportune, essendo richiesta la partecipazione contemporanea e settoriale di enti pubblici e privati di diversa competenza ed autorità. La consultazione diretta dei portatori di interessi personali e cioè delle famiglie e dei detenuti, resta un momento irrinunciabile in quanto rappresentativa di un costruttivo dialogo tra Cittadino ed uno Stato che non ne limiti la libertà di espressione (146).

F. Citazioni e Bibliografia.

* Sandro Libianchi, Coordinatore Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane (C.O.N.O.S.C.I.)

1. WAS, Dichiarazione del 13° Congresso Mondiale di Sessuologia, 1993, Valencia, Spagna, approvata durante il 14° Congresso Mondiale WAS di Hong Kong, Repubblica Popolare Cinese, 26 agosto 1999;
2. International Conference on Population and Development (ICPD) was held in Cairo, Egypt, from 5 to 13 September 1994:
http://dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_2_testi/d_impegni_pol_internaz/a_conf_mondiali_onu/c_conf_cairo_e+5/a_cairo_poa_engl_x_pdf/cairo_dich+pda_engl.pdf;
3. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966.
http://www.pwescr.org/PWESCR_Handbook_on_ESCR.pdf;
4. Programme on Women's Economic (PWESCR): "Social and Cultural Rights; Human rights for all. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. A Handbook". First Published: August 2015, Article 11;
5. HENSLEY, C. (2002), Prison Sex: Policy and Practice, Lynne Rienner Publishers, Boulder, CO and London;
6. HENSLEY, C., KOSHECHSKI, M., & TEWKSBURY, R.: "Does participation in conjugal visitations reduce prison violence in Mississippi? An exploratory study"; Criminal Justice Review; 2002b; 86(27): 52-55;
7. PONT J. STÖVER H, GÉTAZ L, CASILLAS A., WOLFF H.: "Prevention of violence in prison-The role of health care professionals"; Journal of Legal and Forensic Medicine, August 2015; 34: 127-132, Epub 2015 Jun 9;
8. HENSLEY, C., TEWKSBURY, R. AND WRIGHT, J.: "Exploring the dynamics of masturbation and consensual same-sex activity within a male maximum security prison", The Journal of Men's Studies, 2001; 10 (1): 59-71;
9. BARTON D.: "Sexually deprived individuals"; Medical Aspects of Human Sexuality; 1972;6(2): 88-97;
10. DOWNER AV, TRESTMAN RL.: "The Prison Rape Elimination Act and correctional psychiatrists"; Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law; 2016;44(1): 9-13.
11. NACCI P.L., KANE T.R.: "The incidence of sex and sexual aggression in Federal prisons"; Federal Probation 1983; 47(4): 31-36;
12. PEHLIĆ D.: "The cultivation of sexual violence inside prison walls"; Journal of Sex Research 2011; 48(6): 601;
13. O'DONNELL I.: "Prison Rape in Context"; British Journal of Criminology; 2004; 44(2): 241-255;
14. ROBERTSON J.E.: "Rape among incarcerated men: sex, coercion and STDs"; AIDS Patient Care STDS. 2003, 17(8):423-30;
15. AWOFESO NI, NAOUM R.: "Sex in prisons a management guide". Aust Health Rev. 2002;25(4):149-58;
16. American Psychiatric Association;
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/meetings/annual-meeting/blog/217-boxes-of-dr-henry-anonymous>;

17. LEA C.H. III, GIDEONSE T.K., HARAWA N.T.: “An examination of consensual sex in a men’s jail”; *Int. J. Pris. Health*; 2018; 14(1): 56-62;
18. ARREOLA, S., SANTOS, G.M., BECK, J., SUNDARARAJ, M., WILSON, P.A., HEBERT, P., MAKOFANE, K., DO, T.D. AND AYALA, G. (2015), “Sexual stigma, criminalization, investment, and access to HIV services among men who have sex with men worldwide”, *AIDS and Behavior*, Vol. 19 No. 2: 227-3;
19. Howard League for Penal Reform (2013), *Consensual Sex Among Men in Prison*, Howard League for Penal Reform, London;
20. Howard League for Penal Reform (2014), *Coercive Sex in Prison*, Howard League for Penal Reform, London;
21. <http://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1115991.pdf>;
22. HENSLEY, C., TEWKSBURY, R. AND WRIGHT, J. (2001), “Exploring the dynamics of masturbation and consensual same-sex activity within a male maximum security prison”, *The Journal of Men’s Studies*, Vol. 10 No. 1: 59-71;
23. WHO, “Health in prison”, 2007: 1-70.
24. <http://www.onig.it/drupal8/node/19>;
25. GORDEN, C., HUGHES, C., ROBERTS, D., ASTBURY-WARD, E. AND DUBBERLEY, S. (2017), «A Literature Review of Transgender People in Prison: An “invisible” population in England and Wales», *Prison Service Journal*, No. 233: 11-22; <https://www.crimeandjustice.org.uk/publications/psj/prison-service-journal-233>;
26. HEATH C., E. BOCKTING W., BOTZER M., COHEN-KETTENIS P., DE CUYPERE G., FELDMAN J., FRASER L., GREEN J., KNUDSON G., MEYER W.J., MONSTREY S., ADLER R.K., BROWN G.R., DEVOR A.H., MEYER-BAHLBURG H., HALL B.P., PFAEFFLIN F., RACHLIN K., ROBINSON B., SCHECHTER L.S., TANGPRICHA V., VAN TROTSENBURG M., VITALE A., WINTER S., WHITTLE S., WYLIE K.R, ZUCKER K.: “Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version”; *Int. J. Transgend.*; 2011;13: 165-232;
27. HARAWA, N.T., SWEAT, J., GEORGE, S. AND SYLLA, M. (2010), “Sex and condom use in a large jail unit for men who have sex with men (MSM) and male-to-female transgenders”, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, Vol. 21 No. 3: 1071-87;
28. Human Rights Watch: “All too familiar- sexual abuse of women in U.S. State prisons”; New York. 1996; <https://www.hrw.org/reports/1996/WR96/>;
29. United Nations Commission on Human Rights, Resolutions, 1996;
30. Knight, B.J.; Osbourne, S.G.; West, d.J. (1977). Early marriage and Criminal Tendency in Males. *British Journal of Criminology*, 17(4) : 248-360;
31. MAC DONALD R.: “Time to talk about rape”; *BMJ*, 2000,321: 1043-5;
32. GWEE K.P., LIM L.E. & WOO M.: “The sexual profiles of rapists in Singapore”, *Med Sci Law*, 2002;42(4): 344-50;
33. HENSLEY, C.: “Prison Sex: Policy and Practice”, Lynne Rienner Publishers, Boulder, CO and London, 2002;
34. HENSLEY, C., CASTLE, T., TEWKSBURY, R. : “Inmate-to-inmate sexual coercion in a prison for women”; *Journal of Offender Rehabilitation*; 2003; 37(2), 77-87;
35. STURGES, J. E.: “Visitation at county jails: Potential policy implications”; *Criminal Justice Policy Review*, 2002,13(1): 32-45;

36. LAWAN U.M., AMOLE G.T., SHUAIB M.J.: “Sexual Health of Prison Inmates: A Case Study of Kano Central Prison, North Western Nigeria”; *Afr J Reprod Health*. 2016; Mar;20(1): 98-103;
37. Human Rights Watch (2001), “No escape: male rape in US prisons-human rights watch”, *Prison Service Journal*: 70; www.hrw.org/legacy/reports/2001/prison/ - <http://www.hrw.org/wr2k1/> - <https://www.hrw.org/legacy/wr2k1/>;
38. DEVLIN, A.: “Invisible Women”, Winchester, Waterside Press (1998);
39. ALARID, L.: “Sexual assault and coercion among incarcerated women prisoners: Excerpts from prison letters”. *The Prison Journal*; 2000; 80: 391-406;
40. STRUCKMAN-JOHNSON C., STRUCKMAN-JOHNSON D.: “Stopping prison rape: The evolution of standards recommended by PREA’s National Prison Rape Elimination Commission”; *The Prison Journal*, 2013; 93(3): 335-354;
41. AVERT P. (2016), “Prisoners and HIV/AIDS”; www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/keyaffected-populations/prisoners#footnote25_qb4zw5n;
42. TOAN TRAN N., DUBOST C., BAGGIO S., GÉTAZ L., WOLFF H.: “Safer tattooing interventions in prisons: a systematic review and call to action”; *BMC Public Health*; 2018, 18(1015): 51-7;
43. Ministero della Salute, Dipartimento della Sanità Pubblica e dell’Innovazione. Responsabilità scientifica dell’Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione. Dipartimento di Malattie Infettive - Istituto Superiore di Sanità. Uniti contro l’AIDS si vince; www.uniticontrolaids.it;
44. Center for Disease Control and Prevention (2015), “HIV among incarcerated populations”; www.cdc.gov/hiv/group/correctional.html;
45. LINES R., JÜRGENS R., BETTERIDGE G., STÖVER H., LATICEVSKI D., NELLES J.: “Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience”; *Canadian HIV/AIDS Legal Network* (2004). Review by: Lee H. Bowker; *Contemporary Sociology*; 1978; (May 7), 3 (May): 289-290; LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (1) NOR: JUSX0814219L-Version consolidée au 1 octobre 2013;
46. UNAIDS, 2001 Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization, *AIDS Epidemic Update* (2001);
47. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: “HIV/AIDS in Prisons. Statement by the United Nations. Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment”; 1982;
48. United Nations: “The Universal Declaration of Human Right”, 1948. http://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf;
49. Council of Europe: “European Social Charter”, *Collected texts* (7th edition) (updated to 1st January 2015) ex Article 16, in <https://rm.coe.int/168007cf93>;
50. Parlamento Europeo: “Charter of Fundamental Rights of the European Union”, (article 35), *Official Journal of the European Communities*; (7-18 dicembre 2000/C - 364/01);
51. Assembly of Heads of State and Government - Eighteenth (June 1981); Nairobi, Kenia.: “African Charter on Human and Peoples’ Rights”; <http://www.achpr.org/files/instruments>;

52. African (Banjul) Charter on human and people’ rights. (Adopted 27 June 1981, OAU Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982), entered into force 21 October 1986) http://www.achpr.org/files/instruments/achpr/banjul_charter.pdf;
53. European Union Agency for Fundamental Rights Challenges facing civil society organisations working on human rights in the EU-2018: “Challenges facing civil society organisations working on human rights in the EU”;
54. EUROPEAN Union Agency for Fundamental Rights. Report 2011 <http://fra.europa.eu/en/publication/2018/challenges-facing-civil-society-orgs-human-rights-eu>;
55. UNODOC: “HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions”; (2012) Universal Declaration of Human Rights, Article 12 UN, Basic Principles for the Treatment of Prisoners, Principle 9;
56. WHO: “HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: A comprehensive package of interventions”, 6 June 2013;
57. WHO: “Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health”; 5 November 2013;
58. WHO: “Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations”; 10 July 2014;
59. WHO: “Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Policy brief - 2016 update”; Publication date: September 2017;
60. World Health Organization (WHO):
“Developing sexual health programmes. A framework for action”; Geneva, 2010;
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf ;
61. BENNETT L. A.: “Correctional Administrators’ Attitudes Toward Private Family Visiting”; The Prison Journal, 69(1); 110-111;
62. ROWELL-CUNSOLO T.L., SZETO B., SAMPONG S.A., LARSON E.L.: “Predictors of sexual behavior among men and women in New York City area prisons”; Cult Health Sex.; 2016, 8:1-14;
63. National HIV/AIDS Strategy for the United States: Updated to 2020 and the Federal response. https://files.hiv.gov/s3fs-public/NHAS_Progress_Report_2017.pdf;
64. VISHER, C.A., YANG, Y., MITCHELL, S.G., PATTERSON, Y., SWAN, H. AND PANKOW, J. (2015), “Understanding the sustainability of implementing HIV services in criminal justice settings”, Health & Justice, Vol. 3 No. 1; 1-9;
65. GRINSTEAD O., COMFORT M., MCCARTNEY K., KOESTER K., NEILANDS T.: “Bringing it home: design and implementation of an HIV/STD intervention for women visiting incarcerated men”; AIDS Educ Prev. 2008; Aug;20(4): 285-300;
66. FIELDS J, TOQUINTO S.: “Sexuality education in the context of mass incarceration: Interruptions and entanglements”; The Palgrave handbook of sexual education; 2017; 31: 279-300;
67. MORENOFF, J.D. AND HARDING, D.J. (2014), “Incarceration, prisoner reentry, and communities”, Annual Review of Sociology, Vol. 40 No. 1: 411-29.
68. Center for Disease Control and Prevention (2016b), “Pre-exposure prophylaxis (PrEP)”; www.cdc.gov/hiv/risk/prep/index.html;
69. KENT, N. E.: “The legal and sociological dimensions of conjugal visitation in prisons”. New England Journal on Prison Law; 1975; 63(2): 125-141;
70. BOSWORTH M.: “Encyclopedia of Prisons and Correctional Facilities”; SAGE, 2005;

71. Council of Europe, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: "Living space per prisoner in prison establishments: CPT standards"; Strasbourg, 15 December 2015, CPT/Inf (2015) 44;
72. Burstein, J.Q.: "Conjugal visits in prison: Psychological and social consequences"; Lexington, MA 02173-National Criminal Justice Reference Service (1977); <https://www.ncjrs.gov/App/publications/Abstract.aspx?id=41133>;
73. HENSLEY, C., RUTLAND, S., GRAY-RAY P.: "The effects of the conjugal visitation program on Mississippi inmates"; Corrections Compendium; 2000; 26(4): 1-3, 20;
74. HENSLEY C., RUTLAND S., GRAY-RAY P.: "Inmate attitudes toward the conjugal visitation program in Mississippi prisons: An exploratory study"; Am J Crim Just; (2000) 25: 137;
75. HENSLEY, C., RUTLAND, S., & GRAY-RAY, P.: "The effects of conjugal visits on Mississippi inmates"; Corrections Compendium; 2000; 25, 1-19;
76. HOPPER B. C.: "The conjugal visit at Mississippi State Penitentiary"; J. Crim. L. Criminology & Police Sci. Northwestern University; 1962;53(3): 340-343;
77. CARCEDO R. J., PERLMAN D., LÓPEZ F., BEGOÑA ORGAZ M., NOELIA FERNÁNDEZ-ROUCO N.: "The Relationship Between Sexual Satisfaction and Psychological Health of Prison Inmates: The Moderating Effects of Sexual Abstinence and Gender"; The Prison Journal; 2015; 95(1): 43-65;
78. SCHNITTKER J., JOHN A.: "Enduring stigma: the long-term effects of incarceration on health"; J Health Soc Behav 2007; 48(2):115-130;
79. LA VIGNE, N. G., NASER, R. L., BROOKS, L. E., & CASTRO, J. L. (2005): "Examining the Effect of Incarceration and In-Prison Family Contact on Prisoners' Family Relationships". Journal of Contemporary Criminal Justice, 21(4), 314-335;
80. ALDRIDGE R.G.: "Sexuality and incarceration"; Corrective & Social Psychiatry & Journal of Behavior Technology, Methods & Therapy; (1983) 29(3): 74-77;
81. BLACKBURN A.G., FOWLER S.K., MULLINGS J.L., MARQUART J.W.: "Too close for comfort: Exploring gender differences in inmate attitudes toward homosexuality in prison"; American Journal of Criminal Justice; (2011) 36(1): 58-72;
82. THOMPSON, C., & LOPER, A. B.: "Adjustment patterns in incarcerated woman: An analysis of differences based on sentence length"; Behavioral Sciences & the Law, 2006,32, 714-732;
83. MEARS, D. P., COCHRAN, J. C., SIENNICK, S. E., & BALES, W. D.: "Prison Visitation and Recidivism"; Justice Quarterly, 2012, 29(6): 888-918; Michigan Law Review Association: "Conjugal Visitation Rights and the Appropriate Standard of Judicial Review for Prison Regulations"; Michigan Law Review; 1974, Vol. 73 Dec., (2): 398-423;
84. EINAT T., HAREL-AVIRAM I., RABINOVITZ S.: "Barred From Each Other: Why Normative Husbands Remain Married to Incarcerated Wife-An Exploratory Study"; International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology; 2013; XX(X): 1-26;
85. BOUDOURIS J.: "Parents in prison: addressing the needs of families"; American Correctional Association, 1996;
86. Stop Prisoner Rape (2005): "Prison rape spreads diseases-inside and outside of prison", fact sheet, www.spr.org (accessed August 16, 2016); downloaded by Oxford Brookes University At 22:01 28 February 2018 (PT);

87. HENSLEY, C., RUTLAND, S., GRAY-RAY P.: "The effects of the conjugal visitation program on Mississippi inmates"; *Corrections Compendium*; 2000; 26(4), 1-3, 20;
88. HENSLEY C., RUTLAND S., GRAY-RAY P.: "Inmate attitudes toward the conjugal visitation program in Mississippi prisons: An exploratory study"; *Am J Crim Just*; (2000) 25: 137;
89. Hensley, C., Rutland, S., & Gray-Ray, P.: "The effects of conjugal visits on Mississippi inmates"; *Corrections Compendium*; 2000; 25, 1-19;
90. BALOGH J.K.: "Conjugal Visitations in Prison: A Sociological Perspective"; *Fed. Probation*; 1964; 28-29: 52-58;
91. GOETTING, A. (1982) : "Conjugal Association in Prison: Issues and Perspectives". *Crime and Delinquency*. 28(1): 52-71;
92. RICORDEAU G.: "Between Inside and Outside: Prison Visiting Rooms"; *Cairn International Politics*, 2012, 1 (97); 101-123;
93. CONDRY R., SCHARFF SMITH P.: "Prisons, Punishment, and the Family: Towards a New Sociology of Punishment?"; Oxford University Press, 2018;
94. SAMPSON, ROBERT J. AND JOHN H. LAUB (1990): "[Crime and Deviance Over the Life Course: The Salience of Adult Social Bonds.](http://scholar.harvard.edu/files/sampson/files/1990_asr_laub.pdf)" *American Sociological Review* 55: 609-627; http://scholar.harvard.edu/files/sampson/files/1990_asr_laub.pdf;
95. "De Claire K1, Dixon L2. The Effects of Prison Visits From Family Members on Prisoners' Well-Being, Prison Rule Breaking, and Recidivism: A Review of Research Since 1991. Trauma Violence Abuse". 2017 Apr;18(2):185-199;
96. VACHERET, M.; COUSINEAU, M.M. (2003) : "Quelques éléments de compréhension des libérations d'office réussies". *Revue canadienne de criminologie et justice pénale*. Janvier 2003;
97. SILVEIRA, L. R., ROMÃO, A. P. M. S., VIEIRA, C. S., DE SÁ ROSA, SILVA, A. C. J., REIS, R. M., FERRIANI, LARA R.: "Sexual Function of Women Practicing Sex in Nonconventional Settings"; *Journal of Sex & Marital Therapy*; 2014,41(3) 294-303;
98. MAHONEY M., BIEN M., COMFORT M.: "Adaptation of an evidence-based HIV prevention intervention for women with incarcerated partners: expanding to community settings"; *AIDS Educ Prev*, 2013, 25(1):1-13;
99. EINAT, T., RABINOVITZ, S.: "A Warm Touch in a Cold Cell"; *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*; 2012; 57(12), 1522-1545;
100. EINAT, T., & CHEN, G.: "What's Love Got to Do With It? Sex in a Female Maximum-Security Prison"; *The Prison Journal*; 2012,92(4), 484-505.
101. BLANCHARD, B.(2002) : "La situation des mères incarcérées et de leurs enfants au Québec. Mémoire de maîtrise, École de criminologie", Université de Montréal. (cit. in 96);
102. Le Camus Jean, Rester parents malgré la détention. ERES, «Hors collection», 2002: <https://www.cairn.info/rester-parents-malgre-la-detention--9782865869916.htm>;
103. B. E. CARLSON; N CERVERA: "Inmates and Their Families: Conjugal Visits, Family Contacts, and Family Functioning"; *Criminal Justice and Behavior* Volume:18 Issue:3 (September 1991) Pages: 304-317; <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=131890>;
104. TRZCINSKI, E.; SATYANATHAN, D.; FERRO, L. (2002). "What about me? Children with Incarcerated Parents". *Michigan Family Impact Seminars. Briefing Report*; 2002-1 (cit. in 96);

GIURISPRUDENZA PENALE WEB, 2019, 2-BIS - “AFFETTIVITÀ E CARCERE:
UN BINOMIO (IM)POSSIBILE?”

105. BOUDIN C., STUTZ T., LITTMAN A.: “Prison visitation policies: A fifty-state survey”; *Yale Law & Policy Review*; 2012; 32 (149);
106. HOPPER, B. C.: “The evolution of conjugal visiting in Mississippi”; *The Prison Journal*; 1989, 69(1), 103-109;
107. California Department of Corrections and Rehabilitation (CDCR). Notice of change to regulation. Section 3177 and 3315 concerning Family Visiting (Overnight) and Inmate Discipline. 29 december 2017:
https://www.cdcr.ca.gov/Regulations/Adult_Operations/docs/NCDR/2017NCR/17-08/17-08.pdf;
108. California Department of Corrections and Rehabilitation (CDCR): “ Visiting A Friend or Loved One In Prison”;
<https://www.cdcr.ca.gov/Visitors/docs/InmateVisitingGuidelines.pdf>;
109. New Mexico Department of Corrections. (2006). Inmate visitations. Retrieved from https://cd.nm.gov/ocs/docs/Offender_Family_Guidebook.pdf;
110. New Mexico Corrections Department (NMCD): “Infection Control Plans TB, HIV, Biohazard Waste Management and Decontamination of Medical and Dental Equipment”; 31/1/2018; <http://cd.nm.gov/policies/docs/CD-176000.pdf>;
111. OLIVERO, J. M. (1998): “The crisis in Mexican prisons: The impact of the United States”. In Nigel South N., Weiss R. P.: “Comparing Prison Systems”. Taylor and Francis ed.; 104;
112. New York State: “Corrections and community supervision. Family Reunion Program. Directive”. 5 jan 2016;
113. State of Washington. Department of Corrections. Extended family visiting. Policy”; 15 sept. 2016: <https://www.doc.wa.gov/information/policies/files/590100.pdf>;
114. State of Connecticut, General Assembly: “Extended family visits in prison”; Reinhart C. (2014);
115. TEWKSBURY, R. (1989), “Measures of sexual behavior in an Ohio prison”, *Sociology and Social Research*, Vol. 74 No. 1: 34-39;
116. http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/812165.stm;
117. TEMITAYO B. H.: “Conjugal rights for prisoners: to be or not to be?”; *UNILAG law Review*; 15 April 2018; TEWKSBURY, R. & DE MICHELE, M.: “Going to prison? A prison visitation program”; *The Prison Journal*, 2005, 85, 292-310;
118. <http://insidecostarica.com/>;
119. GORDON, J., & MCCONNELL, E.: “Are conjugal and familial visitations effective rehabilitative concepts?”; *The Prison Journal*, 1999; 79, 119-135;
120. VACHERET M., “Private Family Visits in Canada, Between Rehabilitation and Stricter Control: Portrait of a System”, *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. II | 2005, mis en ligne le 21 septembre 2007, <http://journals.openedition.org/champpenal/2322>;
121. MOTIUK, L.L. (1995): “L’utilisation des facteurs familiaux pour évaluer le risque et les besoins des délinquants”, *Forum*, 7(2);
122. Sunday Morning Herald: “ACT to allow prison conjugal visits”; *June 8, 2009*. <https://web.archive.org/web/20091004145208/http://news.smh.com.au/breaking-news-national/act-to-allow-prison-conjugal-visits-20090608-c0gu.html>;
123. Whittell, Giles (2 June 2006): “After the Gulag conjugal visits computers and a hint of violence”; *The Times*. London. Retrieved 30 April 2010;

124. Times of Oman: “Landmark ruling on conjugal visits heralds new dawn for prisoners in Oman”. March 17, 2018;
125. SURA A.: “High Court allows jail inmates to have sex with their partners”; Sunday Morning Herald The Times of India. Jan7, 2015: <https://timesofindia.indiatimes.com/india/High-Court-allows-jail-inmates-to-have-sex-with-their-partners/articleshow/45785525.cms>;
126. Iwahig Prison and Penal Farm: https://www.tripadvisor.it/Attraction_Review-g294257-d1574318-Reviews-Iwahig_Prison_and_Penal_Farm-puerto_Princesa_Palawan_Island_Palawan_Province_Mima.html;
127. SHAMEL, N.: “Authorities are debating the necessity of conjugal visits, but are they not setting the forest for the trees?”. Egypt Today, 2004, October. Retrieved from <http://www.egypttoday.com/article.aspx?ArticleID=2517>;
128. Ministero della Giustizia, Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria, a cura di: Gadaleta A., Lupo S., Irianni S.: “Le dimensioni dell’affettività, Dispense Istituto Superiore di Studi Penitenziari”, n. 3, Settembre 2013, 8.10.2013);
129. <http://www.thestoryinstitute.com/halden/>;
130. BARTH T.: “Relationships and sexuality of imprisoned men in the German penal system. A survey of inmates in a Berlin prison”; International Journal of Law and Psychiatry; 2012; 35(3): 153-158;
131. TOPELL, R. A., GREAVES, L.: “Experience of abuse among women visiting incarcerated partners”. Journal of Violence Against Women; 2001,7(1); 80-109;
132. Ministère de la Justice française Note du 4 décembre 2014 relative aux modalités d’accès et de fonctionnement des unités de vie familiale et des parloirs familiaux NOR : JUSK1440060N http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1440060N.pdf;
133. Francia OIP: <https://oip.org/infographie/le-sous-equipement-des-prisons-francaises-pour-les-rencontres-familiales-et-amoureuses/>;
134. <https://www.rt.com/viral/368920-prisoners-bus-sex-cell/>;
135. SALERNO M. E.: “Affettività e sessualità nell’esecuzione penale: diritti fondamentali dei detenuti? L’atteggiamento Italiano su una questione controversa”, in Giurisprudenza penale Web, 2017, 1;
136. World Health Organization (WHO). Developing sexual health programmes. A framework for action, Geneva, 2010: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf;
137. Ministero della Giustizia. Dati sociodemografici della popolazione detenuta in Italia: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?contentId=SST127643&previousPage=mg_1_14 (n. figli); https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?contentId=SST127636&previousPage=mg_1_14 (stato civile);
138. https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?contentId=SST141599&previousPage=mg_1_14 (presenze e capienza);
139. CORTELAZZO M., ZOLLI P.: “Dizionario Etimologico della Lingua Italiana”; Zanichelli Ed., 1999;
140. Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale: “Norme e normalità. Standard per l’esecuzione penale detentiva degli adulti”; Roma gennaio 2018;

GIURISPRUDENZA PENALE WEB, 2019, 2-BIS - “AFFETTIVITÀ E CARCERE:
UN BINOMIO (IM)POSSIBILE?”

141. Regione Lombardia: “Linee guida per l’applicazione della normativa regionale in materia di classificazione alberghiera”. Normativa di riferimento. L.r. 16 luglio 2007, n. 15 “Testo unico delle leggi regionali in materia di turismo”: Articoli 21-31 del Regolamento Regionale n. 5 del 7 dicembre 2009;
142. Regione Lazio Regolamento regionale del Lazio 24 ottobre 2008, n. 17, BUR 7 Novembre 2008, n. 41, S/130;
143. D.M. Sanità 5 luglio 1975: “Modificazioni alle istruzioni ministeriali del 20 giugno 1986 relative all’altezza minima ed ai requisiti igienico-sanitari principali dei locali d’abitazione”;
144. Ministero della Giustizia. Stati generali dell’esecuzione penale. Tavolo tematico n. 6: “Mondo degli affetti e territorializzazione della pena”, 2016;
145. Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico, n. 83. Aprile 2015;
146. Challenges facing civil society organisations working on human rights in the EU, 2018;
147. ZICHITELLA R.: “Apac: un carcere senza carcerieri”. AVSI, 19 febbraio 2018, <https://www.avsi.org/it/news/2018/02/19/apac-un-carcere-senza-carcerieri/1533/>;
148. Association for the Prevention of Torture, Centre Jean-Jacques Gautier: “Towards the Effective Protection of LGBTI Persons Deprived of Liberty: A Monitoring Guide”. December 2018: https://apt.ch/content/files_res/apt_20181204_towards-the-effective-protection-of-lgbtipersons_deprived-of-liberty-a-monitoring-guide-final.pdf.